

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE CIENCIAS Y HUMANIDADES
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA**



**INFORMACION QUE BRINDAN PADRES Y EDUCADORES SOBRE EL TEMA DE LA
SEXUALIDAD A PUBERES Y ADOLESCENTES CON SINDROME DOWN EN LA
ASOCIACION DE PADRES Y AMIGOS DE EXCEPCIONALES DOWN EN EL
MUNICIPIO DE SAN SALVADOR.**

Presentado por:

**Chévez Barahona, Maricela Jeannette CB98042
Rivas Siliézar, Ann Marie RS98007**

Coordinador de Seminario de Graduación:

Lic. Mauricio Evaristo Morales.

Directora Docente:

Licda. Elvia Lorena Mezquita Linares.

Para Optar al Grado de:
Licenciatura en Psicología.

SAN SALVADOR, EL SALVADOR, 22 DE NOVIEMBRE DE 2004.

INDICE

Contenido	No. de Página
I. Introducción.....	iv
II. Justificación.....	6
III. Objetivos.....	11
3.1 General.....	11
3.2 Específicos.....	11
IV. Marco Teórico.....	12
4.1 Antecedentes y Definición del Síndrome Down.....	13
4.2 Etiología.....	16
4.2.1 Aspectos Genéticos.....	16
4.2.2 Características de las personas con Síndrome Down...	21
4.2.3 Características Físicas.....	21
4.2.4 Características Psicológicas y Sociales.....	25
4.2.5 Características Sexuales.....	32
4.3 Desarrollo Sexual de la Persona Normal y con Síndrome Down...	39
4.4 Definiciones Importantes Relacionadas con la Sexualidad...	45
4.5 ¿Quiénes deben educar en Sexualidad?.....	48
4.6 Quehacer de las Instituciones Educativas que trabajan...	51
4.7 Casos Reales.....	53
V. Metodología.....	56
5.1 Universo y Muestra.....	56
5.2 Instrumentos.....	57
5.3 Procedimiento metodológico.....	59

Contenido	No. de Página
VI. Presentación de Resultados.....	64
6.1 Entrevistas realizadas a Padres y Madres de Familia.....	64
6.2 Entrevistas realizadas a Educadores de ASAPAED.....	75
6.3 Entrevistas realizadas a Púberes y Adolescentes Con Síndrome Down.....	83
VII. Discusión de Resultados.....	90
VIII. Conclusiones.....	99
IX. Recomendaciones.....	101
X. Programa de Sexualidad Dirigido a Padres, Madres y Docentes de Púberes Y Adolescentes con Síndrome Down.....	103
XI. Bibliografía.....	229
XII. Anexos.....	234

I. INTRODUCCION

Para cumplir con los requisitos de graduación y obtener un título universitario es necesario elaborar un trabajo de grado relacionado con la carrera en estudio; esto, a su vez ofrece beneficios tales como el brindar aportes científicos a la sociedad con la aportación de nuevos conocimientos y que los y las estudiantes acumulen una serie de información que permitirá un mejor desenvolvimiento en el campo profesional.

Es así que para optar al título de Licenciatura en Psicología se decidió realizar un estudio diagnóstico sobre **“La información sobre sexualidad que brindan padres, madres y docentes a los púberes y adolescentes que presentan Síndrome Down y cómo influye en la No diferenciación entre conductas públicas y privadas”** el cual se realizó en la Asociación de Padres y Amigos de Excepcionales Down (ASAPAED) en el municipio de San Salvador durante el período comprendido entre Marzo y Julio de 2004.

Para llevar a cabo tal investigación se inició un proceso en el cuál se incluyen los siguientes pasos: acuerdo con asesora de tesis dentro del Departamento de Psicología, definición del tema a estudiar, búsqueda de institución para realizar investigación, selección de muestra, elaboración de instrumentos, búsqueda de información para el marco teórico, definición de metodologías para la investigación y la programación de reuniones de grupo para la recogida y sistematización de la información.

Estos datos se presentan en el documento bajo los siguientes apartados: Objetivos: que sirven a su vez como indicadores de logro en el transcurso de la investigación. Marco Teórico: que recoge información general sobre el Síndrome Down, sus características físicas, de personalidad y sexuales, entre otros temas de relevancia. Sistema de

Variables: que establece las conexiones y los vínculos entre la información que se quiere obtener al final de la investigación. Presentación de Resultados: apartado en el que se describen los resultados obtenidos acompañados de gráficas y tablas porcentuales. Discusión de Resultados: en donde se ofrece una visión diagnóstica sobre la investigación. Conclusiones y Recomendaciones: criterios que ayudaran a dar un seguimiento y finalización a la investigación.

Por lo anteriormente expresado se espera que este informe cumpla con los requisitos solicitados y sea de beneficio para todo aquel o aquella que se sirva darle lectura.

II. JUSTIFICACION

¿Por qué es necesario e importante conocer y establecer propuestas de intervención que permitan el abordaje del tema de la sexualidad por responsables de púberes y adolescentes con síndrome Down?

Ante todo, se hace indispensable definir en que consiste el **Síndrome Down**: según la Fundación Catalana, en su obra "Síndrome Down, Aspectos Médicos y Psicopedagógicos, (1996)" puntualiza síndrome Down como un conjunto de síntomas y signos diversos que se manifiestan en el desarrollo global de la persona desde su concepción, a causa del exceso del material genético del cromosoma 21. Es también conocido como trisomía 21, término que se refiere a la presencia de tres cromosomas de un tipo en particular en lugar de dos normales; en el caso del síndrome Down existen tres cromosomas número 21.

Según la Organización Mundial de la Salud, esta mal formación congénita se da en uno de cada ochocientos nacimientos y el diagnóstico puede establecerse casi al momento del parto dado las características físicas que presentan: diámetro cefálico reducido, ojos almendrados, dedos meñiques atrofiados, dedo gordo del pie separado de los otros, orejas pequeñas, entre otras. Es de mencionar, que en el transcurso del desarrollo y crecimiento del sujeto se pueden detectar características psicológicas, cognitivas – conductuales y sociales.

En relación al coeficiente intelectual, se dice que promedian en percentil cincuenta, tiene lentitud para procesar y codificar información, así como de interpretar, dificultad en procesos de conceptualización, generalización, transferencia de aprendizaje y abstracción; a nivel afectivo-social, suelen mostrarse colaboradores, afectuosos y su adaptación al ambiente alcanza un buen nivel. En cuanto a sus trabajos

se muestran constantes, puntuales, responsables, cuidadosos y perfeccionistas. A pesar de esta menor capacidad cognitiva y de los mencionados rasgos físicos, no existen grandes diferencias en su desarrollo y adquisición de hábitos.

Con respecto a la sexualidad se plantea que ésta es inherente al ser humano desde que nace hasta que muere y abarca la totalidad de la persona en sus aspectos tanto biológicos, como psicológicos, sexuales y emocionales. Esto significa mucho más que el aspecto puramente genital, con el que se suele identificar equivocadamente. Por lo tanto, no se puede decir que exista alguien que carezca de sexualidad, tampoco, que una persona con deficiencia mental se convierte en un ser asexuado.

Es así como el desarrollo de la sexualidad se inicia a partir del momento en que los padres se enteran del género sexual de su hijo y lo conceptualizan como hombre o mujer. Prácticamente todo lo que hacemos tiene aspectos que se relacionan con la sexualidad, desde que el bebe se acurruca, acaricia, se le platica con ternura, se le esta enseñando como mostrar amor o cuando observa a sus padres relacionarse a través del afecto o de la agresión, va aprendiendo actitudes inherentes a la sexualidad humana. Sigmund Freud explica el desarrollo del ser humano a través de cinco etapas o fases: oral, anal, fálica, genital y adolescencia, argumentando que los niños y adolescentes son seres sexuados y que sus apremiantes urgencias sexuales establecen patrones de personalidad que perduran toda la vida.

No obstante, es entre los once y doce años de edad cronológica o durante la transición entre la niñez y la vida adulta, que los cambios físicos a nivel sexual se hacen evidentes con la aparición de las características secundarias específicas: vello púbico, la menarquia, etc.

El prejuicio de que los niños y jóvenes con deficiencia mental tienen una sexualidad mucho más exacerbada, es falso. Lo que sucede con ellos es que tienen una sexualidad generalmente mal encausada y en la mayoría de los casos reprimida, las que se manifiestan a través de conductas erráticas. Quiere decir que, en el aspecto de la sexualidad estas personas tienen básicamente las mismas características sexuales (primarias y secundarias) que los llamados normales pero necesitan mayor orientación.

Además, todas las diferencias existentes entre las personas con capacidades especiales y las normales desaparecen cuando al enfrentar la etapa de la pubertad y/o adolescencia ninguna recibe educación sexual por parte de los responsables, contrario a ello se opta por restringir y sancionar las conductas y manifestaciones de tipo sexual.

La sexualidad en personas con capacidades especiales es sin duda un tema pendiente, una problemática poco abordada por los diferentes sectores sociales, incluso por los mismos involucrados. Los miedos, los prejuicios, mitos como: "los minusválidos son asexuales", "son como niños", "no es atractivo para nadie", "informarles aumentaría el descontrol", "puede aumentar el deseo por poner en práctica lo que se les dice", "se les bombardea y se les excita innecesariamente", etc. Aunado a la carencia de información, hace que este aspecto natural de cualquier ser humano se viva con mucho temor y desconocimiento; y con demasiada frecuencia la enseñanza de la sexualidad se desenvuelve alrededor de situaciones de crisis.

En nuestro país uno de cada cien niños nace con trisomía veintiuno, esto sin importar número de partos en la mujer, ni edad cronológica en la madre, esto de acuerdo a las estadísticas arrojadas en el mes de Noviembre de 2003 por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social; mientras que en ASAPAED se encuentran inscritos treinta y dos personas

con Síndrome Down, de géneros masculino y femenino y quienes oscilan entre los treinta y los tres años de edad cronológica, todos pertenecientes a los distintos estratos económicos y sociales. De la población antes mencionada se conoce que ninguno de ellos a lo largo de su vida ha recibido orientación sexual dentro o fuera de las instalaciones; según Carmen de Valladares, Directora de la ya nombrada institución.

Si bien es cierto que la capacidad de aprendizaje de las personas con Síndrome Down es lenta y requiere de metodologías especializadas y adaptadas a las necesidades, no es imposible.

Es conveniente dejar de obviar el tema de la sexualidad y para su abordaje se vuelve indispensable realizar una investigación de tipo descriptivo, para la cual se requiere conocer ¿Qué información reciben los púberes y adolescentes con Síndrome Down y cómo influye en la no diferenciación entre conductas públicas y privadas?

Dicha investigación, permitirá obtener un panorama más preciso de la magnitud del problema, conocer las manifestaciones sexuales de las personas, evaluar sus componentes, así mismo, derivarán elementos que faciliten el diseño de una propuesta de estrategias de intervención orientadas al abordaje de la sexualidad por los responsables de los púberes con Síndrome Down; que involucren tanto a padres, madres y maestros como a la sociedad misma a fin de ayudarles a desarrollar actitudes sexuales adecuadas.

He ahí la importancia del tema en estudio pues de lo contrario, quedarán expuestos a burlas e incluso abusos, seducciones, violaciones y hasta explotación sexual comercial, ya que cualquier adulto puede aprovecharse de su ignorancia respecto al tema.

Queda claro que, estos individuos tienen capacidad para manifestar adecuadamente su sexualidad dentro de un contexto de respeto, con conductas aceptables para su medio ambiente y siguiendo las normas establecidas, siempre y cuando se les brinde la estructura y orientación sexual necesaria, pero considerando en todo momento los diferentes niveles de desarrollo, las limitaciones intelectuales, las conductas adaptativas y las habilidades de autosuficiencia desarrolladas.

III. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL:

* Conocer la información que brindan sobre el tema de la sexualidad, las familias y educadores de los púberes y adolescentes que presentan Síndrome Down y cómo influye en la no diferenciación entre conductas públicas y privadas en la Asociación Salvadoreña de Padres y Amigos de Excepcionales Down (ASAPAED) en la Ciudad de San Salvador en el período de Marzo a Julio de 2004.

3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS:

* Identificar las conductas sexuales públicas y privadas que realizan los púberes y adolescentes con Síndrome Down.

* Desmitificar las ideas erróneas que se tienen sobre la sexualidad de las de las personas con Síndrome Down.

* Diseñar una propuesta de intervención que permita un correcto abordaje del tema de la sexualidad por los responsables.

IV. MARCO TEORICO.

Como es conocido, el ser humano para desarrollarse integralmente, debe ser formado en sus diferentes áreas: biológica, psicológica y social. Pero muchas veces se suprimen aspectos relacionados con estas áreas; el tema de la sexualidad tiene todavía de una connotación controversial debido a los tabúes e ideas erróneas acerca del tema así como también es un área del ser humano coartada por ideas religiosas y morales impuestas desde tiempos remotos.

No importa en la etapa del desarrollo en la que se encuentre el ser humano (niñez, adolescencia, adultez) la adquisición de conocimientos sobre la sexualidad se ve restringida y más aún si se trata de personas con capacidades especiales.

Todos los individuos tienen sentimientos, actitudes y convicciones en materia sexual, pero cada persona experimenta la sexualidad de distinta forma porque viene decantada por una perspectiva sumamente individualizada. Se trata, en efecto, de una perspectiva que dimana tanto de experiencias personales como de elementos públicos y sociales. No se puede comprender la sexualidad humana sin reconocer de antemano su índole pluridimensional: es un hecho biológico, psicológico y cultural. La sexualidad es un tema que siempre ha despertado el interés de las personas. Impregna el arte y la literatura de todas las épocas; las religiones, teorías filosóficas y ordenamientos jurídicos tienen un discurso y unas normas sobre esta materia

Por lo tanto en todos los casos se hace necesario e importante abordar el tema; para prevenir problemas de abuso y otras consecuencias negativas que la ignorancia del mismo pueda traer.

La adquisición de conocimientos adecuados sobre esta área es el primer paso para elaborar e implementar programas adecuados enfocados a la educación de personas con Síndrome Down, pero es necesario conocer también las características de esta población, el origen de su alteración cromosómica, sus capacidades y habilidades para adaptarse al medio, etc., permitiendo esto a su vez, procurar la integración de estos sujetos a la sociedad.

4.1 ANTECEDENTES Y DEFINICIÓN DEL SÍNDROME DOWN

Existen Múltiples estudios sobre los niños excepcionales y entre ellos los relacionados con el **Síndrome Down**. A continuación se detallan los hallazgos más relevantes sobre el mismo:

Según Siegfried M. Pueschel en la obra Síndrome Down, Hacia un futuro Mejor, Guía para los padres del año 1981, sugiere que la constatación antropológica mas antigua que se conoce del Síndrome Down tiene su origen, probablemente, en la excavación de un cráneo sajón, que se remonta al siglo VII, y que muestra alteraciones de su estructura que suelen aparecer en niños con Síndrome Down.

Fue Juan Esquirol en 1838, el primero que proporciono la descripción probable de un niño con Síndrome Down. Poco después en 1846, Eduardo Seguin, descubrió a un paciente con rasgos que sugerían el Síndrome, entidad que denominó **Imbecilidad Furfurácea**.

En 1886, **John Longdon Down** publicó un artículo en el que describía algunas características del Síndrome que hoy lleva su nombre, al igual que otros científicos contemporáneos de la mitad del siglo XIX, Down se vio influenciado al reconocer un cierto aspecto oriental en los niños

afectados. Down acuñó el término **Mongolismo**, y de forma poco apropiada, bautizó esa situación con el nombre de **Idiicia Mongólica**.

A partir de 1866 no se publicaron más informes sobre el Síndrome Down durante una década, hasta que Francier y Mitchell, en 1876, describieron a enfermos con este problema, llamándoles **Idiotas de Kalmuck**.

Francier y Mitchell dieron a conocer el primer informe científico sobre el Síndrome Down, aportado en una reunión mantenida en Edimburgo en 1875 cuando Mitchell presentó observaciones sobre sesenta y dos personas que tenían el Síndrome.

En 1877, William e Ireland incluyeron en su libro **Iduiciand – Imbeciliti** a los enfermos con Síndrome Down como un tipo especial. J. E. Shuttleworth declaró en 1876 que estos niños estaban sin acabar y que su aspecto peculiar, era en realidad, el de una fase de la vida fetal. Durante las post – trimerias del siglo XIX, los científicos observaron también una frecuencia mayor de cardiopatías congénitas en personas con Síndrome de Down. En 1896, Smith describió la mano de una persona con el Síndrome.

El progreso realizado en el método de visualización de cromosomas a mediados de la década de los cincuenta permitió realizar estudios más exactos sobre los cromosomas humanos que llevaron a Legeuni a descubrir, hace mas de treinta años, que los niños y niñas con Síndrome Down tienen un cromosomas extra del par veintiuno.

La Sociedad Nacional del Síndrome de Down¹ fue establecida en 1979 para aumentar el conocimiento público acerca del síndrome de

¹ “La Sexualidad en jóvenes con Síndrome Down”. Morena Mendoza y otros 1997

Down; para ayudar a familias a enfrentarse a las necesidades de niños y niñas con esta condición genética; y para patrocinar y animar investigación científica.

El Síndrome Down es un accidente genético al que cualquier persona está expuesta. Es una alteración cromosómica, que ocurre en el momento de la concepción. Se considera la anomalía de cromosomas más común en la raza humana y que generalmente causa retardo mental.

Según la Fundación Catalana Síndrome Down en su obra Síndrome Down, Aspectos Médicos y Psicopedagógicos en el año de 1996, define que el Síndrome Down es un conjunto de síntomas y signos diversos que se manifiestan en el desarrollo global de la persona desde su concepción, a causa del exceso de material genético del cromosoma veintiuno.

Juan Perera, especifica que el par veintiuno es el responsable de las alteraciones de tipo morfológico, bioquímico y funcional, que se producen en diversos órganos, especialmente en el cerebro, durante distintas etapas de la vida. Algunos de estos síntomas y signos se presentan en todos los casos, otros, por el contrario, pueden estar o no presentes.

Se dice que esta mal formación se produce en uno de cada setecientos nacimientos, en todos los grupos étnicos y el número de afectados suele a ser mayor en los niños que en las niñas no se sabe con exactitud porque.

En los Estados Unidos nacen alrededor de 5,000 bebés y en Puerto Rico nacen más de 100 bebés con esta condición cada año. Mientras que en El Salvador, según las estadísticas publicadas por el Ministerio de Salud en el Mes de Noviembre de 2003, uno de cada cien niños nace con

Síndrome Down, sin importar la edad cronológica de la madre, el número u orden de partos de sus hijos/as, raza, ni estrato económico o social.

Debido a las diferentes causas y características del Síndrome Down se le ha dado diferentes denominaciones,

- * Acromicria Congénita.
- * Amnesia Peristática.
- * Displacia Fetal Generalizada.
- * Anomalía de la Trisomía 21.
- * Síndrome de la Trisomía G21.
- * Mongolismo.
- * Trisomía 21 Q211.

4.2 ETIOLOGIA

Las causas del Síndrome Down a la fecha, no son del todo definitivas, ya que existen investigaciones recientes que denotan: ²

4.2.1 Aspectos genéticos:

Cuando se gesta un nuevo ser, este heredo dos copias de cada cromosoma: uno de la madre y otra del padre, claro que la suma de ambos dará nuevamente cuarenta y seis (23 + 23). Sin embargo, hay veces que aparece un cromosoma extra en el par número 21, un cromosoma supernumerario, una especie de convidad de piedra y esto es lo que caracteriza el Síndrome Down o Trisomía 21.

Allí donde debía haber dos cromosomas, ahora hay tres. El niño o niña nace entonces con una clara diferencia con el resto de sus

² Fundación Catalana Síndrome Down “Aspectos Médicos y Psicopedagógicos”. Masson 1996

semejantes, porque mientras todos tienen cuarenta y seis cromosomas, el o ella cuenta con cuarenta y siete.

Esta anomalía cromosómica tiene en alrededor del 95% de los casos un cromosoma extra, y se conoce como Trisomía 21 Tri: significa tres; soma: significa cuerpo.

Múltiples investigadores se han dedicado al estudio de la epidemiología, Citogenética Bioquímica, aspectos clínicos y tratamientos del Síndrome Down, debido a que la etiología del Síndrome es incierta, existen varias hipótesis etimológicas, entre ellas las de Wanderburg en 1932, quien sugirió la posibilidad de que estuviera relacionada con una anomalía cromosómica.

En el año de 1956, Tijo y Levin establecen definitivamente que el número normal de cromosomas en el hombre es de 46; se inicia el desarrollo de la citogenética. Cuando son clasificadas las trisomías 21 por su cariotipo, aproximadamente el 95% son trisomías 21 regulares, en donde el cromosoma 21 extra se encuentra libre y el resto son mosaicos y trisomías por traslocación: los cuadros principales son:

Trisomía 21 libre: es la forma más común y ocurre en un 95% de todos los casos. Se origina por la no separación del par de cromosomas 21 durante la ovogénesis que es el crecimiento, producción y desarrollo del óvulo.

Consiste en que el niño tiene tres cromosomas normales en el par veintiuno. Este fenómeno ocurre con frecuencia en mujeres de edad avanzadas y en los casos de hijos/as de madres jóvenes se habla de genes pegajosos que favorecen la no disyunción en el proceso de la meiosis, siendo esta una de las etapas de la división celular donde si no hay

uniformidad respecto a sus estímulos desencadenantes, puede dar lugar a una no separación de los cromosomas.

Esta Trisomía 21 se caracteriza por ser un accidente genético en el cual no se corre el riesgo de ser repetitivo, es decir, no es heredado.

Esta Trisomía es la que presenta características físicas bien marcadas.

Trisomía 21 por Traslocación: Esta condición genética ocurre en un 3 a 4% de todos los bebés con Síndrome Down. Esta anomalía cromosómica ocurre por fusión céntrica o unión central entre dos cromosomas acrocéntricos, que es el tipo de cromosoma con el centrómero cerca de un extremo, de tal manera que un brazo es más corto que otro. Estos cromosomas pertenecen a los grupos D o G, donde la mayor parte de los brazos largos de un cromosoma acrocéntrico se trasloca a los brazos cortos de otro acrocéntrico.

El producto de la traslocación que contiene una pequeña porción de los brazos largos de uno y los brazos cortos del otro es pequeño y generalmente se pierden en los casos de Trisomía 21 por traslocación, lo más frecuente es la trisomía 21, pero también puede encontrarse una traslocación entre dos G21/22 o bien 21/21.

Durante la meiosis, la sinapsis, que es la unión entre dos porciones homólogas es incompleta y se forma una cadena de tres cromosomas, cuyo comportamiento durante la separación anafásica, es decir, en el momento en que los cromosomas emigran hacia los polos opuestos de la célula, producirá cuatro tipos de gametos.

El traslado de sitio del cromosoma extra impide el desarrollo y crecimiento, lo cual producirá las características de este Síndrome.

Si la madre es portadora de traslocación, el riesgo de tener un hijo trisómico es de 1% a 5%; por el contrario, en el caso de portadores masculinos, el riesgo es de 1% a 2%.

Mosaicismo: fue enunciado por primera vez en forma definida en el Síndrome Down, por Clarke y Cals (1961). Es una anomalía posterior a la fecundación, que sucede a algunas células en la repartición de cromosomas, de tal manera que dichas células son diferentes de otras en su contenido cromosómico del organismo, esto se da en la no disyunción que se realiza durante la meiosis; también puede ocurrir en el curso de la mitosis, después de la formación de un cigoto normal de 46 cromosomas. La no disyunción post-cigótica del cromosoma 21, produce una célula con 47 cromosomas trisómica 21 y una monosómica de 45 cromosomas.

La célula sigue dividiéndose y forma una población de células trisómicas, mientras que la monosómica que no es viable, muere sin reproducirse.

El mosaico celular es cuando las células normales forman una población normal y se unen con una población de células trisómicas. El cruce fenotípico es variable, según sea la proporción de las células normales y trisómicas desde un Síndrome Down completo hasta un individuo aparentemente normal.

Actualmente, en los estudios más avanzados y con la introducción de la citogenética, se cree que la causa principal del Síndrome Down es la no disyunción del cromosoma 21 en la división meiótica.

Este tipo de malformación genética se presenta entre un 2% a 5% de los casos. Estas personas poseen una actividad mental y desarrollo del lenguaje más alto que las personas que presentan variante libre.

Se confirma la presencia del Síndrome Down por medio de un estudio de cromosomas. En este estudio se determina el tipo de Síndrome Down que tiene el/la bebé.

La gran mayoría de los casos de esta alteración de origen genético no es heredada, ya que se ha demostrado que solo uno de cada cien niños con Síndrome Down ha heredado esta condición del padre o la madre. Por lo general, los padres de un hijo/a con Síndrome Down no manifiestan problema cromosómicos.

Las personas con Síndrome Down tienen expectativas de vida levemente diferentes al resto de las personas, lo cual dependerá en gran medida de sus condiciones de salud que tampoco son tan distintas, fundamentalmente alrededor del 40% de los/las bebés con Síndrome Down tienen mayor propensión a presentar cardiopatías congénitas, problemas en el sistema respiratorio y otros sufren bloqueo intestinal o alteración en el aparato digestivo.

Durante el examen del pediatra se debe examinar el corazón del bebé. Una atención médica inmediata es necesaria en estos casos.

Por otra parte, como cualquier niño/a, el/la que tiene Síndrome Down debe recibir las herramientas necesarias para adquirir independencia y autosuficiencia, ya que la sobre protección tan habitual por adjudicarles erróneamente una condición de eterna infancia solo obstaculiza sus capacidades y favorece su dependencia. Está comprobado que puede adquirir importantes grados de autonomía, lo cual no es solo positivo para él o ella sino para la familia.

4.2.2 CARACTERÍSTICAS DE LAS PERSONAS CON SÍNDROME DOWN

Todos los seres humanos tenemos características físicas que las heredamos de nuestros progenitores, y sociales que se adquieren en el medio. Las características de los/las menores con Síndrome Down ayudan al diagnóstico temprano, casi al momento del parto, aunque puede ser diagnosticado durante el embarazo a través de una prueba conocida como: amniocentesis.

Hay alrededor de 50 características típicas del Síndrome Down, pero no hay ninguna que sea específica del Síndrome únicamente. A continuación se presentan las más significativas:

4.2.3 CARACTERÍSTICAS FÍSICAS

El Doctor Siegfried M. Pueschel, en 1993, refiere que el aspecto físico y las funciones de todo ser humano Vienen primordialmente determinados por los genes.

De la misma manera, las características físicas de los/las niños/niñas con Síndrome Down están configuradas bajo las influencias de su material genético.³

* **Cráneo:** tiende a ser mas pequeño en su circunferencia y en su diámetro anteroposterior (longitud de la frente al occipital). El crecimiento de los huesos en la parte media de la cara es menor cuando se acompaña con niños/niñas no Down; se piensa que la cara del niño/niña Down sea tan característica, de tal forma que los ojos, la nariz, la boca no son solamente pequeños signos que se encuentran agrupados en forma estrecha unos con otros. La distancia entre los ojos es pequeña, el hueso maxilar esta

³ Jackson Luis Gutiérrez. "El niño Down, Mitos y Realidades" 1991

menos desarrollado. Se observa anormalidad en el hueso esfenoides y en la silla turca (en donde se aloja la glándula hipófisis).

* **Ojos:** se encuentran colocados en forma oblicua o almendrados, el canto u orilla interna de los mismos están más distantes uno de otro. En los niños/niñas Down pueden tener hipertelorismo o hipotelorismo (mayor o menor distancia del otro respectivamente), se da como consecuencia de un puente nasal plano y del marcado pliegue epicantal que cubre el canto interno del ojo, da la impresión de que la distancia entre los ojos es más amplia.

Además se presentan problemas visuales, tales como los ojos cruzados y la miopía, son comunes en los niños con síndrome de Down.

* **Nariz:** es variable en los niños/niñas Down, hundimiento de la nariz (puente) la cual ligeramente es respingada, con los orificios de la misma con moderada tendencia a dirigirse hacia la frente o hacia arriba.

* **Orejas:** la implantación (sitio en donde se encuentran unidas a la cabeza) sobre plegamientos de la parte interna de la "concha" del pabellón auricular (mencionado como el hélix). El conducto auditivo externo es estrecho, a veces no está presente el lóbulo de la oreja.

* **Lengua:** la lengua de los niños/niñas Down protruye (hace prominencia) en la boca, de tal manera en que se encuentran abierta. Se piensa a que es debido a que el tamaño es mayor que el habitual, lo que ha sido difícil de comprobar por la dificultad que existe para medir la lengua, excluyendo estudios efectuados con rayos X. El hueso maxilar es más pequeño, el paladar resulta más estrecho, las encías más amplias, las amígdalas y adenoides más crecidas, se considera que la cavidad bucal resulta más pequeña, situación que obliga mantener la lengua afuera.

Presenta la llamada lengua geográfica por tener en sus superficies cuarteadoras y que aparecen más o menos después de los cuatro a cinco años de edad; se piensa que es debido a los movimientos frecuentes de succión y masticación.

* **Cuello:** es corto y ancho. Da la impresión de que le sobra piel en la parte de atrás del mismo (cara posterior del cuello), con mayor cantidad de tejido celular subcutáneo (grasa por debajo de la piel).

Algunas personas con síndrome de Down también pueden tener una condición conocida como Inestabilidad Atlantoaxial, una desalineación de las primeras dos vértebras del cuello. Esta condición causa que estos individuos sean más propensos a las heridas si participan en actividades durante las cuales pueden extender demasiado o encorvar el cuello.

* **Tórax:** no es raro que algunos niños/niñas trisómicos tengan once costillas a cada lado del tórax en vez de doce, puede verse la forma como acortada. El tórax a la altura del pecho, en el hueso conocido como esternón, se aprecia que está hundido (pecho excavado) o haga prominencia como el pecho de las aves (pecho carinatun).

* **Abdomen:** en niños/niñas menores de un año el abdomen es frecuentemente agrandado y distendido, lo que se atribuye a la disminución en el tono de los músculos del propio abdomen, así como la diástasis (separación) de los músculos denominados rectos anteriores del abdomen que se encuentran localizados, uno de cada lado, en la línea media.

* **Extremidades:** las extremidades inferiores están sensiblemente acortadas. Los huesos que componen las manos (metacarpo y falanges) se encuentran un 10% a 30% más pequeños, sus dedos son cortos y anchos, el

que se ve alterado es el quinto de la mano que tiene un solo pliegue. Se observa separación entre el primero (dedo gordo) y el segundo dedo de los pies, se encuentra un dedo plantar entre estos dedos. El surco transversal de la palma de la mano (pliegue simiaco) puede estar presente en niños/niñas no Down.

Los individuos con síndrome de Down típicamente son más pequeños que sus compañeros normales, y su desarrollo físico es más lento.

* **Piel y Cabello:** la piel a veces es laxa y marmórea (toma tonos violáceos) en los primeros años de vida y posteriormente se hace más gruesa y menos elástica. El cabello suele ser fino y poco abundante.

* **Tono muscular y flexibilidad de las extremidades:** al palpase los músculos de los cuerpos, principalmente las extremidades, se aprecia que su tono (fuerza) está disminuido. Conforme el niño o la niña tienen mayor edad se hace menos aparente, sobre todo en los mayores de quince a veinte años. La mayor movilidad de las articulaciones, principalmente las de las extremidades, es otro signo de observación común.

* **Genitales:** se observa que en el hombre el pene es más pequeño que lo habitual, pudiendo no estar presente uno o los dos testículos (criptorquidia). El vello pubiano en el hombre tendrá una distribución horizontal, en vez de triangular, en las niñas los labios mayores pueden estar aumentados con respecto a los menores.

* **Alteraciones de la función tiroidea.**

* **Umbral más alto de percepción del dolor.**

4.2.4 CARACTERÍSTICAS PSICOLÓGICAS Y SOCIALES.

Se puede anticipar que el o la bebé van a seguir el mismo patrón de desarrollo que un bebé normal, únicamente que a un paso más lento. Su desarrollo debe seguir un patrón relativamente normal, con el sistema motor, del habla y su percepción social aumentando despacio pero uniformemente. Desde luego, no todos los niños y las niñas siguen ese patrón a la perfección.⁴

En algunos, unas áreas prosperan más rápidamente que en otras y algunas destrezas no se pueden desarrollar por completo. Ya que los/las bebés con Síndrome Down tienen un desarrollo un poco más lento, hay que estar consciente que el control de su cuello, el alimentarse por sí solo, el sentarse, gatear, etc., va a ser desarrollado con más lentitud que un bebé normal; durante la etapa de la pubertad puede ser levemente retrasada, pero este no es un factor determinante.

Al conocerlo mejor se puede verificar que su desarrollo, aunque lento, es constante y predecible.

Los cambios emocionales característicos de la adolescencia son también presentes en púberes con síndrome de Down, y pueden ser intensificados por factores sociales.

En cuanto al tema de la sexualidad se conoce que en el pasado, no era considerada un asunto para personas jóvenes con síndrome de Down por el pensamiento inexacto que la retardación mental era sinónimo de niñez permanente. En realidad, todas las personas con Síndrome de Down tienen necesidades íntimas, y es importante que estas necesidades sean

⁴ Tomado de www.sindromedown.net

reconocidas y planeadas en su educación, residencia u otros programas y ambiente.

El coeficiente intelectual promedia en cincuenta, pero además de esta menor capacidad cognitiva y de los mencionados rasgos físicos citados con anterioridad, no existen grandes diferencias en su desarrollo y adquisición de hábitos. Realidad cada día más asumida entre los padres que ven con menor temor la llegada de este hijo/hija diferente, a quien le aprenden a descubrir enormes cualidades y valores.

La capacidad mental puede disminuir con el transcurso del tiempo, en especial a partir de los 10 años. Pero la utilización de la edad mental ayuda a entender mejor el paulatino enriquecimiento intelectual de estos alumnos/as, puesto que dicha edad mental sigue creciendo, aunque a un ritmo más lento que la edad cronológica.

La mayoría de las personas con Síndrome de Down presentan un retraso mental de grado ligero o moderado, a diferencia de las descripciones antiguas en las que se afirmaba que el retraso era severo. Existe una minoría en la que el retraso es tan pequeño que se encuentra en el límite de la normalidad; y otra en la que la deficiencia es grave, pero suele ser porque lleva asociada una patología complementaria de carácter neurológico, o porque la persona se encuentra aislada y privada de toda enseñanza académica

Además, muchos aprendizajes nuevos y experiencias adquiridas a lo largo de la vida, si se les brindan oportunidades, no son medibles con los instrumentos clásicos, pero qué duda cabe que suponen un incremento en las capacidades de la persona. Incluso se empieza a advertir que los nuevos programas educativos consiguen mantener el coeficiente intelectual durante periodos significativos de la vida.

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

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

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

Experimentar la sexualidad a través de una relación amorosa es una necesidad tan normal y natural para las personas con Síndrome Down como lo es para cualquier otra; sin embargo, el entorno social dificulta su realización en este aspecto.

Además de los problemas que enfrentan para conocer a otros muchachos y muchachas, tener alternativas para elegir y las grandes limitaciones para verse y estar juntos, ya que por lo regular sólo tienen oportunidades de hacerlo en las instituciones a las que acuden, en lo general los padres no ven con agrado estas manifestaciones socio – sexuales de sus hijos/hijas Down y tienden a reprimirlos, tratan de desalentar cualquier muestra de interés por alguien e intentan convencerle de que es mejor tener solo amigos y amigas.

Una de las principales razones por la cuales se oponen a que sus hijos/hijas tengan parejas son los temores de que en algún momento escapen de su control y practiquen relaciones coitales que puedan traer como consecuencia embarazos no deseados y todo lo que esto implica.

PERSONALIDAD: una revisión a la bibliografía científica y de divulgación sobre Síndrome Down recogen calificativos que constituyen los estereotipos sobre las personas con éste Síndrome. Se les califica de obstinadas, defectuosa, sociable o sumisa. En conjunto son afirmaciones sin clara justificación y en muchos casos sin fundamento.

Ocasionan generalizaciones perjudiciales, que confunden a padres y educadores y en muchos casos determinan las expectativas que sobre ellos se hacen unos y otros.

Sin embargo, y por encima de estereotipos y coincidencias aparentes se encuentran una rica variedad de temperamentos. Con la salvedad anterior, algunas características generales de la personalidad de los/las púberes y adolescentes con Síndrome Down son: escasa iniciativa, menor capacidad para inhibirse, tendencia a la persistencia de las conductas y resistencia al cambio, menor capacidad de respuesta y de reacción frente al ambiente.

Además, suelen mostrarse colaboradores y suelen ser cariñosos/as y sociables. En el trabajo, son laboriosos, constantes y tenaces, puntuales y responsables, realizando las tareas con cuidado y perfección.

MOTRICIDAD: torpeza motora gruesa y fina, lentitud entre las realizaciones motrices, mala coordinación, etc.

ATENCIÓN: dificultad para mantener la atención sobre todo durante periodos de tiempo prolongados, facilidad para la distracción frente a estímulos diversos y novedosos.

PERCEPCIÓN: mejor percepción y retención visual que auditiva, su umbral de respuesta general ante estímulos es más elevado, umbral más alto de percepción al dolor que en las personas sin Síndrome Down.

ASPECTOS COGNITIVOS: dificultad para manejar diversas informaciones, lentitud para procesar y codificar información y dificultad para interpretarla. Le resulta dificultosos procesos de conceptualización, generalización, transferencia de aprendizajes y abstracción.

Además, se presenta una ausencia de un patrón estable y sincronizado en algunos ítems del desarrollo; retraso en la adquisición de las diversas etapas; el juego es más restringido, repetitivo y propenso a ejecutar estereotipos, presentan dificultades en las etapas finales del juego simbólico; y pueden verse episodios de resistencia creciente al esfuerzo de la realización de una tarea, expresiones que revelan poca motivación en la ejecución e inconstancia en la ejecución, no por ignorancia sino por falta de interés, o rechazo, o miedo al fracaso.

MEMORIA: memoria procedimental y operativa, bien desarrollada (pueden realizar tareas secuenciadas con precisión); mejor memoria visual que auditiva; les cuesta seguir más de tres instrucciones dadas en orden secuencial; son capaces de retener de tres a seis dígitos tras escucharlos (de tres a cuatro dígitos en la mayor parte de los casos).

LENGUAJE: el nivel lingüístico va por detrás de su capacidad social de su inteligencia general; mejor puntuación en pruebas manipulativas que verbales; tienen dificultad para dar respuestas verbales; dan mejor

respuestas motoras; tienen mejor nivel de lenguaje comprensivo que expresivo.

CONDUCTA: no suelen presentar problemas destacables de conducta; la mayoría pueden incorporarse con facilidad a los centros de integración escolar; los programas de modificación de conducta por lo común dan buenos resultados con ellos.

SOCIABILIDAD: sin una intervención sistemática su nivel de interacción social espontáneo es bajo; en conjunto alcanzan un buen grado de adaptación social; suelen mostrarse dependientes de los adultos; se dan en ocasiones problemas de aislamiento en situación de hipotética integración.

Habrá un funcionamiento adaptativo del comportamiento de una persona en la medida en que se encuentre activamente involucrada con su ambiente (asistiendo a, interaccionando con, participando). El rol social deberá ser ajustado a las actividades que sean las normales para un grupo específico de edad: aspectos personales, escolares, laborales, comunitarios, afectivos, espirituales, etc.

Así, hay jóvenes con temperamento difícil que suelen mostrarse malhumorados, o negativos, o retraídos, con poca capacidad de adaptación a las situaciones nuevas, con una conducta impredecible o con respuestas exageradas a determinados estímulos; y otros considerados de buen temperamento o carácter, que suelen mostrarse positivos, predecibles, se adaptan bien a los cambios, se muestran alegres y sociables. Pero ello no implica que siempre se vayan a comportar del mismo modo.

A menudo se ha hablado del carácter de las personas con síndrome de Down, como si se tratara de una característica común. Dentro de su gran variabilidad, parece que existe una mayor tendencia a un

comportamiento general fácil, unido a conductas tercas y de obstinación en determinados momentos.

Existen dos momentos en la evolución de las personas con síndrome de Down especialmente propensos a la terquedad: en torno a los 2 y 4 años y en la adolescencia.

Las conductas de obstinación o terquedad se aprecian en todos los niños en un determinado momento evolutivo (entre los 2 y los 4 años). Este periodo se denomina negativismo y tiene que ver con la búsqueda de independencia de los niños y niñas y la consiguiente oposición a todo lo que venga impuesto desde fuera de ellos. Algo parecido a lo que ocurrirá más adelante en la adolescencia.

La llegada de la adolescencia significa para la mayoría de los padres, tengan o no hijos/hijas con Síndrome de Down, la llegada de un nuevo conjunto de problemas. El niño/la niña empieza a convertirse en adulto, a nivel físico y psíquico. Siente en su cuerpo un conjunto de cambios y de nuevas sensaciones. Las amistades y la pertenencia al grupo de iguales cobran especial importancia, así como todo lo que signifique resistencia a la autoridad, especialmente la paterna.

Pero, si bien todos pasan de un modo más o menos acentuado por esta etapa, muchas de las reacciones y conductas de los adolescentes son el resultado de los once o doce años de vida previos. Es decir, son el resultado de la educación que se ha recibido hasta entonces y de las relaciones con los demás.

Muchos de estos comportamientos forman parte del segundo periodo del negativismo y oposición, este periodo duran mucho tiempo debido a la lentitud en el desarrollo evolutivos de las personas con

Síndrome Down; esto unido a la menor capacidad de adaptación, hace que estas conductas sean más visibles y duren más tiempo.

Afortunadamente, la mayoría de los/las adolescentes con Síndrome Down no muestran un nivel alto de conductas difíciles, aunque pueden hacerlo en mayor propensión que el resto de la población, alrededor del 12%. Además, en la mayoría de los casos, los trastornos disminuyen con la edad, lo cual no debe interpretarse como que no es necesario intervenir porque ya se solucionará solo.

4.2.5 CARACTERÍSTICAS SEXUALES

Partimos de un concepto amplio de la sexualidad, que es mucho más que la simple genitalidad. Es afecto, es corazón, es encuentro interpersonal, es realización de la propia personalidad, es corporalidad. La persona con Síndrome Down tiene que experimentar que no está al margen de la sociedad, sino que respetado por su intrínseco valor personal, está llamado a contribuir al bien de su familia y de la comunidad según sus propias capacidades. Tener su propia vida, amar y ser amado.⁵

Cuando hablamos de la sexualidad de una persona con Síndrome Down la reducimos, demasiado a menudo, a sus aspectos biológicos y de higiene y, al obrar de esta manera se traiciona al ser humano que está en situación de mayor dependencia del entorno.

Tienen necesidad de contacto e intimidad, de relaciones interpersonales íntimas asociadas al deseo sexual, a la atracción, al enamoramiento. Necesidad de abrazar, de tocar y ser tocados, de besar. Recordar o hacer observaciones en este sentido puede ser útil: ya desde

⁵ Artículo tomado de www.canaldown21.com . Autor: José Ramón Amor, España 2003

que nacen en este mundo nacen dependientes de una mamá, de los cuidados y de los abrazos, necesitan estar prendidos, cogidos, vinculados, en contacto.

El amor compartido es para los miembros de la pareja la mejor fuente de satisfacción sentimental y de seguridad psicológica de que van a disponer. Sentirse elegido y amado de una manera prioritaria, privilegiada, única, es algo nuclear para el ser humano. Las relaciones sociales breves, cambiantes, fugaces, superficiales, no sólo no permiten profundidad y estabilidad en los afectos, sino que frustran al individuo y fragmentan su personalidad.

La persona con síndrome de Down debe poder desarrollarse con libertad y confianza como pareja y debe disponer de las mismas garantías y derechos que se establecen en el conjunto de la sociedad. Lo importante no es casarse o no casarse, lo importante es el derecho a elegir responsablemente después de haber sido orientados sobre cómo tomar decisiones.

Con referencia a los aspectos reproductivos de las personas con Síndrome Down existen muchas inquietudes: ¿Tanto las mujeres como hombres con Síndrome Down pueden procrear? ¿Los órganos sexuales masculinos tienen un desarrollo incompleto? ¿Qué probabilidad tienen de heredar el Síndrome Down a sus descendientes? ¿Serían capaces de atender a su hijo/hija?, etc.

Ante las diversas interrogantes sobre la paternidad de las personas con Trisomía 21, se citan informes de mujeres Down que han estado embarazadas o incluso han dado a luz. De acuerdo con los datos reportados por Cunningham 1990, una tercera parte de los niños/niñas nacieron con Síndrome Down y las dos terceras partes se consideraron físicamente normales.

Por su parte Jasso en 1991, coincide en que la probabilidad de tener un hijo/hija con Síndrome Down es de 35%. Con respecto a la posibilidad de tener un bebe sin este Síndrome menciona un 35%, de procrear un niño/niña con una malformación un 20% y un 10% de terminar en aborto o en fallecimiento del niño/niña dentro del útero.

Algunos varones presentan dificultades para alcanzar erecciones firmes y no siempre logran eyaculación. Así mismo se ha considerado que ellos son estériles, sin embargo esto ha sido cuestionado por los resultados de las investigaciones más recientes sobre la formación del esperma, al comprobarse una espermatogénesis normal, aunque con una producción de espermatozoides inferior al promedio. A pesar de esto, sólo existe un caso documentado de un hombre con Trisomía que engendró un niño.

En general, los y las púberes y adolescentes con Síndrome Down tienen una visión muy idealizada acerca de la paternidad e incluso desconocen con certeza todo lo que comprende al proceso del embarazo y el parto. Siendo realistas se debe aceptar que muchos de ellos difícilmente serán autosuficientes y por consiguiente no podrán hacerse cargo de criar un hijo/hija.

El abstenerse de la paternidad no significa que deban anular su vida sexual, la cual tiene lugar ya sea que se hable o no de ella y entre más información adecuada se les proporcione, mejor preparados están para tomar sus propias decisiones.

Como parte de la sexualidad del individuo, están presentes los órganos sexuales masculino y femenino. Y en las personas con Síndrome Down se da también en forma natural la sexualidad. A continuación las principales características sexuales.

ORGANOS GENITALES MASCULINOS:

Los órganos sexuales masculinos en los púberes y adolescentes con Síndrome Down son:

El pene, que consta de raíz, cuerpo, el glande y el tejido eréctil; el cuerpo del pene está cubierto por una delgada piel que no esta adherida al órgano, sino que circunda al glande, hay una porción de piel o pliegue llamado prepucio, el cual se retrae durante la erección, existiendo algunos casos en que esto no ocurre, como en el prepucio redundante y fimosis. A cada lado del frenillo hay una glándula encargada de producir una sustancia llamada esmegma, cuya acumulación puede dar lugar a infecciones.

La función del pene es doble en el organismo masculino, siendo un órgano cilíndrico compuesto en su mayoría por tejido eréctil cuya función es la copulación y es el conducto de las vías urinarias por donde pasa la uretra.

Testículos: es un órgano interno que se desarrolla en pares en la cavidad abdominal, cuya función es el almacenamiento de los espermatozoides.

Conducto Deferente: delgado y abarca desde la cola del epidídimo y sube hacia la cavidad abdominal y conduce los espermatozoides, es el que se corta al realizarse la vasectomía.

Vesículas seminales: son estructuras en forma de saco que se encuentran situadas atrás de la vejiga, y cuya función es producir un líquido, el cual sirve de protección y nutrición al espermatozoide.

La próstata: es una glándula que se encuentra abajo y delante de la vejiga urinaria rodeando la salida de la uretra. Su función es producir un líquido alcalino lechoso, este líquido se une con el seminal y con los espermatozoides para formar el semen.

Glándulas de Cowper: son dos y se encuentran después de la próstata, su función es secretar un líquido alcalino que lubrica y neutraliza la acidez del uretra. Esta comienza en el cuello de la vejiga urinaria y termina a nivel del glande en el meato urinario, su función es conducir la orina al exterior y al semen en el momento de la eyaculación.

ORGANOS GENITALES FEMENINOS:

Las personas con Síndrome Down presentan las siguientes características en sus genitales:

Los órganos sexuales femeninos están constituidos por órganos externos:

La vulva, que contiene el monte de Venus, los labios mayores, los labios menores, el clítoris, el vestíbulo, meato urinario, el orificio vaginal, al himen y las glándulas de Bartholin. Los órganos internos: la vagina, el útero, las trompas de Falopio y los ovarios.

El monte de Venus: es la elevación, la cual está formada por un cúmulo de células de tejido adiposo situado en el pubis, en la parte más baja de la pared abdominal.

Los labios mayores: son dos pliegues gruesos de la piel, rodean la hendidura vulvar en la pared exterior con gran cantidad de vellos. Contiene folículos sebáceos y glándulas sudoríferas.

Los labios menores: están después de los mayores, son dos pliegues mucosos de color rosado y con cierta humedad.

El clítoris: está constituido por dos cuerpos cavernosos, posee un glande y un frenillo del clítoris o prepucio clitorideo.

Vestíbulo: es una hendidura que se observa cuando se separan los labios menores, apreciándose el meato urinario hacia arriba y hacia abajo del orificio vagina; rico en terminaciones nerviosas y vasos sanguíneos.

Orificio Vaginal: se conoce como introito de la vagina, en la mujer que no ha tenido penetración está cerrado por el himen.

El Himen: es una membrana semi – rígida formada por tejido conjuntivo que puede tener infinidad de formas de acuerdo al organismo de cada mujer.

Meato urinario: orificio donde termina la uretra femenina para dar salida a la orina.

Glándula de Bartholin: a cada lado del orificio vaginal se encuentran estas glándulas que segregan moco.

Vagina: es el conducto músculo membranoso que tiene una capa mucosa muscular y fibrosa, hacia el fondo forma los fondos del saco vaginal.

Útero: formado por cuello, istmo y el cuerpo, su función es preparar sus capas para anidar, nutrir al embrión y contener el feto durante todo el embarazo.

Trompas de Falopio: se origina de los ángulos formados por el útero, cuya función es transportar al óvulo que es expelido por los ovarios hacia el útero.

Ovarios: son los homólogos a los testículos, se preparan y mantienen al útero para la implantación del óvulo fecundado. Están a ambos lados del útero, con el tamaño y peso de una almendra. Dentro de los ovarios hay vesículas redondas llamadas folículos. Están unidos en la capa posterior del ligamento ancho, en las niñas la superficie es lisa y en la mujer presenta arrugas.

Se concluye que los órganos genitales femeninos y masculinos se dan de esta manera:

Las características de los órganos genitales en los hombres con Síndrome Down se tipifican por tener el pene pequeño, así como también, de cada cien casos, solo a cincuenta de ellos les descienden los testículos y aunque se ven normales, nunca alcanzan su pleno desarrollo.

El vello púbico es escaso y en las axilas se carece de él. Cuando adultos, tienden a acumular tejido adiposo en el pecho y alrededor del abdomen. En un alto grado de personas con Síndrome Down la libido se encuentra disminuida.

En las mujeres estos caracteres aparecen tardíamente. La menarquía se presenta posterior al periodo normal a diferencia de la menopausia que es a temprana edad y en todo este periodo la menstruación es un tanto irregular. El vello púbico es lacio y escaso, destacando el clítoris por su tamaño; sin embargo, algunos investigadores opinan que lo más común es la hipoplacia en el mismo.

4.3 DESARROLLO SEXUAL DE LA PERSONA "NORMAL" Y CON SINDROME DOWN

Marvin y Cecilia Granados en la obra: "Educación sexual, Guía para la familia", 1992, plantean que "el ser humano para perpetuar la especie tiene que relacionarse con personas del sexo opuesto y solamente se logra cuando la mujer y el hombre han alcanzado la plenitud del desarrollo, existen muchas teorías sobre el desarrollo sexual humano."

Al respecto, tanto la mujer como el hombre deben relacionarse, así también haber alcanzado el grado de madurez necesario para llegar a tomar decisiones en común en cuanto a la reproducción de la especie.

Según Sigmund Freud, describe que el desarrollo del ser humano comprende cinco etapas: La oral, que va desde el nacimiento hasta los doce meses; La anal, de uno a tres años; La fálica, de los tres a los cinco años; El periodo de latencia, desde los cinco años a la pubertad; y por ultimo, el comienzo de la etapa genital y de la adolescencia. ⁶

* **Etapa Oral:** desde el nacimiento, la fuente primaria del placer y gratificación es la región bucal. La alimentación y los cuidados que ellos comprenden, además del placer de la succión, cuando tiene el pecho o el biberón en su boca, son la clave de este periodo, prueba de ello es la tendencia del niño a llevarse todo a la boca, especialmente los dedos, los que les producen un calmante, independientemente a su alimentación.

El niño/niña comienza la parte de su conocimiento cuando se lleva los dedos a la boca, eso implica un paso a su maduración del yo. Cuando hacen aparición los dientes se denomina oral agresivo, tal implicación es porque tiene que morder y así comienza el destete.

⁶ Psicología del Desarrollo. Diane Papalia, Mexico 1995

* **Etapa Anal:** comporta dos fases, una expulsiva y otra retentiva; la zona erógena dominante en la región anal, que comprende los órganos de evacuación fecal y urinaria, como también las nalgas; en general, durante esta fase (uno a tres años), comienza la educación para conseguir que el niño/niña controle sus funciones. Hay otras adquisiciones de gran importancia alrededor de estas edades, como son la realización de la marcha y el progresivo dominio motor.

* **Etapa Fálica:** durante esta fase, el pene en el varón y el clítoris y los genitales externos de la niña, pasan a ser erógenas dominantes. La experimentación y la curiosidad sexual se acompañan de sensaciones generalmente placenteras, que en el varón se manifiestan con maniobras masturbatorias aparentes; mientras que la niña, pasan inadvertidas y con menor grado de conciencia. No debemos extrañarnos que los niños sientan alguna sensación al frotarse o uniendo fuertemente las piernas.

El conocimiento de las diferencias sexuales acompaña, tanto por parte del niño como de la niña, la valoración acerca de la posesión del pene y su no existencia en la niña, es vista como ella como un defecto o una mutilación.

* **Etapa Genital:** con la llegada de la pubertad, los cambios físicos y el empuje hormonal que los provoca, significan un asalto instintivo que hace particularmente difícil este periodo de desarrollo. La madurez genital no implica una madurez mental, si bien desde el punto de vista cognoscitivo, el pensamiento se halla potencialmente próximo a alcanzar el mayor grado de abstracción que ha de lograrse entre los doce y dieciséis años.

* **Adolescencia:** es la etapa por la cual todos pasamos para convertirnos de niños/niñas a adultos/as. Entre los nueve y los dieciséis años para las mujeres; y los diez y dieciséis en los jóvenes; empiezan a ocurrir los

cambios en el organismo, aunque ocurren en edades diferentes, a esto se le llama: pubertad. Hay un crecimiento rápido y un notable aumento de peso.

La testosterona hace en el muchacho que su voz cambie, los hombros se ensanchen, lo que hace que el joven se pase todo el tiempo delante del espejo observando el crecimiento de su barba y bigote.

También crece el vello en la parte de abajo del abdomen y alrededor de sus órganos genitales y también en las axilas. Las caderas de la mujer se ensanchan, se desarrollan los senos, su cuerpo se transforma y se hace más suave y redondo. El vello púbico también crece abajo del abdomen y alrededor de los genitales.

La sexualidad es una dimensión constitutiva de la persona: el ser humano percibe, siente, piensa y quiere como varón o como mujer. La sexualidad humana desborda su significado procreador: la dimensión biológica es el apoyo de todo el edificio de la sexualidad y si la sexualidad humana no fuese más que biología, sería verdad que no tendría otra finalidad que la procreación, como en el mundo animal, pero ya hemos visto que por la presencia de otros factores, la sexualidad del ser humano no está circunscrita a su significado reproductivo y aparece como una fuerza difusa y permanente del ser humano.

Con lo antes mencionado, puede decirse que el desarrollo sexual de los/las púberes y adolescentes con Síndrome Down se da de la misma forma que el resto de las personas, la diferencia radicaría entonces en las ideas etiquetadas y prejuicios que la sociedad tiene sobre las personas con capacidades especiales como resultado de la ignorancia sobre el tema.

La gente en general tiene la percepción de que las personas con Síndrome Down poseen mayor apetencia y actividad sexual.

Se considera que la persona con síndrome de Down se mueve sólo por el instinto y no puede controlar la pulsión sexual, puesto que no posee los mecanismos mentales adecuados de inhibición y sublimación. De este modo, su sexualidad resulta ser descontrolada y, a veces, agresiva; por eso, debe ser acotada restrictivamente.

En el caso de los varones, se piensa que se pasan gran parte del día masturbándose, que lo hacen en cualquier lugar y circunstancia, sin mucho reparo por hacerlo delante de algún espectador, sea o no extraño. En relación a las mujeres, se piensa que son bastante promiscuas, que aceptan pasivamente el contacto sexual, sin mayores consideraciones.

Detrás de esta postura se esconden múltiples razones. Un elemento que merece ser destacado es una cierta mentalidad de fondo que expresa una gran desconfianza hacia lo corporal (una visión puritana de la sexualidad humana) y un concepto muy pobre de la discapacidad intelectual, generalizando situaciones y casos.

La sociedad, con el componente de ignorancia, supone que la inteligencia deficiente no es lo bastante poderosa para ejecutar sobre éste el necesario control. Si estas personas son incapaces de controlarse a sí mismas, habrán de ser controladas desde fuera por medio de un control sexual basado en descentrar la atención cuando se produce el chispazo y recortar las posibilidades de acceso de la impulsividad: cuidar que no le lleguen imágenes que inciten el apetito sexual; conseguir unos hábitos de moderación y autodominio en el comer y beber; apaciguar los estímulos sensibles, particularmente el besuqueo; educación en el pudor; higiene; mantener al individuo en una sosegada actividad.

En el otro extremo (aunque el resultado práctico es el mismo) están aquellos que anulan hasta tal punto la humanidad de estas personas que las convierten en poco menos que ángeles, seres asexuados y libres de pulsiones de carácter sexual.

Según esta postura, las personas con Síndrome de Down son muy cariñosas y efusivas, como corresponde a su alma ingenua y pura, a pesar de que su cuerpo sea el de una persona de 30, 40 ó 50; ellos serán eternamente niños o niñas: "¿Cómo se le ocurre a usted pensar que "mi hijito/a" pueda tener, ni siquiera, ideas o pensamientos sexuales?" Del hecho de que su inteligencia es en ciertos aspectos (sólo en ciertos aspectos) equiparable a la de un niño/niña, se infiere falsamente que la persona con Síndrome de Down continúa siendo en toda su personalidad, sexualidad incluida, y para siempre, un niño/niña.

Muchos padres/madres no salen de su estupor. Atrapados por una mentalidad, que viene de muy atrás, no entienden cómo, en nombre de la integración social, hoy quiere legitimarse y hasta recomendarse la aceptación de una vida afectivo-sexual plena para sus hijos e hijas. Muchos padres quieren que se enseñe a su hijo/hija la conducta social que le permita ser tolerado, incluso admitido y respetado, en el seno de la sociedad. Quieren que no se rechace con disgusto, temor o desprecio a los que no son como los demás. Luchan por conseguir que su hijo/hija alcance cuotas cada vez mayores de autonomía. Se alegran con cada nuevo logro alcanzado. Sin embargo, las cosas varían cuando hablamos de la sexualidad.

La aparición de vello púbico, la primera eyaculación, la menarquía son señales que abren viejas heridas, que refuerzan las angustias por el futuro del hijo o hija. Se resisten los padres a aceptar la sexualidad del hijo o hija con Síndrome de Down porque les enfrenta con la suya propia, con la que pudo ser y no fue. Se intenta censurar esta madurez sexual del hijo/hija utilizando un sofisticado y complejo mecanismo de rechazo a

través de instrumentos verbales y extraverbales, como, por ejemplo, el llenar al hijo/hija deficiente adulto de mimos infantiles, que bloquean la autonomía de los/las hijos/hijas en situaciones lejanamente sexuales, como pueden ser la elección de vestidos, de lecturas o de películas; estas elecciones tienen mucho que ver con lo sexual y supondrían, al menos, una elección autónoma que debería ser la premisa para una elección sexual libre.

Se aceptan, como mucho, prácticas autoeróticas. No obstante, cuando ciertas prácticas sexuales irrumpen incontrolables, la angustia de los padres se hace irrefrenable o se recurre al psiquiatra y se llena de medicamentos calmantes a la persona.

En la medida en que continúa contemplada como un niño o niña, la persona con síndrome de Down ve negado el acceso a la sexualidad de los adultos. Además, hay que subrayar que el niño/niña es mejor aceptado socialmente que el adulto discapacitado: suponemos que la razón estriba en que plantea menos problemas y en que resulta más manejable.

Dado que la persona con síndrome de Down, como todo ser humano, busca ser aceptado por los demás, retiene rasgos infantiles en su comportamiento, de tal manera que responda adecuadamente a lo que se espera y se demanda de él/ella por el entorno. Si bien este "infantilismo sexual" parece proporcionar tranquilidad a las personas que la rodean, no deja por ello de ser más bien un signo patente de inmadurez.

En síntesis, el desarrollo de la sexualidad en personas con Síndrome Down se da de la misma forma que en el resto de la población pero la diferencia radicaría, en la metodología que se utilice para educar y brindar conocimientos sobre el tema porque su capacidad intelectual es más limitada.

4.4 DEFINICIONES IMPORTANTES RELACIONADAS CON LA SEXUALIDAD

Sexualidad : Es una dimensión de la vida de las personas que se ha desarrollado a partir del hecho de pertenecer a un sexo o al otro, posibilitando ver al mundo y a sí mismas, como mujeres o como hombres, con todos sus sentimientos, emociones, valores, expectativas, actitudes y relaciones.

La sexualidad es una cualidad humana formada por un conjunto de características biológicas, psíquicas y sociales de las personas en su relación como seres sexuados. Es propia del ser humano y repercute durante toda su vida y esta influenciada por la sociedad en que crece y se desarrolla.

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

La sexualidad de un individuo también incluye lo referente al impulso o deseo sexual, la posibilidad de gozar y de procrear. Cuando una persona

empieza a crecer en una sociedad, él o ella empiezan a comportarse en ciertas formas que la cultura determina como apropiadas para el hombre y para la mujer. Esto incluye la canalización de los deseos sexuales, la identidad masculina y femenina y los papeles sociales de cada sexo.

Sexo: Diferencias biológicas, innatas, universales entre hombres y mujeres. Órganos genitales diferentes (pene y vulva.)

Amar: Sentimiento afectivo que nos mueve a buscar lo que consideramos bueno, para poseerlo y gozarlo. Significa entrega, transformación en las relaciones interpersonales y es un sentimiento importantísimo en la vida...

Género: Nombra las ideas que cada sociedad tiene sobre la diferencia biológica. Señala el hecho de que las diferentes conductas y actividades de las mujeres y los hombres son hechos sociales, contruidos, que se pueden cambiar, y no formas biológicas con las que se nace.

Acto Sexual: Conductas como la masturbación, el besuqueo o el coito. Acciones destinadas a la procreación, a la búsqueda exclusiva del placer.

Conducta Sexual: Comprende ser coqueto, vestir determinadas prendas, usar perfumes u otros artículos con el objetivo de atraer a una persona del sexo opuesto.

Roles Sexuales: Son las formas de conducta que se adscriben socialmente a las personas en función de su sexo, dicho llanamente, es lo que se espera que haga una persona sólo por el hecho de haber nacido hombre o mujer.

Felman (1982) Define los roles sexuales como expectativas (normas) culturalmente definidas que describen un patrón de actitudes y conductas “apropiadas” (proscritas o deseables) e “inapropiadas” (prohibidas o deseables) para los hombres y las mujeres.

Conducta pública: Son las que no ofenden ni agreden a nadie y, por lo tanto, son aceptadas por la sociedad. Conductas sexuales que comprenden: hacer preguntas sobre cambios físicos, los besos en la mejilla y los abrazos, ser cariñoso/a, relacionarse con personas del sexo opuesto, mostrar vergüenza por el apareamiento de características sexuales secundarias, ser coqueto, vestir determinadas prendas o usar unos perfumes, acercarse correctamente a las personas, sentarse con las piernas juntas cuando traen vestido, no bajarse los pantalones hasta estar dentro del baño, enamorar a personas, noviazgo, comunicar sentimientos, y hacer insinuaciones, miradas o dar mensajes subliminales etc.

Conducta privada: es aquella conducta que puede manifestarse en la privacidad e intimidad de una relación. Comprende: aseo e higiene personal, interés en observar programas televisivos o revistas con contenido sexual, rascarse o tocarse los genitales, desnudarse frente a otros, actos sexuales como la masturbación, el besuqueo o el coito, reproducción de posturas de tipo sexual.

Todo acto que se produce en un momento inoportuno o en el lugar inadecuado; o pueden estar haciendo algo que fue reforzado en su momento como una conducta “divertida” (ya sea exponer diferentes partes del cuerpo o la realización de actividades), pero ahora que ya son mayores, resulta inapropiada.⁷

⁷ Definiciones tomadas del “Programa de Sexualidad para Adolescentes.” Tania Peña y otros. El Salvador 2003

Educación afectiva sexual: es indispensable que el niño reciba amor para poder darlo. Las primeras experiencias maternas (pecho, caricias, alegría, ternura, etc.) Son esenciales para la vida futura. La ayuda al niño para que integre su propio sexo es fundamental. El desarrollo libre de su motricidad y de experiencias e iniciativas personales va a condicionar una sexualidad sana, así como el establecimiento de unas relaciones paterno/filiales.

Vínculo Afectivo: Lazo, unión de una persona con otra generalmente de tipo afectivo, familiar, religioso o legal. También puede aplicarse, en general, en las relaciones que se establecen entre los seres humanos.

4.5 ¿QUIENES DEBEN DE EDUCAR EN SEXUALIDAD?

La familia como institución primera en la que se relacionan los niños y niñas debe de prepararse para educar en todos los ámbitos, incluyendo la sexualidad, pero cuando nace un hijo o hija con el Síndrome enfrentan una serie de problemas emocionales que deben de ser resueltos a fin de obtener resultados positivos y eficaces en la educación y crianza de sus hijos e hijas con capacidades especiales.⁸

Los padres y las madres deben de tratar abiertamente el tema de la educación sexual, pero sin obsesionarse. El mejor comienzo es obviar estrategias escapistas como negar la capacidad sexual del niño o niña con Síndrome Down o aislarlos a manera de castigo para reprimir sus impulsos.

Por su parte, los y las docentes pueden hacer una excelente tarea en el área sexual, además de la información que puedan ofrecer

⁸ “El niño con Síndrome Down”. Silvia García. 1983

(sistematizada o no) es un modelo real y por tanto forma parte activa del proceso de aprendizaje a través del modelado, la imitación y la observación.

En conjunto padres, madres y docentes pueden realizar un trabajo más completo y eficaz a la hora de educar en sexualidad y para ello deben de ponerse de acuerdo en los temas a desarrollar, los modelos y ejemplos a utilizar y las conductas positivas a reforzar. Será conveniente adecuar la información que se brindará en una edad específica.

Los puntos para iniciar la educación sexual de los niños, niñas y jóvenes pueden variar, sin embargo, para aprender las habilidades personales necesitan comprender:

- ☺ Lo que es público y privado: partes del cuerpo, lugares y actividades
- ☺ Cuerpos y emociones: información básica y necesaria para el autocuidado de cada día.
- ☺ Límites y Relaciones: los contactos, la conversación y la confianza que resulta aceptable en los diversos tipos de relación.
- ☺ Distancia Social: como dirigirse a los demás y como los demás han de dirigirse a él o a ella.
- ☺ Planes de Seguridad: qué hacer cuando se le toca de forma incorrecta.
- ☺ Consecuencias del contacto incorrecto: qué puede ocurrir si alguien toca a otro u otra de forma incorrecta.

¿Cuándo se debe comenzar? Cada tema ha de ser enseñado en varias etapas a lo largo de los años:

De 2 a 9 años:

- Diferencias físicas entre niños y niñas
- Higiene y Aseo

- Diferencias de postura para orinar
- Las partes del cuerpo y cómo funcionan
- Lugares y conductas públicas y privadas
- Modos de reconocer y decir no ante contactos incorrectos (Prevención de abusos)
- Como nacen los niños y niñas
- La Masturbación

De 10 a 15 años:

- La menstruación, sueños húmedos y otros cambios que se observan y aparición de otras características sexuales secundarias.
- Sentimientos sexuales
- Identificar y comunicar sentimientos
- Orientación sexual
- Posibles problemas en la higiene y el aseo
- Elaborar y mantener las relaciones sociales

De 16 años en adelante:

- Diferencias entre sexo y amor
- La virginidad
- Responsabilidad de las relaciones sexuales (Enfermedades de Transmisión Sexual, Métodos Anticonceptivos, El Matrimonio o Unión Libre)
- Responsabilidades de la paternidad. (El Embarazo, Aborto y sus Consecuencias)
- Planeación de vida
- Leyes y consecuencias de los contactos incorrectos con otros
- Comprender su discapacidad
- El sentimiento de reafirmación como habilidad social
- Ser capaces de expresar necesidades, esperanzas, preferencias y opiniones para la búsqueda de la independencia
- Reciprocidad en las relaciones

4.6 QUEHACER DE LAS INSTITUCIONES QUE TRABAJAN CON PERSONAS CON SÍNDROME DOWN

Reconocer la educación de todas las personas como un derecho, significa que las instituciones educativas regulares necesitan prepararse y fortalecerse conceptual y técnicamente para acoger y atender a quienes tienen necesidades educativas especiales. Ello representa la responsabilidad de una prestación de servicios de calidad para toda la diversidad de educandos en todos los niveles y modalidades del sistema educativo.⁹

En 1990 se empiezan a dar los primeros pasos hacia la concreción de la igualdad de oportunidades educativas bajo el concepto de atención a las necesidades educativas especiales. Esta incluye la atención particularizada a una tipología extensa de personas que va desde los niveles superiores de desarrollo intelectual, físico, motor u otros, hasta los casos de discapacidad de diversa naturaleza; en síntesis es una insistencia en la necesidad de respuestas educativas a la diversidad de condiciones y necesidades de los seres humanos.

En tal sentido el alcance educativo de la Educación Especial es amplio, pues se propone brindar atención a todas las personas que, por condiciones de carácter físico, biológico, intelectual, sensorial o especial dentro o fuera del ámbito de la educación regular. En todos los niveles y modalidades del sistema educativo nacional, el concepto pone de manifiesto la necesidad de que la Educación Especial se convierta en una herramienta técnica-pedagógica al servicio del sistema educativo regular, a fin de que este pueda dar respuesta en una forma pertinente a la diversidad de la población escolar.

⁹ “Fundamentos Curriculares de la Educación Nacional.” MINED El Salvador 2002

Se dice entonces que la educación debe ser una sola, pero con diferentes ajustes para dar respuesta a la diversidad de necesidades de los educandos.

Por lo anteriormente dicho, se afirma que la integración y normalización de la persona con síndrome de Down es el criterio rector de todo el proceso educativo. Este objetivo significa la consecución del máximo nivel de habilidades sociales, no como un fin en sí mismo, sino para posibilitar que el sujeto viva en la comunidad, con la utilización de todos sus recursos y el cumplimiento de todas sus obligaciones.

Resulta claro que un medio social adecuado es el primer requisito necesario para la promoción del ser humano, dada su constitutiva condición social. La consideración atenta del entorno que rodea al discapacitado intelectual es fundamental, de manera que se pueda llevar a cabo una intervención adecuada en el mismo que facilite el crecimiento y la maduración de la persona. Si el individuo vive en un ambiente familiar asfixiante, difícilmente va a lograr su autonomía.

La primera responsabilidad de padres y profesionales es la de su propia formación: conocer, aceptar y amar su propia sexualidad y tener una preparación científica de acuerdo a las exigencias de la cultura actual en esta área. Después, deben ser conscientes de la importancia de la autoestima y, teniendo en cuenta que empieza a desarrollarse pronto, deben propiciar experiencias que faciliten su desarrollo.

Algunas sugerencias prácticas son las siguientes:

- No considerar a la persona con Síndrome de Down ni tratarla como un ser desvalido.

- Darle autonomía, independencia y confianza en sí misma, Ayudarle a tener éxito y estimular sus estados de ánimo positivos para que se enfrente mejor a las experiencias difíciles.
- Estimular un comportamiento adecuado y respetuoso con los demás. Las reglas de oro de la sexualidad: respeto, comunicación, responsabilidad y placer.
- Ayudarle a distinguir sentimientos y a describir experiencias, discutir con él los valores, trabajar la imagen corporal.
- Enseñarle la importancia de la belleza interior y que transmitir simpatía y afecto es esencial, enseñarle a establecer relaciones con otras personas estimular las aficiones personales, los intereses y las actividades de todo tipo.

4.7 CASOS REALES

Hace unos tres años recibí una llamada de una compañera de Universidad: me pedía que recibiera a unos padres preocupados por el futuro de su hija de 18 años con discapacidad intelectual. Quedé con ellos en una céntrica cafetería madrileña. Vinieron acompañados de la muchacha, con un buen nivel cognitivo y comunicativo. Estuvimos charlando tranquilamente sobre las perspectivas laborales, lo mucho que se había progresado en ese terreno y lo mucho que quedaba por hacer, y cosas de ese estilo.

La conversación derivó, lógicamente, porque ésa era su gran preocupación y lo que les había llevado a contactar conmigo, en el tema afectivo y sexual. Yo comencé insistiendo en la necesidad de ver esta temática con la máxima naturalidad, viendo en esa esfera de la existencia

humana todo lo positivo que acarrea y no sólo los aspectos problemáticos, tal y como hice en el anterior artículo que escribí para este Portal. En ésas estábamos cuando la muchacha dijo que iba al cuarto de baño y le pidió a su madre que la acompañara.

Hasta aquí todo normal porque, no sé por qué misterio de la naturaleza femenina, las mujeres suelen ir de dos en dos al baño cuando están en lugares públicos... Lo que me sorprendió es que la madre la tomó de la mano. A su regreso le pregunté a la madre por qué le había cogido la mano a su hija: "porque ella así lo quiere". ¿Lo quiere o está acostumbrada a que así sea desde pequeña?, le pregunté yo. Quedó desconcertada, muy desconcertada.

Después de un rato, me dijo que sí, que era la niña la que le demandaba la mano. Sin embargo, al día siguiente me llamó por teléfono y me dijo: "Me has hecho pensar mucho, le he dado muchas vueltas en mi cabeza al tema de ir cogidas de la mano, y tienes toda la razón, yo la acostumbré así..."

"César Augusto y Cleopatra son dos jóvenes con una discapacidad intelectual de grado medio en ambos casos asociada a síndrome de Down. Ella tiene veintisiete años y él veintiocho. Su relación se inició hace aproximadamente cinco años. Desde el primer momento sintieron una fuerte atracción mutua, buscándose constantemente e intentando pasar el mayor tiempo juntos.

El contacto físico también es algo habitual, se les puede ver cogidos de la mano, abrazándose o besándose sin pudor alguno, como cualquier otra pareja. Ambos defienden su amor y su noviazgo por encima de todo. Si uno de ellos enferma el otro sufre y muestra su preocupación por la situación del otro acompañándole a la consulta médica y/o haciendo guardia a la puerta de la enfermería. Con frecuencia demandan tener

relaciones sexuales e incluso el que se les proporcione una habitación para su intimidad. Conocen la imposibilidad de embarazo por la intervención quirúrgica a la que fue sometida ella hace unos años y lo esgrimen con toda naturalidad para obtener el consentimiento y la aprobación de sus demandas.

En algún momento también han planteado la posibilidad de matrimonio aunque cuando se habla con ellos se aprecia de forma inmediata la inconsistencia de ésta y el que se trata más de un sueño, una ilusión o el deseo de estar siempre juntos que una idea clara de los compromisos, obligaciones y responsabilidades que supondría legalizar su unión. Las familias conocen su relación y aunque por momentos se sientan sorprendidos y desbordados por algunos planteamientos de la pareja, propician ésta llevándoles juntos a la realización de actividades lúdicas".

V. METODOLOGIA

5.1 UNIVERSO Y MUESTRA:

Debido al tipo de investigación a realizarse (el cual se expondrá detalladamente en próximos apartados), lugar, tiempo y unidades de observación, entre otros aspectos; se considera a bien utilizar un **muestreo NO probabilístico** llamado **intencional o selectivo** tomado de la población inscrita para el año 2004 en la Asociación Salvadoreña de Padres y Amigos de Excepcionales Down.

La población total matriculada en la institución es de treinta y dos y la muestra a estudiar es de trece. Todos poseedores de capacidades especiales, ellos específicamente presentan la mal formación congénita conocida como Síndrome Down y que a su vez reúnen las principales características que se desean investigar: desarrollo sexual a nivel físico y mental.

La población sujeta a análisis pertenece al los géneros masculino y femenino, oscilan entre los nueve y los dieciséis años de edad cronológica (etapa del desarrollo: púberes y adolescentes), actualmente cursan grados académicos correspondientes a parvularia; todos provenientes de diferentes estratos sociales y económicos, culturales y religiosos, etc.

Otras personas involucradas en la investigación son los responsables de los púberes y adolescentes, es decir, los familiares (Madres, Padres, Abuelos, Tíos, o de quienes se encuentren bajo tutela), y los diez docentes (cuatro educadores encargados de las diferentes secciones y asignaturas; estudiantes en servicio social (Universidad Evangélica de El Salvador); fundadora y contadora; directora; subdirectora y fisioterapeuta) que laboran dentro de la institución ya mencionada.

Esto debido a que son ellos quienes se encargan de la educación y formación personal y profesional de los estudiantes; situación que les permite captar los cambios y manifestaciones psicológicas que sufren durante su desarrollo.

A la población descrita, se pretenden aplicar los instrumentos necesarios, a fin de recolectar datos que permitan conocer el comportamiento de las variables sujetas a estudio, información que simultáneamente lleve al alcance de los objetivos planteados.

5.2 INSTRUMENTOS:

Al precisar la información que se necesita recolectar durante el trabajo de campo, es necesario seleccionar y establecer los instrumentos y métodos y técnicas que lo permitan. Dentro de estos se mencionan:

La entrevista y la observación directa: que faciliten el registro de la información que brindan sobre el tema de la sexualidad, las influencias en la no diferenciación entre conductas públicas y privadas de los púberes y adolescentes y otras características o determinados aspectos sobre la problemática que se estudia. Ambas técnicas serán administradas a personas claves en la investigación, (responsables y púberes y adolescentes con Síndrome Down).

Cuestionario: este consiste en una serie de preguntas respecto a las variables a medir o evaluar a fin de conocer aspectos específicos. Esta distribuido en dos partes: aspectos generales y específicos; el primero de ellos explora datos generales de la persona a quien se le esta administrando; mientras que el segundo esta diseñado para registrar la información referente al estudio.

Las preguntas son de tipo cerradas, es decir, que contienen categorías o alternativas de respuestas que serán previamente delimitadas. En síntesis, se presentan a los sujetos las posibilidades de respuestas y ellos deben circunscribirse a ellas.

La aplicación del instrumento se hará a través de la entrevista personal, en este caso el entrevistador lo administra a los respondientes; se van haciendo las preguntas y anotando las respuestas, y las instrucciones son para el entrevistador. En el caso de las entrevistas a púberes y adolescentes, se fomentara un ambiente lúdico que facilita la obtención de los datos.

Guía de Observación: que permitirá registrar sistemática, válida y confiablemente el comportamiento o conducta manifiesta en los púberes y adolescentes con Síndrome Down, al propiciar el tema de la sexualidad

La guía estará dividida en dos apartados: general, en el que se plasmen los datos personales del sujeto; y específicos, en el que se definan aspectos, eventos y conductas a observar, (movimientos corporales, conducta visual y conducta verbal ya sean frases u oraciones completas o incompletas, y los silencios que se presenten).

El instrumento será implementado simultáneamente a la aplicación del cuestionario (para lo cual se contará con dos evaluadores), y durante actividades recreativas y lúdicas (rompecabezas, juego de roles, dramatizaciones y elaboración de cuentos con muñecos sexuados) que faciliten o propicien la manifestación de las variables en estudio que se buscan en la investigación; es de mencionar que su desarrollo será en ambiente natural.

5.3 PROCEDIMIENTO METODOLOGICO:

Para la satisfactoria resolución de la presente investigación es necesario contar con un Docente del Departamento de Psicología, perteneciente a la Facultad de Ciencias y Humanidades de la Universidad de El Salvador, con quien previo al inicio del estudio se acordó su participación como asesor de tesis o trabajo de grado; luego se indagó juntamente con el equipo investigador compuesto por dos estudiantes egresadas de la Carrera de Licenciatura en Psicología que se imparte en la instancia ya mencionadas sobre las temáticas a profundizar; se presentaron las propuestas respectivas, evaluando las importancia de las mismas, las ventajas y desventajas que se obtendrán de ellas, entre otros aspectos; finalmente se optó por el tema:

“INFORMACIÓN QUE BRINDAN SOBRE EL TEMA DE LA SEXUALIDAD LOS PADRES Y EDUCADORES DE LOS PUBERES Y ADOLESCENTES CON SINDROME DOWN Y CÓMO INFLUYE EN LA NO DIFERENCIACIÓN ENTRE CONDUCTAS PÚBLICAS Y PRIVADAS”

Al delimitar el tema en estudio, se prosiguió a la búsqueda de las diferentes instituciones en donde se encuentran las personas sujetas a estudio poseedoras de las mismas características que se requieren (Púberes y adolescentes con Síndrome Down, etc.). Optando por Asociación Salvadoreña de Padres y Amigos de Excepcionales Down, lugar en el que de inmediato se establecieron los primeros contactos con la Licda. Carmen de Valladares y Sra. Leonor de Cobar, Directora y Fundadora respectivamente, a quienes se solicita el ingreso a las instalaciones y la realización de la ya mencionada investigación.

Es así como, contando con una asesora, esclareciendo la temática a investigar (para lo cual se revisa la diferente bibliografía correspondiente tema), y estableciendo el lugar en donde se llevará a cabo; se prosigue

con la elaboración de las partes o contenidos principales para la fundamentación del estudio, es decir, Introducción, Planteamiento del problema (Situación problema, Justificación y Enunciado del problema) con el que se pretende afinar y estructurar más formalmente la idea de la investigación, exponiendo además la conveniencia, relevancia social, implicaciones prácticas y beneficios del estudio; establecimiento de Variables (independiente y dependiente), Objetivos General y Específicos que se persiguen o pretenden alcanzar, Alcances y Limitaciones, Marco teórico (antecedentes de la problemática y base teórica), se integra con las teorías, estudios y antecedentes en general que se refieran al problema de investigación, para lo cual es necesario detectar, obtener y consultar la literatura y otros documentos pertinentes, así como también extraer y recopilar de ellos lo de interés, etc.

Seguido a lo descrito en el párrafo anterior, y convencidos de que la investigación vale la pena y debe realizarse, se elige el tipo de estudio a efectuar, en este caso es de **Tipo descriptivo**: en el que como su clasificación lo indica permite describir situaciones y eventos; cómo es y cómo se manifiestan determinados fenómenos. En este se busca especificar las propiedades importantes de las personas sujetas a estudios, se evalúan aspectos, dimensiones o componentes.

La investigación a realizar, dado los apartados anteriores, orienta a regirse bajo un **Diseño No Experimental de Tipo Transeccional Descriptivo**, en el cual se indagan la incidencia y los valores que manifiesta una o más variables, proporcionan su descripción, presentan el panorama del estado de las variables en determinado momento.

Es necesario señalar que cada uno de los apartados descritos hasta el momento, se han diseñado durante reuniones previas con el equipo investigador y revisados por la asesora.

Durante las visitas realizadas a ASAPAED, se obtuvo la información necesaria sobre la población que en la institución se atiende, ya anteriormente se mencionan y detalla la muestra con la cual se efectuará el estudio. Es necesario aclarar que debido a la cantidad de púberes y adolescentes inscritos en la instancia mencionada, se opta por realizar un **Muestreo No Probabilístico llamado selectivo o intencional**, para que los sujetos cumplan con las características deseadas.

Una vez que se seleccionó el diseño de investigación apropiada y la muestra adecuada al problema de estudio; la siguiente etapa consiste en recolectar los datos pertinentes; esto implica la elección de los métodos y técnicas, y la elaboración de los diferentes instrumentos que permitan la idónea recopilación (Guías de observación, cuestionarios, etc. Instrumentos ya descritos).

Para la aplicación del mismo, se considera a bien visitar ASAPAED, lugar en donde serán abordados los responsables de los púberes y adolescentes con Síndrome Down, los cuestionarios se administraran de forma individual y durante una semana se citaran en grupos de cinco personas como promedio, a fin de atender adecuadamente y facilitar o propiciar la información que se busca.

Al finalizar con la evaluación a los responsables, se proseguirá con los púberes y adolescentes quienes serán sujetos a observación durante actividades recreativas y lúdicas, (dentro de la institución) en ambiente natural, la información en ambos casos será registrada únicamente por el equipo investigador durante una entrevista personal; además de la observación, se implementarán diferentes acciones (juegos de rompecabezas con figuras humanas, representaciones con muñecos sexuados, etc.) que propicien el apareamiento del tema de la sexualidad, esto con la finalidad de indagar y registrar la diferenciación entre conductas públicas y privadas de la población estudiada.

Para la aplicación de los instrumentos, además esta mencionar lo necesario que se vuelve establecer el rapport, es decir, una relación anímica adecuada con el informante antes de iniciar el proceso, dentro de un ambiente de confianza se espera que sus respuestas sean espontáneas. En el caso de los responsables de los púberes y adolescentes, se considera a bien interesarlos en el tema haciendo énfasis en la importancia de todas y cada una de sus respuestas, la seguridad de que los datos que aporte serán confidenciales; pues solo así la información captada resultará de suma validez.

Culminando con la recolección de datos la información se resume, codifica y prepara para que pueda analizarse correctamente. Durante este último se busca describir los datos, valores y puntuaciones obtenidas para cada variable y efectuar el respectivo análisis estadístico descriptivo; haciendo uso de una distribución de frecuencias o puntuaciones ordenadas en sus respectivas categorías, presentando porcentajes acumulados para cada uno de ellas; calculándolos de la siguiente manera:

N_c . = es el numero de casos o frecuencias absolutas y N = es el total de casos, multiplicados por 100. Los resultados de la operación corresponden al porcentaje.

Las distribuciones de frecuencias obtenidas serán presentadas en forma de histogramas y graficas circulares.

El trabajo de campo, estaría finalizado, pero, es necesario comunicar los resultados a través del reporte de investigación que contengan: portada, índice, resumen, introducción, marco teórico, método, resultados, conclusiones, recomendaciones e implicaciones, bibliografía, apéndices.

Es de citar que en base a los resultados obtenidos se elaborará una propuesta de intervención para brindar información sobre el tema de la sexualidad a los púberes y adolescentes con Síndrome Down, inscrito en ASAPAED.

VI. PRESENTACION DE RESULTADOS.

6.1 ENTREVISTAS REALIZADAS A PADRES/MADRES DE PUBERES Y ADOLESCENTES CON SINDROME DOWN.

La educación es un deber y un derecho que tiene todo ciudadano en el país, sea cual sea su condición.

En el caso de las personas con Síndrome Down, se requieren procesos educativos diversificados y específicas a sus necesidades, y debe ser orientado por la familia, la escuela e inclusive la sociedad.

La educación especial tiene que contribuir a elevar el nivel de vida de las personas, y el tema de la sexualidad forma parte esencial del ser humano; y por lo tanto es necesario instruir dentro de este.

Es así que, para conocer la información que la familia posee y en consecuencia transmite a los/las púberes y adolescentes como primera instancia educativa que brinda información sobre el tema de la sexualidad, fue necesario interrogarles sobre el mismo; obteniendo que: únicamente solo cinco padres de familia, una hermana y un tutor responsables de los menores (institucionalizados en el Hogar Vito Guarato) en estudio accedieron a contestar el instrumento. (**Ver Anexo1** Página 235: "Cuestionario dirigido a padres y madres de púberes y adolescentes con Síndrome Down")

De los/as entrevistados/as se supo que oscilan entre los veintiocho y cincuenta años de edad cronológica, ejercen diferentes profesiones dentro de las que se mencionan: profesores en educación especial, estudiante egresada de la carrera de Relaciones Internacionales, mecánicos, ama de casa, entre otros; con niveles de escolaridad básica y superior (12.5% y 87.5% respectivamente); además provenientes de

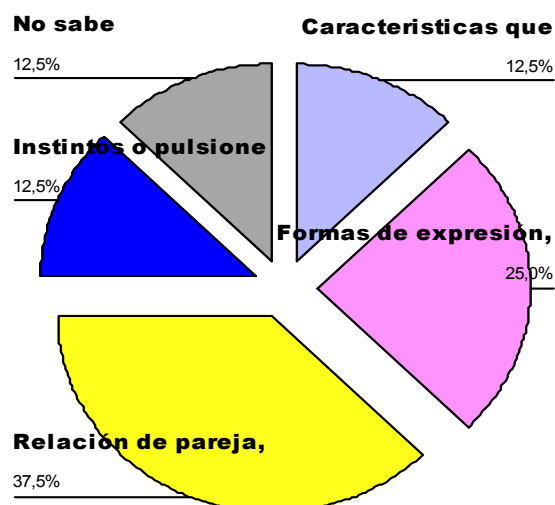
hogares con más de cuatro miembros; y de estratos socioeconómicos medio y alto o por lo menos que les permita pagar la institución de carácter privado en donde se encuentran inscritos sus hijos (ASAPAED).

Los datos generales recogidos, permiten refutar los mitos que plantean que los niños/as con el Síndrome, nacen en hogares de bajos recursos, que surjan como consecuencia de la edad avanzada de las madres, o que interfiera el número de partos de esta.

Tabla 1
¿Qué es sexualidad para usted?

Respuestas	Frecuencia	Porcentaje	Percentil válido	Percentil acumulado
Características que definen hombre y mujer	1	11,1	12,5	12,5
Formas de expresión, relaciones interpersonales	2	22,2	25,0	37,5
Relación de pareja, unión entre sexos	3	33,3	37,5	75,0
Instintos o pulsiones	1	11,1	12,5	87,5
No sabe	1	11,1	12,5	100,0
Total	8	88,9	100,0	
Total	9	100,0		

En cuanto a la información específica sobre el tema de la sexualidad, queda en evidencia que para gran parte de la población en general la definición de la misma aun permanece dudosa o desconocida, puesto que se tiende a relacionar con aspectos físicos



o a la procreación. Es así como el 37.5% de los entrevistados definen la sexualidad como las relaciones de pareja, unión entre sexos y la concepción; un 25% lo entiende por formas de expresión, interactuar con otras personas o establecer relaciones interpersonales; mientras que para el 12.5% son las características que definen al hombre y la mujer, incluyendo aspectos físicos como los órganos genitales, abordando únicamente el componente biológico; otras de los conceptos expuestos son: desarrollo del niño, la niña, adolescentes y edad avanzada; sexo o género que representa; un 12.5% agregó que son simple y sencillamente instintos o pulsiones sexuales; y en un mismo porcentaje se encuentran las personas que no responden o no saben.

Es de mencionar, que ante la interrogante, los sujetos se sonrojan, muestran nerviosismo, risas injustificadas, puesto que probablemente nunca se ha cuestionado así misma tal definición, además, solicitaban proseguir con la entrevista y al finalizar esta retornar a la pregunta.

Tabla 2
¿Ha recibido información sobre sexualidad?

Respuestas	Frecuencia	Percentil	Percentil válido	Percentil acumulado
Si	7	77,8	87,5	87,5
No	1	11,1	12,5	100,0
Total	8	88,9	100,0	
Total	9	100,0		

Del total de los entrevistados, el 87.5% asegura haber recibido información sobre la sexualidad a lo largo del proceso educativo o de su desarrollo humano, temas que en su momento fueron expuestos en un 33.3% por los educadores o maestros; el 16.7% recibió información a través de los diferentes medios de comunicación como: la televisión, revistas, periódicos o libros; y solo un 8.3% de la población la obtuvo por medio de

sus padres. El resto de la población correspondiente al 12.5% no recibió información.

Tabla 3
¿Qué temas de sexualidad se abordaron?

Respuestas	Pje de Respuestas	Pje de Casos
Órganos Reproductores y Funciones	4,8	14,3
Cambios Físicos durante la adolescencia	14,3	42,9
Derecho al noviazgo	9,5	28,6
El Embarazo	9,5	28,6
Métodos Anticonceptivos	33,3	100,0
ETS	19,0	57,1
Otros	9,5	28,6
Total respuestas	100,0	300,0

Dentro de los temas más abordados se encuentran con un 33.3% los métodos anticonceptivos ya sean estos temporales o permanentes; a el 19.0% se le expuso las enfermedades de transmisión sexual; un 14.3% conoció sobre los cambios físicos durante la adolescencia; un mínimo del 9.5% representado por dos padres refiere obtener información sobre el noviazgo, el embarazo, entre otros temas.

Como dato insólito, únicamente el 4.8% reporto el tema de los órganos reproductores y funciones; la situación anterior, deja al descubierto la desinformación que poseen los adultos y por ende el déficit para instruir sobre el tema a su descendencia, posean estos o no el Síndrome Down u otra capacidad especial.

Tabla 4**¿Considera necesario abordar el tema de sexualidad con su hijo/a?**

Respuestas	Frecuencia	Percentil	Percentil válido	Percentil acumulado
Si	7	77,8	87,5	87,5
No	1	11,1	12,5	100,0
Total	8	88,9	100,0	
Total	9	100,0		

Ante la interrogante ¿Considera necesario abordar el tema de la sexualidad con su hijo/a de capacidades especiales? El resultado fue favorable, ya que el 87.5% responde que si; argumentando que es preciso orientarles a los púberes y adolescentes sobre la realidad a nivel sexual y darles orientaciones correctas (según el 50% de los entrevistados); un 12.5% expresa que como adultos y responsables de la educación de estas personas muchas veces no saben como actuar cuando lo ve realizando conductas sexuales inacordes a su edad; similar porcentaje agrega que es inevitable educarles como personas normales y concientizarles que pueden entrar en un plan de sexualidad independientemente de su discapacidad.

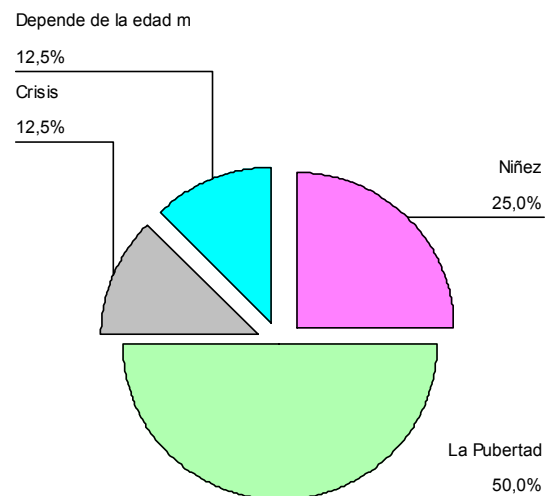
Tabla 5**¿Por qué considera necesario educar en sexualidad?**

Respuestas	Frecuencia	Percentil	Percentil válido	Percentil acumulado
Para orientarles sobre realidad darles dirección correcta	4	44,4	50,0	50,0
Porque uno no sabe como actuar	3	33,3	37,5	87,5
Porque es necesario educar como persona normal	1	11,1	12,5	100,0
Total	8	88,9	100,0	
Total	9	100,0		

En cuanto a la pregunta anterior, solo el 12.5% manifiesta que no es conveniente introducir a las personas con capacidades especiales, porque esto permite fomentarles un tabú y además, conocen sobre su misma naturaleza.

Dado que la sexualidad es considerada únicamente sobre aspectos de la procreación, relaciones interpersonales, relaciones de pareja.

Los entrevistados consideran que a las personas con Síndrome Down debe de inducirles o introducirles en el tema a partir de la pubertad, es decir, entre los nueve y once años de edad cronológica, esto según el 5.% de los padres de familia;



Un 25.5% sugiere que sea durante la niñez (comprendida entre los tres y los nueve años); y un 12.5% recomienda esperar las ocasiones de crisis, entendiendo estas como la menstruación, la masturbación, o en ultimas instancias casos de abuso sexual, pues según uno de los padres "la prioridad para sus hijos/hijas es su salud, alimentación y bienestar, la sexualidad es algo secundario que aparece cuando aparece la luna y desaparece y se olvida de un momento a otro";

Una proporción del 12.5% refiere que se aborde el tema dependiendo de su edad mental; que generalmente discrepan con la edad cronológica y el nivel de desarrollo físico, emocional o intelectual que estos representan, de acuerdo a la teoría alcanzan el nivel de pensamiento concreto. Es decir,

que la edad mental sigue en aumento, pero crece a un ritmo más lento que la edad cronológica.

Ya que muchos de los hijos/hijas de los entrevistados ya muestran características sexuales secundarias tales como: vello púbico, la menstruación, crecimiento de los senos, cambios en el tono de voz, etc.

Aunado a otras circunstancias y causas desconocidas, algunos de los responsables han decidido abordar temas de la sexualidad; pero el 27.8% aun no lo hace;

Es así como el 16% ha orientado sobre las relaciones interpersonales y distancia social; un 11.1% abordó el tema de higiene y aseo, respeto a las partes íntimas y privadas del cuerpo (enfaticando los genitales); formas de defenderse en caso de abuso sexual, entre otros temas como: el proceso de identificación sexual, el noviazgo, etc.

Tabla 6
¿Cuáles temas es necesario abordar?

Respuestas	Pje de Respuestas	Pje de Casos
Órganos reproductores y funciones	10,0	37,5
Relaciones interpersonales	13,3	50,0
Conductas sexuales públicas y privadas	6,7	25,0
Limites y relaciones	26,7	100,0
Proceso de identificación sexual	6,7	25,0
Respeto a las partes íntimas	20,0	75,0
Formas de defenderse en caso de abuso	3,3	12,5
Otros	13,3	50,0
Total respuestas	100,0	375,0

La población sujeta a investigación, sugiere que al diseñar una propuesta de programa de Educación Sexual para personas con capacidades especiales se aborden temas como: Límites y relaciones; distancia social; y formas de dirigirse a los demás, esto según el 26.7%;

Un 20% considera necesario retomar el respeto a las partes íntimas y privadas del cuerpo; el 13.3% sugiere exponerles el tópico de los órganos reproductores y funciones; en porcentajes mínimos recomiendan abarcar información sobre las conductas sexuales públicas y privadas, defenderse en caso de abuso sexual, entre otros.

Para indagar sobre las conductas de tipo sexual que manifiestan los/las púberes y adolescentes con Síndrome Down sujetos/as a investigación, se diseñó un listado de conductas que permiten identificar las que se presentan con frecuencia y los ámbitos en los que se desarrollan; así se obtuvo la siguiente tabla en la que se plasman los porcentajes:

Tabla 7

Conductas relacionadas con la sexualidad

CONDUCTAS	SI	NO	Ámbito Público	Ámbito Privado
Hace preguntas sobre sus cambios físicos.	25%	75%	25%	
Vanidad.	87.5%	12.5%	85.7%	14.3%
Cariñoso/sa (besos, abrazos, se toma de la mano, etc.)	100%		100%	
Se relaciona con personas del sexo opuesto.	100%		100%	
Coquetea con personas del sexo opuesto.	62.5%	37.5%	62.5%	
Muestra vergüenza por los atributos sexuales secundarios.	12.5%	87.5%	12.5%	
Enamora a personas del sexo opuesto.	50%	50%	50%	
Enamora a personas del mismo sexo (Homosexualidad).		100%		
Utiliza términos inadecuados en	37.5%	62.5%	37.5%	

relación a la sexualidad.				
Modelan conductas sexuales in acordes a su edad.	25%	75%	25%	
Tiene novio/a.	37.5%	62.5%	37.5%	
Comunica sentimientos a otros.	75%	25%	75%	
Hace insinuaciones, miradas o mensajes sutiles (piropos).	62.5%	37.5%	62.5%	
Higiene y aseo personal.	87.5%	12.5%	42.9%	57.1%
Muestra interés en observar programas televisivos o revistas con contenido sexual.	37.5%	62.5%	66.7%	33.3%
Tiene contacto con sus genitales.	50%	50%	50%	50%
Tiene contacto con los genitales de otros/as.	62.5%	37.5%	62.5%	
Se aísla del resto buscando intimidad.	12.5%	87.5%	12.5%	
Impide que otros/as lo/a observen cuando se dirige el sanitario.	37.5%	62.5%	33.3%	66.7%
Muestra conductas exhibicionistas (se desnuda frente a otras personas).	50%	50%	50%	
Reproduce posturas de tipo sexual (posición prona).	25%	75%	50%	50%
Habla de temas sexuales con otros compañeros de manera secreta		100%		
Otras conductas	37.5%	62.5%	37.5%	

Es evidente que el 100% de los hijos/hijas de los entrevistados manifiestan conductas de tipo sexual en ambientes públicos, dentro de las conductas que más destacan se encuentran: la vanidad, conductas cariñosas como tirar besos a otras personas, abrazar, etc.

Además, destacan las relaciones con personas del sexo opuesto al que representa, son coquetos, enamoradizos (aunque los padres argumentan que lo dicen a manera de broma, pero que en realidad no lo sienten, ni establece lazo fuertes en esa área afectiva); comunican sentimientos a otros; hace insinuaciones, miradas o mensajes sutiles (dentro de los que se ubican los piropo: "mamacita", "muchachas guapas" etc.); son muy aseados; según el 37.5% de los padres refieren que sus hijos/hijas muestran interés en observar programas televisivos con contenido sexual, dato que se contradice, puesto que el 66.7% asegura que lo hacen

únicamente en ambientes públicos y el resto que comprende el 33.3% muestra la conducta en privado; esta situación la justifican argumentando que solo son escenas de telenovelas, sin morbo, que no entienden lo que observan, pero durante las escenas fuertes se retiran del lugar.

El 50% de los/las púberes y adolescentes tienen contacto con sus genitales en ambientes públicos, incluyendo la erección y masturbación; sin embargo el 62.5% tiene contacto con los genitales de otras personas, según los interrogados, manifiestan la conducta en broma, intenta levantar ropas a la madre, da nalgadas; no obstante, en uno de los casos se expuso que desconocen porque el menor intento "meter el dedo índice entre los glúteos del hijo de la empleada domestica", "lo hace inocentemente"; finalmente, sobresalen las conductas exhibicionistas, considerando como tal: mostrar sus partes intimas, reproducir posturas pronas, es decir, aquella que no tiene una clara intención de producir un efecto en el que lo observa, "lo hace como algo natural, sin malicia" (según algunos de los padres/madres).

El cuadro anteriormente plasmado, representa un alto porcentaje de las manifestaciones de tipo sexual que manifiestan los/las púberes y adolescentes; contradice a las hipótesis que sostienen que todas las personas con capacidades especiales, específicamente los poseedores del Síndrome Down son seres asexuados.

Alguna de las conductas reflejan el estilo de crianza que ejecutan en casa, este se caracteriza por ser sobreprotector y generan dependencia; el 100% de los púberes y adolescentes comparten ya sea su habitación o inclusive su cama con otro miembro de la familia, generalmente es con la madre o con un hermano mayor, evidencia la privacidad de la que carecen estas personas, justificada por la discapacidad que presentan. En el caso de los dos menores que residen en el Hogar del Niño, son sometidos al uso de habitaciones y baños

(sanitarios) públicos; por otra parte, el 37.5% se bañan con la mamá y/o las niñeras; mientras que el 62.5% realiza esta actividad de forma independiente. Pese a lo anterior, se registro que el 50% de los menores son acompañados en el momento de dirigirse al sanitario.

Tabla 8

¿Qué hace ante las manifestaciones sexuales?

Respuestas	Pje de Respuestas	Pje de Casos
Sanciona o castiga	20,0	25,0
Interrumpe de forma brusca	10,0	12,5
Evade la situación	30,0	37,5
Orienta sobre lo sucedido	20,0	25,0
Respeto su necesidad	20,0	25,0
	-----	-----
Total respuestas	100,0	125,0

Ante estas y otras manifestaciones sexuales de las personas con Síndrome Down, el 30% de los padres o responsables evaden la situación (orientan a cambiar de actividad); un 20% aseguran que orientan sobre lo sucedido, respetan la necesidad o la privacidad del menor, sancionan o castigan y solo un 10% refiere que le interrumpen la conducta sexual de forma brusca.

Tabla 9

¿Qué métodos utiliza para orientar?

Respuestas	Pje de Respuestas	Pje de Casos
A través de fotos y dibujos	14,3	20,0
A través de diálogos individuales	71,4	100,0
Juego de roles	14,3	20,0
	-----	-----
Total respuestas	100,0	140,0

Ya sea que oriente, respete o sancione, el 71.4% asegura que el método para educar se basa en diálogos individuales, aunque sea necesario implementar comentarios que intimiden (“te va a doler”, “te vas a sangrar”, etc.) al menor y no resuelva la situación, inquietud, necesidad y derecho; solo un 14.3% indica a través de dibujos o juego de roles.

Cabe señalar: que en el caso de los menores institucionalizados en el Hogar Vito, resulta complicado las orientaciones sobre el tema, debido a las restricciones impuestas por la religión que profesan en dicho lugar, abordar el tema de la sexualidad iría en contra de las normas y reglas que rigen la institución antes mencionada; sin embargo, se conoce que ejercen doble moral, puesto que a los/las menores se les permiten observar novelas para adultos/as y niños/as en los que se expone el tema en discusión, además que al escuchar las conversaciones de los adultos se enteran de las relaciones de pareja de los empleados.

6.2 ENTREVISTAS REALIZADAS A EDUCADORES DE PUBERES Y ADOLESCENTES CON SÍNDROME DOWN

La sexualidad es un tema tabú en nuestra sociedad y en muchas culturas que viven en subdesarrollo, esto no permite que el ser humano sea integral en todas las áreas de la vida (hogar sociedad, trabajo, etc.).

Para conocer la información que los y las docentes brindan a los/las púberes y adolescentes con Síndrome Down se visitó la Asociación de Padres y Amigos de Excepcionales Down (ASAPAED), una institución sin fines de lucro fundada por 15 padres/madres de familia en el año de 1983 con el objetivo de formar y mejorar la calidad de vida de las personas con Síndrome Down.

Dos dependencias dan inicio junto con esta Asociación: El Grupo Scout que está conformado por estas personas de capacidades

especiales y realiza actividades los fines de semana y; El Colegio, que funciona en la actualidad con un horario de Lunes a Viernes de 8:00 AM a 12:00 PM.

Para dar un mejor servicio a la comunidad educativa y procurar el desarrollo de todos los estudiantes según sus capacidades, están dentro del Colegio, divididos homogéneamente (del sexo femenino y masculino) en distintos Niveles (del 1 al 5), y su distribución en cada nivel depende de varios factores:

1. Evaluación inicial antes de comenzar el curso escolar: Área del Lenguaje, Actividad física, terapia Ocupacional y Área Pedagógica.
2. De acuerdo a la edad cognoscitiva
3. De acuerdo a la edad cronológica
4. De acuerdo a los resultado obtenidos a través de la evaluación inicial

A lo largo del año imparten clases de lecto-escritura, cálculo, ciencias salud y medio ambiente, ciencias sociales, apresto 1 y 2, orientan sobre actividades de la vida diaria y actividades recreativas. Los estudiantes deben rotar de Nivel (según exigencias del MINED) al menos cada dos años.

A continuación se describen los resultados de las entrevistas realizadas a los y las docentes que laboran en la Asociación de Padres y Amigos de Excepcionales Down (**Ver Anexo 2** Página 240: "Cuestionario dirigido a maestro/a de púberes y adolescentes con Síndrome Down"):

Se entrevistó a un grupo formado por docentes graduados en Educación Especial, Estudiantes de Educación Especial en Servicio Social de la Universidad Evangélica de El Salvador, Fisioterapistas y una de las fundadoras y contadora de la Institución. Las edades de los sujetos

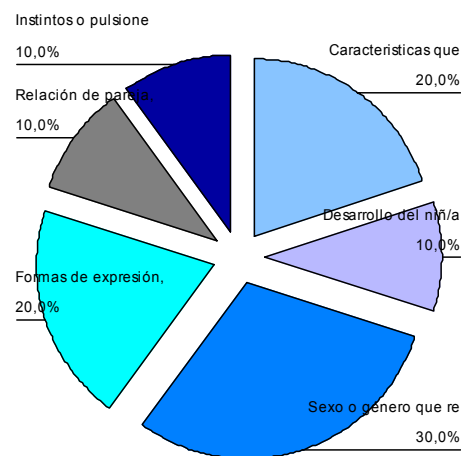
entrevistados oscilan entre los 19 y 61 años; dos de ellos pertenecen al sexo Masculino y ocho al sexo Femenino.

Tabla 1
¿Qué es la sexualidad?

Definiciones o categorías	Frecuencia	Percentil	Percentil valido	Percentil acumulado
Características que definen hombre y mujer	2	18,2	20,0	20,0
Desarrollo del niño/a, adolescente y edad avanzada	1	9,1	10,0	30,0
Sexo o género que representa	3	27,3	30,0	60,0
Formas de expresión, relaciones interpersonales	2	18,2	20,0	80,0
Relación de pareja, unión entre sexos	1	9,1	10,0	90,0
Instintos o pulsiones	1	9,1	10,0	100,0
Total	10	90,9	100,0	
Total	11	100,0		

En un primer momento se pretendió indagar sobre el concepto que tuviesen de sexualidad y se contestó lo siguiente:

El 30% contestó que es "El sexo o género que representa, las diferencias entre hombre y mujer"; El 20% refiere que "son características que definen al hombre y la mujer"; otro tanto igual lo define "como formas de expresión, el interactuar con personas y las relaciones interpersonales"; el 10% dijo que consiste en el desarrollo del niño, adolescente o edad adulta"; otro



10% opino que la sexualidades la "Relación de pareja y unión entre sexos"; el resto se refiere al tema como instintos o pulsiones de tipo sexual".

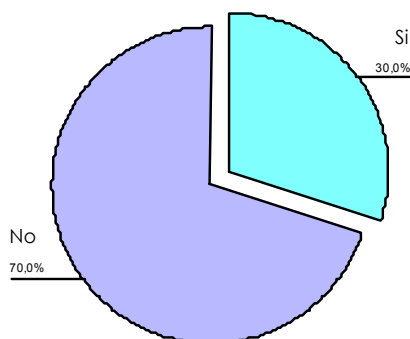
El 100% de los/las entrevistados/as dijo haber recibido información sobre la sexualidad en la mayoría de los casos por parte de los educadores, padres y medios de comunicación, y los temas que fueron abordados por ellos son:

El 70% recibió orientación sobre los órganos reproductores y funciones; un 50% del total conoció sobre los métodos anticonceptivos y el derecho al noviazgo tomando en cuenta las responsabilidades; mientras que el 40% conoce sobre Enfermedades de Transmisión Sexual y Cambios físicos durante la adolescencia.

Tabla 2

¿Considera necesario abordar el tema de sexualidad?

Respuestas	Frecuencia	Percentil	Percentil valido	Percentil acumulado
Si	3	27,3	30,0	30,0
Solo con padres y madres	7	63,6	70,0	100,0
Total	10	90,9	100,0	
Total	11	100,0		



Al interrogar sobre datos más específicos que se brindan dentro de la Institución se consultó si allí se aborda el tema de las sexualidad con los estudiantes a lo que el 70% dijo que no debido a que no está contemplado dentro de los programas educativos y porque los estudiantes no comprenden por su

capacidad intelectual “la sexualidad en niños con síndrome Down es por instintos”; y porque sugieren abordar el tema únicamente con los padres y madres delegando la responsabilidad de educar en sexualidad a estos últimos; mientras que el 30% restante responde que sí abordan el tema aunque “de forma sencilla simple y sin profundizar”

Tabla 2.1

¿Por qué razón no se aborda el tema de la sexualidad con sus estudiantes?

Respuestas	Frecuencia	Percentil	Percentil válido	Percentil acumulado
No está contemplado dentro del programa	2	18,2	28,6	28,6
Porque no comprenden por su capacidad intelectual	1	9,1	14,3	42,9
No Sabe/No responde	4	36,4	57,1	100,0
Total	7	63,6	100,0	
Total	11	100,0		

Tabla 3

¿A que edad es adecuado introducirles en el tema de sexualidad?

Respuesta	Frecuencia	Percentil	Percentil válido	Percentil acumulado
En la infancia (0-2 años)	2	18,2	20,0	20,0
En la niñez (3-9 años)	4	36,4	40,0	60,0
Adolescencia (13-18 años)	2	18,2	20,0	80,0
Cuando surjan crisis	1	9,1	10,0	90,0
Nunca	1	9,1	10,0	100,0
Total	10	90,9	100,0	
Total	11	100,0		

Cuando se consultó sobre a qué edad es adecuado introducirles en el tema de la sexualidad el 40% contestó que durante la niñez (entre los 3 y los 9 años); el 20% sugiere que se haga durante la infancia (entre los cero y dos años) y otro tanto igual en la adolescencia (de 13 a 18 años). Un 10% contestó que nunca; un porcentaje similar prefiere que se haga cuando surjan crisis o momentos importantes como el inicio de la menstruación, erecciones y sueños húmedos o abuso sexual, entre otros.

Al preguntar sobre los temas de sexualidad que los y las docentes han desarrollado con sus estudiantes durante las clases el 77.8% de los casos habló sobre los órganos reproductores y funciones, el resto aborda temas como el derecho al noviazgo y los cambios físicos durante la adolescencia.

Tabla 4

¿Cuáles temas son necesarios abordar?

Respuestas	Pje de Respuestas	Pje de Casos
Órganos Reproductores y funciones	16,7	50,0
Cambios físicos y emocionales	13,3	40,0
Higiene y Aseo	13,3	40,0
Relaciones interpersonales	6,7	20,0
Limites y relaciones	6,7	20,0
Proceso de identificación sexual	13,3	40,0
Respeto a las partes íntimas	16,7	50,0
Formas de defenderse en caso de abuso	3,3	10,0
Otros	6,7	20,0
Ninguno	3,3	10,0
	-----	-----
Total respuestas	100,0	300,0

Posteriormente se les consultó sobre cuáles son los temas que consideran necesario dar a conocer a los/las púberes y adolescentes con Síndrome Down a lo que también contestaron en el 50% de los entrevistados que debería hablárseles sobre los órganos reproductores y funciones, además del respeto a las partes íntimas y privadas del cuerpo; según el 40% considera importante instruirles sobre los cambios físicos y emocionales, higiene y aseo, y el proceso de identificación sexual. Un porcentaje mínimo menciona los temas de relaciones interpersonales, límites y distancia social y formas de defenderse en caso de abuso sexual.

Para indagar sobre las conductas de carácter sexual que sus estudiantes presentan se dio lectura a un listado previamente elaborado por las investigadoras. Las y los docentes contestan que se presentan las siguientes conductas y en ámbito público:

Tabla 5
¿Cuáles son las conductas de sexualidad que presentan sus estudiantes?

<u>CONDUCTAS</u>	SI	NO	Ámbito Público	Ámbito Privado
Hace preguntas sobre sus cambios físicos		100%		
Vanidad	80%	20%	80%	
Cariñoso/a (besos, abrazos, se toman de la mano, etc.)	100%		100%	
Se relaciona con personas del sexo opuesto	100%		100%	
Coquetea con personas del sexo opuesto	80%	20%	80%	
Muestra vergüenza por sus atributos sexuales secundarios	20%	80%	10%	10%
Enamora a personas del sexo opuesto	80%	20%	80%	
Enamora a personas del mismo sexo (homosexualidad)	40%	60%	40%	
Utiliza términos inadecuados en relación a la sexualidad	60%	40%	60%	
Modelan conductas sexuales in acordes con su edad	40%	60%	40%	
Tiene novio/a	70%	30%	70%	

Comunica sentimientos a otros/as	70%	30%	70%	
Hace insinuaciones, miradas o mensajes sutiles (piropos)	80%	20%	80%	
Higiene y aseo personal	90%	10%	44.4%	55.6%
Muestra interés en observar programas televisivos o revistas con contenido sexual	30%	70%		30%
Tiene contacto con sus genitales en ambientes públicos (incluyendo masturbación)	70%	30%	70%	
Tiene contacto con los genitales de otros/as	40%	60%	40%	
Se aísla del resto buscando intimidad	30%	70%	10%	20%
Impide que otros/as lo/a observen cuando se dirige al sanitario	50%	50%	20%	30%
Muestra conductas exhibicionistas (se desnuda frente a otras personas)	50%	50%	50%	
Habla de temas sexuales con otro/a compañero/a de manera secreta	20%	80%	10%	10%
Reproduce posturas de tipo sexual (posición Prona)	70%	30%	70%	
Otras Conductas	30%	70%	30%	

En altos porcentajes se muestran conductas relacionadas con la sexualidad tales como la vanidad, tener novio o novia, enamorar a personas del sexo opuesto, presentándose el caso también de un niño que decía que era niña, halagaba a los hombres y utilizaba adornos en su cabello reproduciendo conductas observadas en el salón de belleza de su madre. Además otros hacen insinuaciones, miradas y mensajes sutiles, tienen adecuadas relaciones interpersonales.

Cabe resaltar que un alto porcentaje (70%) de los/las estudiantes reproducen posturas de tipo sexual en ambientes públicos; y el 70% tiene contacto con sus genitales en ámbitos públicos. Según los maestros y maestras estos índices son altos porque *“reproducen conductas porque lo han visto o escuchado generalmente en su casa”* o porque *“hacen cosas por instinto y necesidad no con alevosía y premeditación.”* Los/las docentes mencionaron a manera ejemplo casos como tocamiento de genitales de alumnos a docentes, nalgadas, *“se ponen por detrás reproduciendo posturas sexuales”*, Hacer declaraciones de amor hacia los

maestros, se pelean por los novios. El 50% muestra conductas exhibicionistas tales como desnudarse ante los demás u orinar en un pasillo del colegio frente a otras personas.

Tabla 6

¿Que hace ante las manifestaciones de sexualidad?

Respuestas	Pje de Respuestas	Pje de Casos
Interrumpe de forma brusca	8,3	10,0
Evade la situación	25,0	30,0
Orienta sobre lo sucedido	41,7	50,0
Respeto la necesidad del joven	8,3	10,0
Informa a los padres	16,7	20,0
Total respuestas	100,0	120,0

Al haber contestado esta pregunta se consultó sobre qué hacen como profesores ante las manifestaciones de sexualidad que realizan los estudiantes a lo que el 41.7% dice orientar sobre lo sucedido a través de diálogos individuales, un 25% evade la situación mientras que un 16.7% informa a los padres; el resto interrumpe de forma brusca o respetan la necesidad y privacidad del joven.

6.3 ENTREVISTAS REALIZADAS A PUBERES Y ADOLESCENTES CON SINDROME DOWN.

Para corroborar sobre los conocimientos que púberes y adolescentes con Síndrome Down tienen sobre la sexualidad e indagar si estos pueden diferenciar entre las conductas públicas y privadas, se realizaron entrevistas en un ambiente lúdico dentro de la institución educativa. (**Ver Anexo 3 y 4**, Páginas 245 y 249 respectivamente: "Cuestionario dirigido a púberes y adolescentes con Síndrome Down y Guía de Observación")

Se trabajó con púberes y adolescentes, dos del sexo femenino y siete del sexo masculino y cuyas edades oscilan entre los nueve y dieciséis años de edad cronológica; mientras que los niveles educativos a los que asisten van desde el uno al cinco. (**Ver Anexo 7**, página 255: Listado de púberes y adolescentes inscritos en ASAPAED)

Los resultados obtenidos, a través de las actividades se presentan a continuación: En un primer momento, se les planteo la interrogante ¿Qué eres tu?, la pregunta tenía por objetivo determinar si conocen a que género pertenecen o el sexo que representan; a esto el 100% de la población se expreso de manera adecuada.

Tabla 1

¿En qué te pareces a un hombre/mujer?

Respuestas	Pje de Respuestas	Pje de Casos
Brazos	16,7	44,4
Piernas	20,8	55,6
Pies	8,3	22,2
Cabello	4,2	11,1
Pene	25,0	66,7
Otros	20,8	55,6
No sabe	4,2	11,1
Total respuestas	100,0	266,7

Para indagar siempre sobre la definición de genero; se les pidió que expresaran en que se parecen a un hombre (en el caso de los sujetos pertenecientes al sexo masculino); a lo que el 66% de los casos responde que es el pene (denominado "pipi o palomita"); el 55.6% contesto que las piernas; mientras que el 44.4% dice que los brazos. En el caso de los/las púberes no supieron contestar.

Tabla 2**¿En qué te diferencias físicamente de un hombre o mujer?**

Respuestas	Pje de Respuestas	Pje de Casos
Senos	18,2	22,2
Pene	9,1	11,1
Vulva	36,4	44,4
No diferencia/No responde	36,4	44,4
	-----	-----
Total respuestas	100,0	122,2

Al consultar sobre las diferencias físicas entre un hombre o mujer (según el sexo del entrevistado) el 36.4% contesta que es la vulva; un porcentaje similar no responde o no diferencia; pero una de las jóvenes manifiesta que difieren en el pene.

Tabla 3**¿Qué actividades realizan los hombres?**

Respuestas	Pje de Respuestas	Pje de Casos
Jugar pelota	50,0	66,7
Jugar de pelea	25,0	33,3
Natación	8,3	11,1
Otros	8,3	11,1
No sabe/ no responde	8,3	11,1
	-----	-----
Total respuestas	100,0	133,3

Ante el planteamiento ¿Qué actividades realizan los hombres? El 50% dice que juegan pelota; un 25% juegan de pelea; por el contrario, el 55.6% no sabe cuales son las actividades que realizan las mujeres; el 22.2% responde que saltan cuerda; mientras que en dos tantos iguales del 11.1% contestaron que natación y platillo volador.

Siguiendo con las actividades lúdicas como el rompecabezas y el coloreo (**Ver Anexos 5 y 6**, páginas 251 y 253 respectivamente: "Fotocopia de Hojas de coloreo y Rompecabezas"); se cuestionó a los/las alumnos/as sobre las partes que componen el cuerpo humano y sus respectivas funciones (básicas), de los cuales se obtuvo que el 66.7% conoce la ubicación de la cabeza, brazos, senos o pecho, tronco, vulva, pene, piernas y pies; sin embargo, desconocen su función comentando que sirven "para ponerse calcetines, bloomers, etc." Otro 22.2% no responde; y solo el 11.1% representado por un alumno de nivel cinco conoce partes y funciones de los miembros antes mencionados.

Tabla 4

¿Partes del cuerpo y funciones?

Respuestas	Pje de Respuestas	Pje de Casos
Conoce partes del cuerpo pero no su función	66,7	66,7
No responde	22,2	22,2
Conoce partes y funciones	11,1	11,1
Total respuestas	100,0	100,0

Tal como se presenta en las entrevistas realizadas a los padres/madres de familia y maestros/as y como lo corroboran las guías de observación, los/las estudiantes con Síndrome Down, son sumamente aseados y para la higiene personal realizan actividades como: baño diario es la respuesta de 28.1%; un 21.9% realiza limpieza bucal; el 18.8% asegura limpiar sus genitales cuando orinan o defecan; por otra parte, un 12.5% menciona el uso de desodorante y cambio diario de ropa interior; el restante 6.3% cita el uso de perfume o colonia.

Tabla 5
Actividades para Higiene y Aseo

Respuestas	Pje de Respuestas	Pje de Casos
Baño diario	28,1	100,0
Limpieza de genitales cuando orinas y de	18,8	66,7
Limpieza bucal	21,9	77,8
Uso de desodorante	12,5	44,4
Uso de perfume/colonia	6,3	22,2
Cambio diario de ropa interior	12,5	44,4
Total respuestas	100,0	355,6

Para evaluar el área de las relaciones interpersonales, se considero a bien plantearles la siguiente situación: "Si caminas en la calle y encuentras a un desconocido, familia o amigo, ¿Qué harías?; obteniendo que en el caso de las personas desconocidas un 66.7% de los entrevistados NO los saludarías; otro 77.8% NO se despediría; al consultarles si los acariciaría el 77.8% responde que No, al igual niega la posibilidad de tener relaciones sexuales o permitirles el tocamiento en sus partes intimas o privadas del cuerpo; el restante 22.2% no responden.

Ante las mismas acciones realizadas por conocidos, responden de la manera siguiente: 55.6% saludaría; un 22.2% dice que NO; y el grupo restante no responden; de los/las púberes y adolescentes sujetos a investigación un 44.4% a las caricias y tocamientos en sus genitales; el 33.3% no lo haría; en tanto que el 22.2% no responde.

Por otra parte, con los miembros de su familia actuarían así: 66.7% los saludaría, se despedirían y acariciarían; un 22.2% no responden; mientras que un sujeto representados por el 11.1% no realizaría las acciones antes mencionadas. Ante los tocamientos, un 55.6% si lo permitiría, el 22.2% responden que NO, un porcentaje similar no emite comentario alguno.

Tabla 6**Si algún desconocido intenta tocar tus genitales, ¿Qué harías?**

Respuestas	Pct de Respuestas	Pct de Casos
Dirías que NO	33,3	33,3
No sabe/ NO responde	66,7	66,7
Total respuestas	100,0	100,0

Para identificar las posibles respuestas de los/las púberes y adolescentes ante el tocamientos de sus genitales ya sea por conocidos y desconocidos, el 66.7% no saben que hacer y solo un 33.3% contesto que diría que NO si un desconocido le tocase sus partes intimas.

Tabla 7**Respuesta ante tocamiento de genitales por conocidos**

Respuestas	Pje de Respuestas	Pje de Casos
Dejarías que te tocara	23,1	33,3
Dirías que NO	7,7	11,1
Gritarías	7,7	11,1
Callarías	15,4	22,2
Te esconderías	7,7	11,1
No sabe/NO responde	38,5	55,6
Total respuestas	100,0	144,4

Al plantearles la situación si un conocido tocase sus partes privadas, el 38.5% no sabe o no contesta que hacer; un 23.1% dijo que dejaría que lo tocasen y otro 15.4% responde que callaría. En tres tantos del 7.7% refieren que ante la situación planteada dirían que NO, que gritarían o se esconderían.

En ambas preguntas se observa que un alto porcentaje de los/las entrevistados/as no sabría que hacer, situación que los ubica en mayor riesgo de sufrir abusos sexuales.

VII. DISCUSION DE RESULTADOS

El niño o la niña que tiene una capacidad especial tienen derecho a una educación que englobe todas las facetas de su personalidad, incluida la afectiva y sexual. Las personas con Síndrome Down no viven una especie de eterna infancia: evolucionan a un ritmo y bajo unas formas particulares, es verdad, pero no por esto dejan de alcanzar un desarrollo real en los ámbitos físico, intelectual (alcanzan un Coeficiente intelectual promedio de 50), social y de personalidad pudiendo también adaptarse a los diferentes ambientes y situaciones.

En nuestro medio, para las personas con Síndrome Down la intimidad y la privacidad se ve frecuentemente más como un privilegio que como un derecho; además las reglas de la privacidad se ven violadas por las personas que les atienden. Tan simple como en actividades diarias el adulto tiene que "intervenir" bañándolos, compartiendo la cama o yendo al sanitario con ellos y ellas. Estas conductas relacionadas con la sexualidad reforzada a temprana edad tienen como consecuencia lograr que exista poca distinción entre una conducta pública y privada ocasionando conductas inapropiadas ante los demás.

De acuerdo a la teoría las conductas públicas son las que no ofenden ni agreden a nadie y por lo tanto son aceptadas por la sociedad y la conducta privada es la que puede manifestarse en la privacidad e intimidad de una relación. Queda claro entonces que el no diferenciar entre tales conductas y reforzarlas es un elemento que impide el desarrollo adecuado de los y las púberes y adolescentes y no facilita el proceso de inclusión dentro de la sociedad.

Teniendo en cuenta las actitudes de sobreprotección, sería positivo que la familia comprendiera que los cuidados y el amor hacia los/as hijo/as no son incompatibles con una educación orientada a conseguir la

mayor autonomía posible. Amar también es educar para la independencia. Seguramente una de las finalidades más importantes de la educación debe ser prepararles para una vida lo más independiente posible, considerándolos como personas en desarrollo y no niños y niñas permanentes.

Es más, se dice con todo fundamento, dadas las dificultades de orden cognitivo, que es mucho más necesaria una educación afectivo-sexual formal porque, de otra manera, no van a poder interiorizar las pautas que hagan de su conducta en este terreno una fuente de crecimiento personal y auténtica felicidad.

Seguimos sin tomarnos totalmente en serio que los discapacitados intelectuales son primariamente personas, a veces se les ve desde una óptica muy paternalista y sobreprotectora, más como "objeto" de atención y cuidado y no tanto como sujeto que posee unos derechos y unas aspiraciones que merecen consideración y estima por parte de los/las demás.

En el caso de la investigación realizada en la Asociación de Padres y Amigos de Excepcionales Down se pudo comprobar que la falta de educación sexual dentro de un programa de educación formal entorpece el desarrollo integral en los/las púberes y adolescentes con Síndrome Down, haciendo que aumente el riesgo de que sufran marginación y abusos por parte de la sociedad.

Pero este problema tiene una raíz mucho más profunda, al darse cuenta que la educación afectivo-sexual que recibieron los padres y maestros es limitada y deficiente e impartida con prejuicios. Estos sesgos se dejan al descubierto por los/las docentes cuando expresan que los/las estudiantes no pueden recibir educación sexual porque: "es despertarles el morbo", "tiene sexualidad exacerbada, son libidinosos", "lo ven como

algo natural y no les interesa", "por su capacidad intelectual no lo entenderían", "pueden conocer más de su misma naturaleza".

En realidad, tanto la teoría como la realidad indican que las personas con Síndrome Down tienen necesidades íntimas, y es importante que estas necesidades sean reconocidas y planeadas en su educación, residencia u otros programas y ambientes. Un elemento que merece ser destacado es una cierta mentalidad que expresa una desconfianza hacia lo corporal (una visión puritana de la sexualidad) y un concepto muy pobre de la capacidad intelectual.

Los y las docentes sugieren además, que la educación sexual sea dirigida solo a padres y madres de familia porque de éstos es la responsabilidad de educar a sus hijos.

Sin embargo, la teoría establece que la familia por ser la primera institución en la que se relacionan los niños y niñas deben de prepararse para educar en todos los ámbitos, incluyendo la sexualidad y por su parte; los y las docentes pueden hacer una excelente tarea en el área de la sexualidad, además de la información que puedan ofrecer son modelos reales y por lo tanto forman parte activa del proceso de aprendizaje a través del modelado, la imitación y la observación.

En síntesis, padres madres y docentes pueden y deben realizar un trabajo más completo y eficaz a la hora de educar en el tema de la sexualidad.

Durante la investigación bastó con pedir una definición de sexualidad para darse cuenta que se concibe desde un punto de vista biológico y únicamente para las personas "normales" mientras que en las personas con Síndrome Down es "algo instintivo" a lo que ellos y ellas no tienen acceso ni derecho.

Para los padres, madres y docentes la sexualidad está únicamente englobada en los temas: Métodos Anticonceptivos, Enfermedades de Transmisión Sexual, Órganos reproductores y funciones y El Noviazgo. Esto abarca solo dos etapas del desarrollo de cada ser humano; la adolescencia y la adultez.

De acuerdo a la definición de sexualidad; los y las entrevistados/as enfatizan una sola dimensión: la genitalidad y las características físicas; obviando todos los sentimientos, emociones, valores, expectativas, actitudes y relaciones. Es decir, el área psíquica y social de las personas. Proceso que abarca desde el nacimiento hasta la muerte.

Según José Ramón Amor Pan pretender entender la sexualidad humana únicamente desde la dimensión biológica es como querer comprender la música en función exclusiva de las ondas acústicas: la información es objetiva pero a la vez incompleta, ninguna dimensión de la sexualidad tomada aisladamente tiene validez universal. Debemos abstenernos de dar una interpretación demasiado simplista del hecho sexual humano. Los aspectos biológicos de la sexualidad forman un entramado de vital importancia con los factores biológicos y sociales que empiezan a influir en el momento mismo del nacimiento y siguen haciéndolo por el resto de sus vidas.

Las personas con Síndrome Down, según las entrevistas y observaciones realizadas presentan necesidades relacionadas con la sexualidad: distinguiendo entre actos sexuales como la masturbación, el besuqueo o el coito y la conducta sexual que comprende ser cariñosos, vanidosos, coquetos, vestir determinadas prendas o usar perfumes, buscar intimidad, buscar establecer vínculos amorosos, haciendo saber la necesidad de buscar pareja con la cual relacionarse.

Esto se evidenció cuando por ejemplo, se observaron conductas como tocamiento de genitales entre uno y otro, masturbación masculina y femenina y la fijación hacia los órganos genitales (pene y vulva) cuando colorearon un dibujo de un hombre y una mujer desnudos.

Los mismos padres y madres hicieron conocer que sus hijos/as reproducen posturas de tipo sexual, tienen experiencias de sueños húmedos, erecciones y eyaculaciones, pero aún así, a pesar de estas conductas de tipo sexual por lo general tanto padres/madres como maestros/as no ven con agrado estas manifestaciones socio-sexuales de su hijos/as y su alumnos/as Down

Todo acto que se produce en un momento inoportuno o en el lugar inadecuado o fue reforzado en su momento como una conducta divertida (ya sea exponer diferentes partes del cuerpo o la realización de actividades: como por ejemplo durante las clases de natación de la población en estudio se reforzaron conductas inapropiadas como caminar desnudos frente a los demás, cambiarse su ropa interior por un traje de baño en público, etc.) pero ahora que ya son mayores resultan inapropiadas; ante la aparición de éstas, los/las responsables de los/las púberes y adolescentes tienden a reprimirlos, burlándose de las conductas manifiestas o regañándolos sin orientarlos tratando de desalentar cualquier muestra de interés por alguien o intentan convencerles de que "es mejor solo tener amigos y amigas".

Otra forma de alejarles de todo lo que pueda, según ellos, despertar sus instintos, es utilizando sobrenombres para sus partes íntimas como "sapito", "palomita", "pipi" "chiches" y mintiéndoles sobre lo que puede pasarles si tienen contacto con alguna zona erótica de su cuerpo que pueda brindarles placer; para mencionar algunos casos: "si te tocas los pechos te van a sangrar", "si te tocas allí (sin mencionar la palabra pene) te va a doler" , "eso es malo", "eso no se hace es incorrecto tu padre y tu

hermano no lo hacen"; sin dejar a un lado la evasión de la situación o la interrupción, solicitando que realicen otra actividad pero sin orientarles.

El tema de la masturbación suele ser un tema delicado y difícil de tratar, con independencia de que los padres se hayan mostrado con anterioridad abiertos con los hijos, muchas veces porque entran en conflicto con sus ideas morales o religiosas. Lo cierto es que durante la pubertad muchos chicos y chicas empiezan a masturbarse para obtener satisfacción sexual. La masturbación suele ser la primera forma en la que los jóvenes experimentan el orgasmo, sobre todo en los varones.

Atrás han quedado los viejos esquemas pedagógicos, en vigor durante largo tiempo, que exponían los males de la masturbación. Es sobre todo a lo largo del siglo XVIII cuando se va a desarrollar toda una argumentación contra la masturbación que se presenta a sí misma como científica. Las consecuencias de la actividad de la persona que se masturba serían el cansancio continuo, la melancolía, la ceguera, el cretinismo, la parálisis y finalmente la locura

Las cosas cambiaron en la segunda mitad del siglo XX, gracias a los estudios, entre otros, de Kinsey, Masters y Jonson, que mostraron la naturalidad de la masturbación como forma adecuada de satisfacción sexual, en términos generales.

Según estos autores, la masturbación cumple en los adolescentes varias funciones de importancia, como son el alivio de la tensión sexual, la experimentación sexual, la mejora de la autoconfianza en el desempeño sexual, la mitigación de la soledad y una válvula de escape de la tensión y el estrés generales

Debe de quedar claro que estas conductas que se realizan en un ámbito público, pero que son de índole privado, no son malas ni dañinas,

simplemente debe de orientárseles para que sepan que deben o pueden realizarles en la intimidad de sus espacios asignados.








Mientras que los padres y madres están de acuerdo en educarse ellos mismos y a sus hijos/hijas en el área de la sexualidad porque refieren que no saben como actuar ante estas manifestaciones.

Aquí surge una ambigüedad en las respuestas de los/las docentes porque manifiestan que no deberían educar, pero asienten que las edades para introducirles en el tema sean a partir de la niñez o en los años posteriores o únicamente cuando inicie la menstruación, cuando hay masturbación o abuso sexual. Afirman que han educado solo en temas como relaciones interpersonales, respeto a las partes íntimas y privadas, proceso de identificación, órganos reproductores y funciones y formas de defenderse en caso de abuso, pero en forma "simple, sencilla y sin profundizar".

Lo anteriormente escrito, hace constar entonces que la educación sexual no ha sido consistente y que las metodologías implementadas (diálogos individuales, el dibujo del cuerpo humano y los juegos de roles) no han dado resultados positivos puesto que al entrevistar a los púberes y adolescentes sobre qué harían ante el tocamiento de algún conocido o desconocido dentro de las repuestas que se destacan tenemos: callarían, se dejarían y no saben o no responden.

Está claro que toda persona con capacidad especial o no, necesita educación sexual por lo que se hace necesario definir una serie de temas básicos que integren un programa de Educación Sexual encaminado a resolver las necesidades que existen de educar en esta esfera tan importante de todos los seres humanos.

Los padres y las madres de familia; y, los y las docentes estuvieron de acuerdo en que se tomasen en cuenta los siguientes temas:

-  Órganos Reproductores y Funciones
-  Respeto a las partes íntimas y privadas del cuerpo
-  Relaciones interpersonales
-  Distancia Social y Límites
-  Conductas sexuales públicas y privadas
-  Cambios físicos y emocionales
-  Higiene y aseo

Como puede apreciarse es un comienzo bastante significativo, en el que tendrán que colaborar todas las partes involucradas. Los padres, madres y docentes deben aprender a tratar abiertamente el tema de la Educación Sexual pero sin obsesionarse, el mejor inicio es obviar estrategias escapistas como negar la capacidad sexual del púber y adolescente con Síndrome Down.

La primera responsabilidad de padres y profesionales es la de su propia formación, conocer y aceptar su propia sexualidad y tener una preparación científica de acuerdo a las exigencias de la cultura actual en esta área.

La falta de un miembro o de una función orgánica o mental no nos transforma en menos humanos. Es la falta de inteligencia y tolerancia la que nos vuelve más parecidos a especies menos evolucionadas.

La educación busca ayudar al individuo en su proceso de crecimiento, ayudándole a descubrir sus potencialidades y a conocer su entorno, de tal modo que se convierta en un adulto y pueda determinar su propia vida con la máxima autonomía de que sea capaz

El Ser humano es aprendiz por naturaleza. La sexualidad es uno de estos aprendizajes. Una visión global de la persona y de la acción educativa incluye la educación sexual. Esta es un derecho de los educandos y debería ocupar un papel relevante en el conjunto de los esfuerzos educativos.

La mayor parte de la formación e información en torno a este tema que poseen niños, niñas y adolescentes hoy día proviene de los medios ajenos a la familia y a la escuela: la calle, la televisión, el video, las revistas, la publicidad.

En definitiva, no es que no exista una educación sexual sino que ésta ha sido dejada en manos de la gran comunidad educativa que no hace sino dar una visión parcial, sexista y comercial, careciendo de un enfoque científico, pedagógico y crítico.

VIII. CONCLUSIONES

A partir de la discusión de los resultados se han elaborado una serie de conclusiones que a continuación se mencionan:

- ✚ En la actualidad en el país, a pesar de los avances tecnológicos o científicos de los que se presume, la calidad en cuanto a la educación concierne parece no avanzar. La investigación realizada evidencia la ignorancia existente en la educación sexual. Esto para las personas llamadas "normales" y más aún en la población con Síndrome Down, quienes a pesar de su capacidad especial, atraviesa un proceso de desarrollo evolutivo como el de cualquier otro, experimentan la misma amplitud de sentimientos sexuales como la población en general, presentan necesidades fisiológicas, afectivas, de estima, entre otras; que no son cubiertas o satisfechas por quienes les rodean o que por suplir las básicas, descuidan otras de similar importancia.
- ✚ La investigación permitió desmitificar ideas tales como: "las personas con Síndrome Down mueren después de los veinte años de edad; la sexualidad no esta presente en ellos/as; son hijos de madres con edades que sobrepasan los treinta años de edad, etc." No obstante, atraviesan un desarrollo sexual "normal" y alcanzan edades superiores a los treinta; por otra parte, no se encontró relación alguna entre los factores propios de la madre como números de parto, edad o condición socioeconómica.
- ✚ Las conductas exhibicionistas y actos sexuales emitidos en ámbito publico por los/as púberes y adolescentes con Síndrome Down surgen como consecuencia de la poca inhibición que les caracteriza y el reforzamiento que ante tal manifestaciones de estas

reciben de parte de quienes les rodean, aunado a la inadecuada orientación o modelamiento de conductas apropiadas.

- ✚ En el campo de la sexualidad la información que brindan padres y maestros de púberes y adolescentes con Síndrome Down es limitada, deficiente y transmitida con tabúes y prejuicios que surgen de la ignorancia en el tema. Esto permite que los jóvenes no sean capaces de diferenciar las conductas públicas y las que son privadas, que en los dos ámbitos manifiestan actos sexuales como masturbación, tocamiento de genitales, entre otras (que no son dañinas ni contraproducentes si se hacen en privado), acciones que ofenden al que les observa.

Esta situación les expone a burlas, abusos y además limita su desarrollo integral como personas capaces de establecer relaciones afectivas y sexuales.

- ✚ La educación reducida, que durante el proceso educativo, recibieron los responsables de púberes y adolescentes inscritos en ASAPAED, les imposibilita actuar de manera acertada y orientar con metodologías apropiadas ante las manifestaciones de sexualidad, lo que hace que se utilicen castigos, aislamientos o comentarios intimidantes de forma inapropiada o peor aún que se evada el tema sexual acortando las posibilidades de desarrollo de estas personas.

Pese a esto, los padres y madres junto con otros familiares de los y las jóvenes empiezan a entender y concientizarse de la necesidad de educarse para educar en sexualidad, lo que en determinado momento podría facilitar el desarrollo de actividades educativas que instruyan sobre el ámbito de la sexualidad.

IX. RECOMENDACIONES

Tomando en cuenta la discusión de los resultados y las conclusiones a las que se llegó, se solicita tomar en cuenta las siguientes sugerencias:

- ✚ La primera responsabilidad de padres/madres y profesionales es la de su propia formación, es decir, conocer y aceptar su propia sexualidad y tener preparación científica de acuerdo a las exigencias de la cultura actual en esta área; además, deben mostrarse concientes de la importancia de la autoestima y tener en cuenta que sus hijos e hijas y alumnos y alumnas empiezan a desarrollarse como cualquier persona "normal", por lo tanto deben propiciar experiencias que faciliten su crecimiento como ser sexuado.

- ✚ Según Albert Bandura en sus Teorías del Aprendizaje, sostiene que los humanos adquieren destrezas y habilidades de modo operante e instrumental, la observación e imitación se da a través de modelos que pueden ser los padres/madres, educadores, amigos/as, etc. En el caso de los/as púberes y adolescentes con Síndrome Down se constató que estos repiten conductas aprendidas por imitación por lo que el desarrollo de la educación debe ir orientado de tal forma que se de un modelamiento de conductas adecuadas no solo en relación a las que se realicen en el ámbito de la sexualidad sino también en cualquier aspecto de su vida que se quiera educar.

- ✚ Implementar un programa de educación sexual considerando el uso de metodologías sistematizadas y consistentes, tratando de compensar, estimular, activar y buscar alternativas que permitan que el púber y adolescente con Síndrome Down adquiera todo el conocimiento necesario que le facilite un desarrollo integral en ésta y todas las áreas de su vida; capaz de sentirse bien consigo mismo y

con lo demás, capaz de enfrentarse a retos y tomar decisiones. En definitiva, a asumir su propia responsabilidad.

- ✚ Buscar los espacios para fomentar la independencia de cada una de las personas que tienen capacidades especiales, desde los primeros años de su vida para lograr educar en la diferenciación de conductas públicas y privadas tales como la higiene y el aseo de forma independiente, el respeto de las partes íntimas, la masturbación, las relaciones interpersonales, el coqueteo, y otras conductas relacionadas con la esfera de la sexualidad.

- ✚ Que se desarrollen otros estudios sobre la Sexualidad no solo en personas con capacidades especiales sino con personas "normales", esto permitirá tener una visión amplia sobre el área sexual, la cual es un componente esencial en la vida de cualquier ser humano y puede contribuir al desarrollo y madurez de cada uno.



Programa de Educación Sexual dirigido a Padres, Madres y Docentes de Púberes y Adolescentes con Síndrome Down

Elaborado por:

Maricela Chévez Barahona

Ann Marie Rivas Siliézar

**Estudiantes Egresadas del Departamento de Psicología
de la Universidad de El Salvador**

Para:

**Asociación de Padres y
Amigos de Excepcionales
Down**



INDICE

<u>Contenido</u>	<u>Número de página</u>
Introducción.....	105
TEMAS DESARROLLADOS	
Órganos Reproductores y Funciones.....	109
Sugerencias Metodológicas.....	118
Cambios Fisiológicos durante la Adolescencia.....	126
Sugerencias Metodológicas.....	132
La Masturbación.....	135
Sugerencias Metodológicas.....	141
Higiene y Aseo.....	142
Sugerencias Metodológicas.....	147
Proceso de Identificación Sexual	164
Sugerencia Metodológica.....	177
Formación de Actitudes y Comportamientos.....	193
Sugerencias Metodológicas.....	201
Relaciones Interpersonales, Límites y Distancia Social.....	205
Sugerencias Metodológicas.....	217
Formas de defenderse en caso de Abuso Sexual.....	222
Sugerencias Metodológicas.....	225

I. INTRODUCCIÓN

Se dice que la educación sexual debería de contemplarse desde el mismo momento en que los padres y madres saben el sexo del bebe; está en el nombre que se escoge y en la ropa que se compra para él o ella; está en el color o en el diseño que se utiliza para decorar su cuarto y en muchas cosas más.

Desde el período evolutivo, es recomendable fomentar el desarrollo sexual e introducirle en el tema; ya que, si el uso prolongado del pañal limita el descubrimiento de los genitales por parte del niño/a, las mismas limitaciones motoras, la poca conducta exploratoria, sumando además, las características intelectuales y la discapacidad mental; el proceso madurativo a nivel biológico es el mismo así como el aprendizaje de patrones y actitudes correspondientes al sexo al que pertenece.

La investigación titulada: "La información que brindan los padres y educadores sobre el tema de la sexualidad a púberes y adolescentes con Síndrome Down" realizada en la Asociación Salvadoreña de Padres y amigos de Excepcionales Down, proporciona datos sobre las características de sexualidad que presenta esta población y a la vez, no solo evidencia la falta de información que tenemos en relación a la sexualidad en personas llamadas normales, sino también la ignorancia y las ideas erróneas y prejuicios existentes en torno a las personas con Síndrome Down, quienes a pesar de su capacidad especial, atraviesan un proceso de desarrollo evolutivo como el/la de cualquier otro/a, experimentan la misma amplitud de sentimientos sexuales como la población en general, presentan necesidades fisiológicas, afectivas, de estima, entre otras; que no son cubiertas o satisfechas por quienes les rodean o que por suplir las básicas, descuidan otras de similar importancia.

El poco conocimiento del tema permite que los/as jóvenes no sean capaces de diferenciar las conductas públicas y las que son privadas, que en los dos ámbitos manifiestan actos sexuales como masturbación, tocamiento de genitales, entre otras (que no son dañinas ni contraproducentes si se hacen en privado), acciones que ofenden al que les observa.

Esta situación les expone a burlas, abusos y además limita su desarrollo integral como personas capaces de establecer relaciones afectivas y sexuales.

Por tal razón, el programa de educación sexual para púberes y adolescentes con Síndrome Down pretende cubrir el objetivo central, que es sensibilizar y concientizar a las personas y a los profesionales que trabajan con éste tipo de población para que sean capaces de aceptar que éstos, son seres sexuados, con derecho a vivir, expresar y disfrutar de una parte importante de su personalidad.

Se sugiere que el proceso formativo no solo se dirija hacia los púberes y adolescentes con esta capacidad especial, sino también debe extenderse a la familia y a la sociedad en general. Sólo así se terminará aceptando, que si bien estas personas son diferentes y tienen algunas limitaciones físicas, no por ello deben, obligatoriamente, tener limitaciones sexuales.

Los puntos para iniciar la educación sexual de los niños/as, púberes y adolescentes con Síndrome Down pueden variar; considerando capacidades de aprendizaje, etapa evolutiva, que responda a las necesidades e intereses, ambiente lúdico; trabajo en grupo, actividades atractivas; etc. Sin embargo, para aprender las habilidades personales necesitan entender: lo que es público y privado, partes del cuerpo, lugares y actividades; el cuerpo y las emociones; límites y relaciones, los

contactos, la conversación y la confianza que resultan aceptables en los diversos tipos de relación; distancia social; planes de seguridad; etc.

Se recomienda que los temas a informarles a los/as menores se adecuen a la edad o etapa del desarrollo por la que atraviesan: es decir, que durante los primeros años (2 a 9 años) se aborden temas como: diferencias entre niños y niñas; las partes del cuerpo; lugares y conductas públicas y privadas; modos de reconocer y decir no ante los contactos incorrectos; como nacen los niños/as; la masturbación, exploración y conocimiento del propio cuerpo.

Se introduce el respeto a las partes íntimas del cuerpo, es decir, de la vulva en las niñas, del pene en los niños y de los glúteos en ambos casos. Cuando su hijo/a o estudiante está aprendiendo a identificar los ojos, la nariz y los dedos, pueden también aprender a identificar su pene, su vulva, los pechos y las nalgas. La literatura profesional sugiere que cuando los/as niños/as disponen de un lenguaje preciso para señalar las partes íntimas del cuerpo, es más probable que avisen cuando haya sufrido un abuso.

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

De entre los 10 a los 15 años, se orientan en temáticas como: la menstruación; sentimientos sexuales; orientación sexual; elaborar y mantener las relaciones y consecuencias de los contactos incorrectos.

Para el abordaje de los temas mencionados; se propone que se inicie a nivel concreto del propio cuerpo de los/las niños/as y del proceso de identificación sexual, para pasar al manejo mediante láminas o dibujos. Además, se debe emplear nombres adecuados para nombrar los genitales femenino – vulva y masculino – pene y testículos.

El programa de Educación Sexual para Púberes y Adolescentes con Síndrome Down y sus contenidos son abiertos y flexibles a los eventuales cambios y las características específicas del grupo. Simultáneamente, el/la docente y/o los padres y madres deben considerar variables como: los materiales didácticos; horarios dedicados para el abordaje de las temáticas; contenidos; metodología activa y participativa, los espacios, etc.

Finalmente, se sugiere que este programa y cada uno de los contenidos sean compartidos con los interesados; es decir, el/la púber y adolescente con Síndrome Down; sus padres, madres y docentes que los/as rodean.

El hacer un buen uso de este material y realizar una adecuada impartición de los temas que se contemplarán a continuación generará la base para educar en igualdad de condiciones e integralmente a esta población que merece oportunidades de crecimiento personal y búsqueda de independencia si bien no en todas las áreas de su vida, en la mayoría de ellas.

TEMA 1

ORGANOS REPRODUCTORES Y FUNCIONES.

Órganos Sexuales Masculinos (Anatomía Y Fisiología).

A medida que es ser humano crece, su cuerpo va cambiando. En determinado momento, el cerebro le dice al cuerpo que empiece a cambiar para que poco a poco se vaya convirtiendo en un adulto/a. Por ejemplo: si es niña empezaran a crecerle los senos; si es niño, crecerán sus genitales, empezaran a crecer en estatura y peso.

Todos estos cambios son normales y también lo es el hecho de que al cambiar se sienta extraño (a) o incomodo (a).

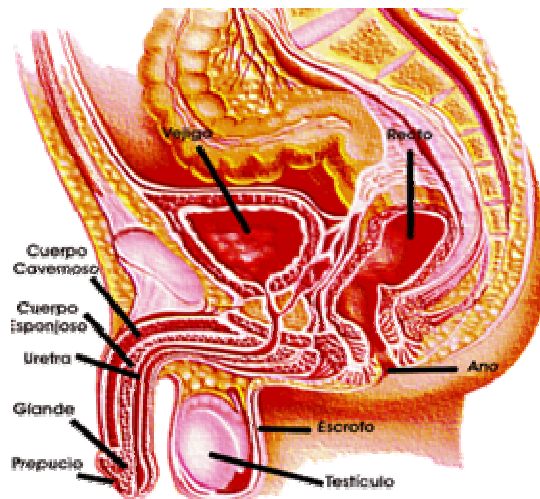
No todas las personas cambian al mismo tiempo. Unos cambian primero que otros; normalmente, las niñas cambian primero que los niños. Por tanto, en esta época puede suceder que aun dos niños o dos niñas se vean diferentes. Mientras que uno puede tener ya las características de un adulto, otro puede estar apenas comenzando a cambiar.

El principal cambio que se produce es que los órganos sexuales crecen y se desarrollan, y comienzan a funcionar produciendo las células reproductivas, es decir, las que te permiten tener hijos/as.

Como parte de la sexualidad del individuo están presentes los órganos sexuales masculino y femenino. Y en las personas con Síndrome Down se da también de forma natural la sexualidad.

A continuación las principales características sexuales:

Aparato Genital Masculino



El Pene es uno de los órganos sexuales masculinos. En su interior pasa la uretra por donde se excreta tanto la orina como el semen. Su tamaño varía.

Una capa de piel, llamada **prepucio**, sobrepasa cubriendo al glande cuando el pene se encuentra flácido.

Los cuerpos del pene tienen vasos sanguíneos, los cuales están vacíos cuando el pene está flácido, pero se llenan de sangre cuando hay erección. Esta puede producirse por medio de la manipulación física del pene, por pensamientos sexuales, por la presión producida por la vejiga o el recto cuando se encuentran llenos, por usar ropa muy ajustada o por cualquier otro motivo.

La eyaculación es el proceso mediante el cual sale el semen a través de la abertura del pene gracias a la contracción de todos los órganos genitales.

En el hombre puede ocurrir que una mañana se despierte asustado y compruebe que su ropa de dormir está mojada de **semen**, un líquido lechoso que contiene espermatozoides y los líquidos producidos por la próstata.

Lo que ha ocurrido es que sus órganos sexuales han comenzado a funcionar y necesitan deshacerse de los espermatozoides y el líquido que tienen acumulado. Como se presentan mientras el joven esta durmiendo, se le ha llamado **emisiones nocturnas o sueños húmedos**.

Las emisiones nocturnas significan que el organismo ha madurado y por tanto, son algo natural y por lo tanto no tiene porque producir vergüenza.

También el hombre comienza a presentar erecciones en diferentes momentos. Por ejemplo: cuando ve a una mujer atractiva, cuando tiene miedo, mientras duerme, por el movimiento del vehículo en el que viaja y en muchas otras ocasiones. Se dice que el hombre tiene una erección cuando su pene se endurece y aumenta de tamaño. Al igual que las emisiones nocturnas, las erecciones son normales en todos los hombres y por tanto, no deben sentirse culpables de que estas sucedan.

Estos cambios se producen en los hombres a diferentes edades pues ya se mencionan que no todas las personas cambian al mismo tiempo.

Escroto: Es una bolsa de piel en cuyo interior están contenidos los testículos. Proporciona la adecuada para la producción de los espermatozoides.

Testículo: es un órgano que se desarrolla en la cavidad abdominal y que en el momento del nacimiento debe estar en el escroto. Su función es la producción de la hormona testosterona y de los espermatozoides. Si no descienden los testículos se atrofian y causa esterilidad. Su tamaño es de 4 cm. De largo por 3cm. De ancho aproximadamente. Normalmente el izquierdo es un poco más grande y pesado que el derecho.

Próstata: Es una glándula que rodea a la uretra. Se encuentra abajo y delante de la vejiga, está formada por tejido glandular y es atravesada por los conductos eyaculadores. Su función es producir un líquido alcalino, claro y lechoso, que nutre a los espermatozoides y los protege de la acidez de la uretra y de la vagina. Junto con el líquido de las vesículas seminales, forma el semen.

Uretra. Conducto que se inicia en el cuello de la vejiga y termina a nivel del glande en el meato urinario. Su función es doble: elimina la orina y conduce el semen en el momento de la eyaculación.

Los espermatozoides: Están compuestos por cabeza, cuello y cola. En la cabeza están los 23 pares de cromosomas que representan la mitad de la herencia biológica del nuevo ser. La producción de espermatozoides, que dura entre 60 y 70 días, se inicia en la pubertad y termina con la muerte.

Cada eyaculación contiene aproximadamente 100 millones de espermatozoides y tiene un volumen aproximado de 3 mililitros. La vida de cada espermatozoide dentro del cuerpo de la mujer es de 3 a 4 días y se mueve a unos 14 o 16 cms. Por hora.

Se concluye que los órganos genitales femeninos y masculinos se dan de esta manera:

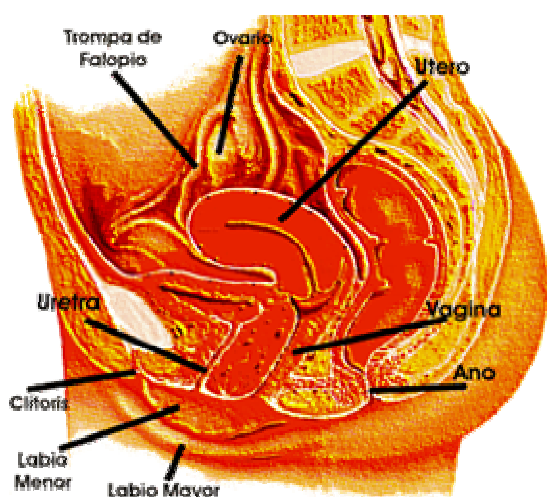
Las características de los órganos genitales en los hombres con Síndrome Down se tipifican por tener el pene pequeño, así como también, de cada cien casos, solo a cincuenta de ellos les descienden los testículos y aunque se ven normales, nunca alcanzan su pleno desarrollo.

El vello púbico es escaso y en las axilas se carece de él. Cuando adultos, tienden a acumular tejido adiposo en el pecho y alrededor del

abdomen. En un alto grado de personas con Síndrome Down la libido se encuentra disminuida.

Aparato Genital Femenino

ÓRGANOS SEXUALES FEMENINOS (ANATOMÍA Y FISIOLOGÍA).



En las mujeres con Síndrome Down los caracteres secundarios aparecen tardíamente. La menarquia se presenta posterior al periodo normal a diferencia de la menopausia que es a temprana edad y en todo este período la menstruación es un tanto irregular. El vello púbico es lacio y escaso, destacando el clítoris por su

tamaño; sin embargo, algunos investigadores opinan que lo más común es la hipoplasia en el mismo.

Al igual que los hombres, las mujeres sufren cambios.

El cambio más obvio que ocurre en la mujer al llegar a la pubertad es el desarrollo de los senos o mamas, que servirán para alimentar al bebé con la leche que producen antes o después del parto. El tamaño de los senos no tiene ninguna relación con la capacidad de producir leche. A través de ellos se puede obtener placer erótico y tienen un papel importante en el auto-imagen de la mujer.

Los senos están formados por cuatro elementos: el pezón, la areola (que rodea al pezón), las glándulas mamarias que producen leche después del parto y los conductos que se encargan de transportar leche desde las glándulas hasta el pezón.

Vulva: Es el conjunto de órganos y estructuras genitales externos, como son los pliegues de piel llamados labios mayores y labios menores, el clítoris y el vestíbulo. Durante la pubertad empieza a crecer vello en algunas zonas de la vulva.

Monte de Venus o Monte Púbico: Es un abultamiento cutáneo grasoso que se encuentra en la parte inferior del abdomen; está cubierto de vello.

Labios mayores: Son dos pliegues cutáneos de color oscuro. Sus paredes externas se recubren de vello; al separarlos dejan al descubierto las demás estructuras anatómicas de la vulva.

Labios menores: Son formaciones de tejido de color rosado (que cambia a rojo fuerte durante la excitación) y con cierta humedad, conforman el prepucio y el frenillo del clítoris y cubren el vestíbulo.

Clítoris: Es un órgano muy sensible del tamaño de un fríjol que sobresale entre los pliegues de los labios menores, arriba de la vagina y la uretra. Debido a que se desarrollan a partir de la misma estructura, su formación es similar a la del pene pues también tiene cabeza o glande, cuerpo, tejido eréctil y gran cantidad de terminaciones nerviosas. Su función es decisiva en la excitación durante el coito o la masturbación en los cuales aumenta su tamaño.

Orificio vaginal: Se conoce como introito y se encuentra, la mayoría de las veces, parcialmente cubierto por el himen.

Himen: Es una membrana que varía en forma y elasticidad. En el centro tiene orificios que permiten la salida de la menstruación.

Vagina: Es un conducto de 8 a 12 cm. de largo que comunica la vulva con el útero. Alberga al pene durante el coito y es canal del parto.

Útero o Matriz: Es un órgano hueco compuesto de tejido y músculo. Cuya función es importante durante el ciclo menstrual y el embarazo. El útero tiene una forma similar a una pera al revés y su tamaño es de 8 a 10 cms. De largo por 5 de ancho. En el embarazo puede triplicar este tamaño. Se encuentra entre la vejiga y el recto.

Trompas de Falopio: son dos tubos que se localizan en la parte superior del útero, miden de 10 a 12 cms de largo por 1 o 2 mm de ancho. Su función es transportar al óvulo, que es expulsado por los ovarios, hacia el útero.

Ovarios: Son órganos pares que se localizan en cada uno de los extremos de las trompas de Falopio. Tienen forma de almendra de color blanco opaco y miden aproximadamente 4 cms de largo. Los ovarios cumplen dos funciones: 1. Es el lugar en donde se hallan los oocitos que se convertirán en óvulos maduros y en ellos se producen las hormonas femeninas, provocan cambios secundarios durante la pubertad y preparan al útero para la fecundación.

Óvulos: Se encuentran en forma de folículos desde el nacimiento y se dejan de producir durante la menopausia. Existen alrededor de trescientos mil entre los dos ovarios de los cuales solo 400 llegan a madurar.

Ovulación: Es un proceso que comienza entre los 10 y 14 años y termina entre los 45 y 50. En este proceso un ovario libera un óvulo maduro. Si este óvulo se une con un espermatozoide se da la fecundación. Si no ocurre la fecundación, es decir si no queda embarazada la mujer, vuelve a madurar otro óvulo aproximadamente a los 28 o 30 días. La causa de la ovulación es básicamente hormonal.

Uno de los cambios importantes en el organismo de una mujer es la aparición de la **menstruación**.

La menstruación es un proceso normal y saludable por el que pasan todas las mujeres, a excepción de las embarazadas. La menstruación ocurre por primera vez entre los nueve y once años y se repite periódicamente hasta los cincuenta años aproximadamente.

La menstruación se produce cada mes y puede durar de dos a ocho días; es la forma como el útero se limpia, después de que se ha reparado, construyendo una especie de nido, para recibir un bebe por si ocurre un embarazo.

Por otra parte, se recomienda revisar los genitales para prevenir algún problema de salud. Revisar cuidadosamente tus órganos genitales es tan normal como revisar os dientes, el cabello, los ojos o oídos.

Un auto examen genital es un examen detallado al cuidado que tu mismo debes realizar periódicamente sobre los órganos genitales. El examen consiste en lo siguiente:

En el hombre: revisar el glande tratando de observar: su color, la presencia de granitos, si hay dolor, o rasquiña. Con la yema de los dedos tocar las bolsas donde están los testículos. Si se siente alguna bolita, si se

detecta la presencia de líquido en las bolsas, es importante acudir al médico.

En la mujer: después del baño, revisar la vulva, acostándose boca arriba o en cuclillas; con la ayuda de un espejo, fijarse en la presencia de granitos, enrojecimiento, la presencia de flujo o sea de un líquido amarillento y pegajoso.

El examen de los senos debe realizarse frente a un espejo, en un sitio en donde haya suficiente iluminación, tratando de observar: cambio de color, tamaño y forma de los pezones. Si existen hundimientos, arrugas o protuberancias. Para estos de deben levantar los brazos sobre la cabeza y tocar los senos por todas sus partes, o acostarse colocando el brazo del seno que se vaya a revisar, debajo de la cabeza para palparlo con la otra mano.

Es importante señalar, que no es lo más apropiado en la mayoría de las situaciones hablar sobre los genitales y su funcionamiento en mitad del cuarto de estar. Es mejor hacerlo en las sesiones privadas o durante el baño.

En definitiva, puede decirse que el desarrollo físico-sexual de los/las púberes y adolescentes con Síndrome Down se da de la misma forma que el resto de las personas, la diferencia radicaría entonces en las ideas etiquetadas y prejuicios que la sociedad tiene sobre las personas con capacidades especiales como resultado de la ignorancia sobre el tema.

SUGERENCIAS METODOLOGICAS PARA DESARROLLAR EL TEMA



- ✓ Utilizar dibujo de figuras del cuerpo humano y de los órganos sexuales para colorear. (Ver Hoja de trabajo #1 y #2 páginas 121 y 123)
- ✓ Pegar afiches o cromos que ilustren los órganos reproductores
- ✓ Buscar en revistas o fotografías en las que se denoten las diferencias entre un niño/a y un adulto.
- ✓ Rellenar con plastilina de colores los órganos reproductores. (Ver hojas de trabajo # 3 y # 4, páginas 124 y 125)
- ✓ Durante la realización de las distintas actividades debe de reforzarse el conocimiento de los nombres correctos que identifican cada una de las partes genitales y su función básica.
- ✓ Introducir los siguientes conceptos de conducta pública y conducta privada.

Conducta pública: Son las que no ofenden ni agreden a nadie y, por lo tanto, son aceptadas por la sociedad. Conductas sexuales que comprenden: hacer preguntas sobre cambios físicos, los besos en la mejilla y los abrazos, ser cariñoso/a, relacionarse con personas del sexo opuesto, mostrar vergüenza por el apareamiento de características sexuales secundarias, ser coqueto, vestir determinadas prendas o usar unos perfumes, acercarse correctamente a las personas, sentarse con las piernas juntas cuando traen vestido, no bajarse los pantalones hasta estar dentro del baño, enamorar a personas, noviazgo, comunicar sentimientos, y hacer insinuaciones, miradas o dar mensajes subliminales etc.

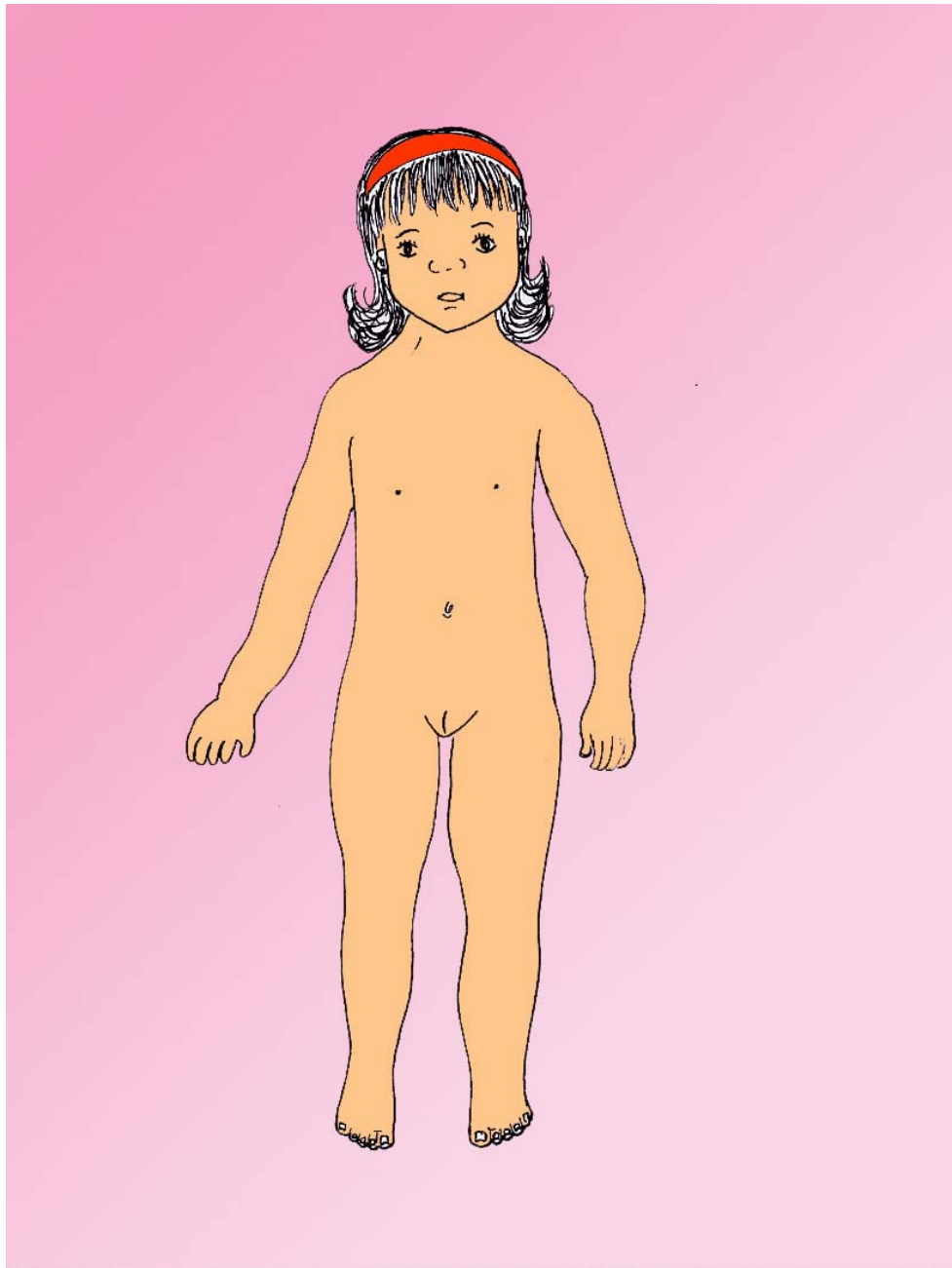
Conducta privada: es aquella conducta que puede manifestarse en la privacidad e intimidad de una relación. Comprende: aseo e higiene personal, interés en observar programas televisivos o revistas con contenido sexual, rascarse o tocarse los genitales, desnudarse frente a otros, actos sexuales como la masturbación, el besuqueo o el coito, reproducción de posturas de tipo sexual.

Todo acto que se produce en un momento inoportuno o en el lugar inadecuado; o pueden estar haciendo algo que fue reforzado en su momento como una conducta "divertida" (ya sea exponer diferentes partes del cuerpo o la realización de actividades), pero ahora que ya son mayores, resulta inapropiada.

El Cuerpo Humano

Después de escuchar la explicación sobre las partes del aparato reproductor femenino colorea el siguiente dibujo.

Ejemplo



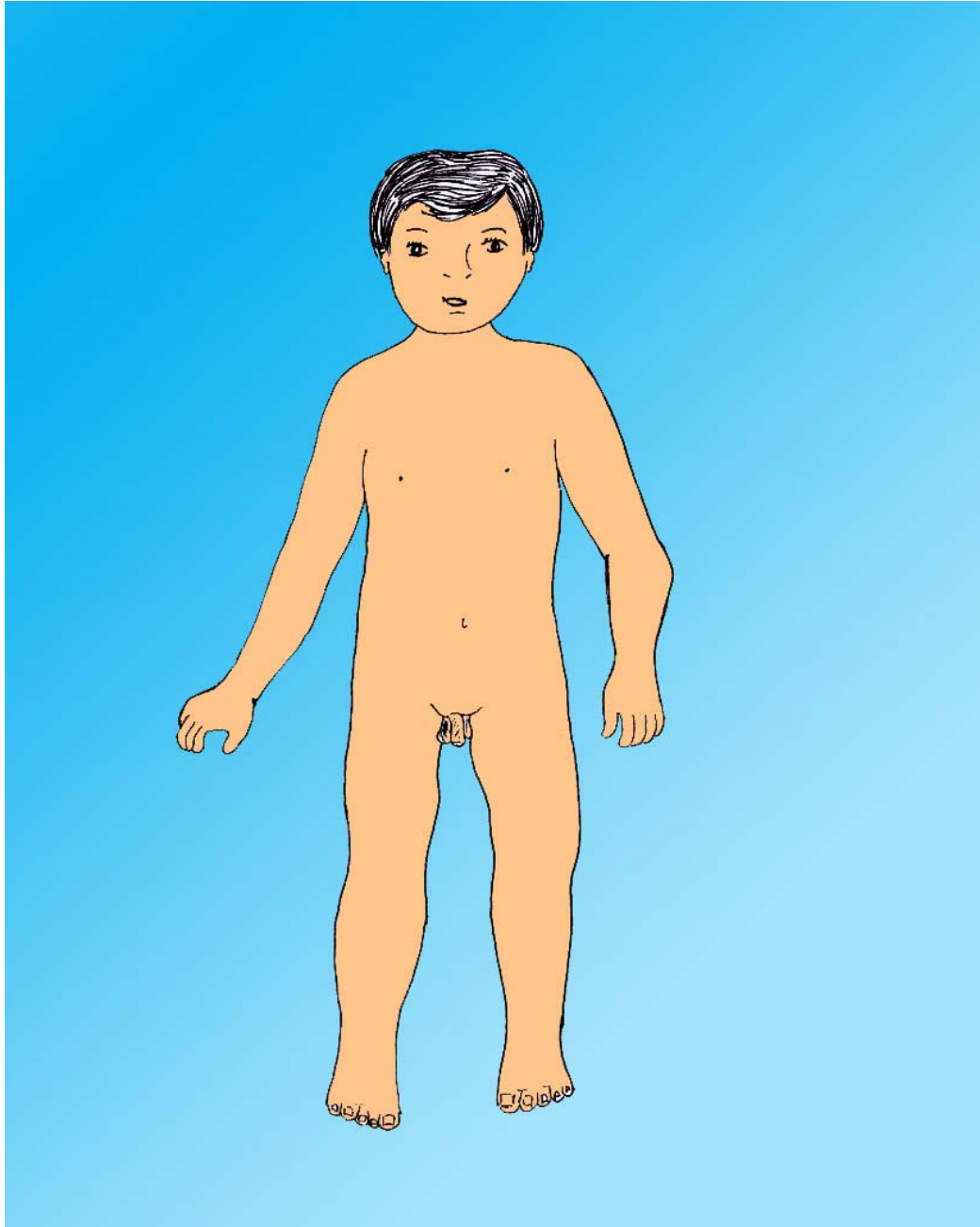
Hoja de Trabajo # 1



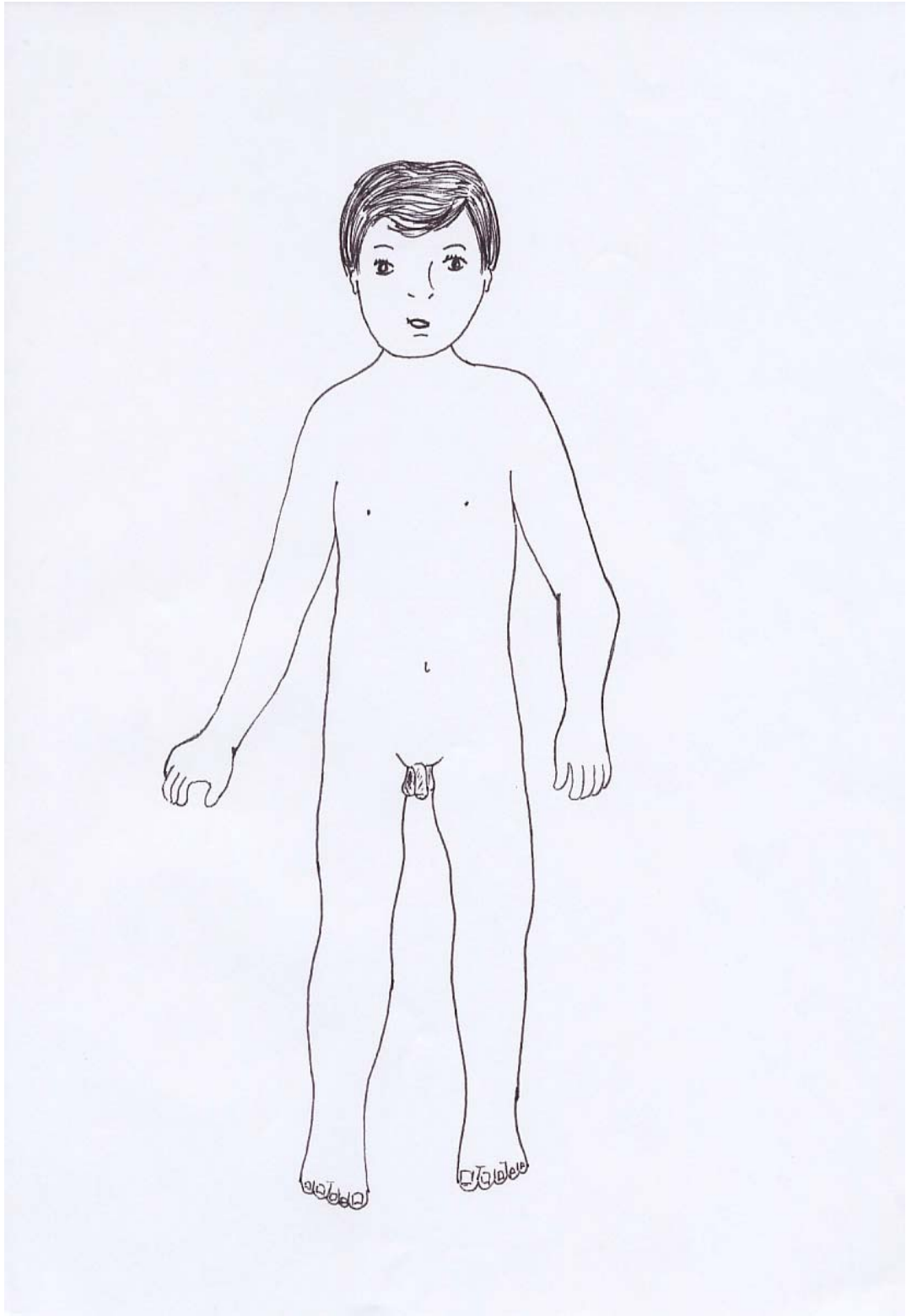
El Cuerpo Humano

Después de escuchar la explicación sobre las partes del aparato reproductor masculino colorea el siguiente dibujo.

Ejemplo

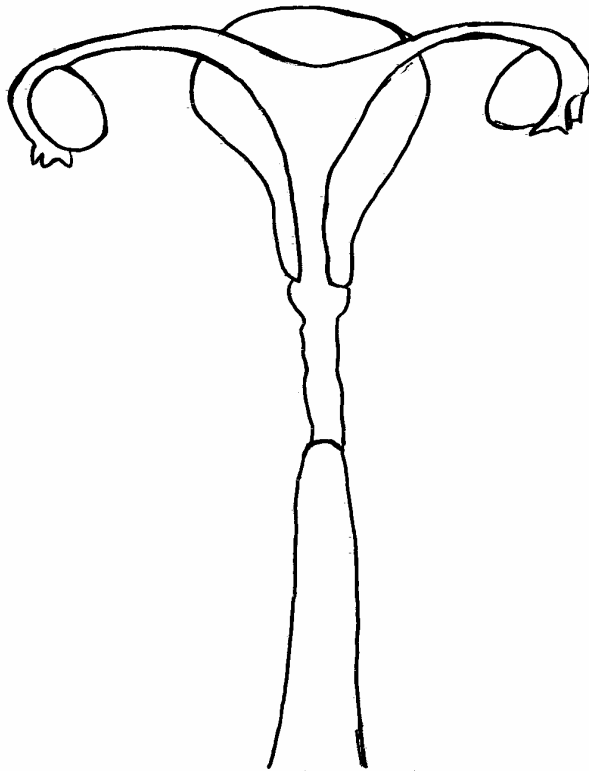


Hoja de Trabajo # 2



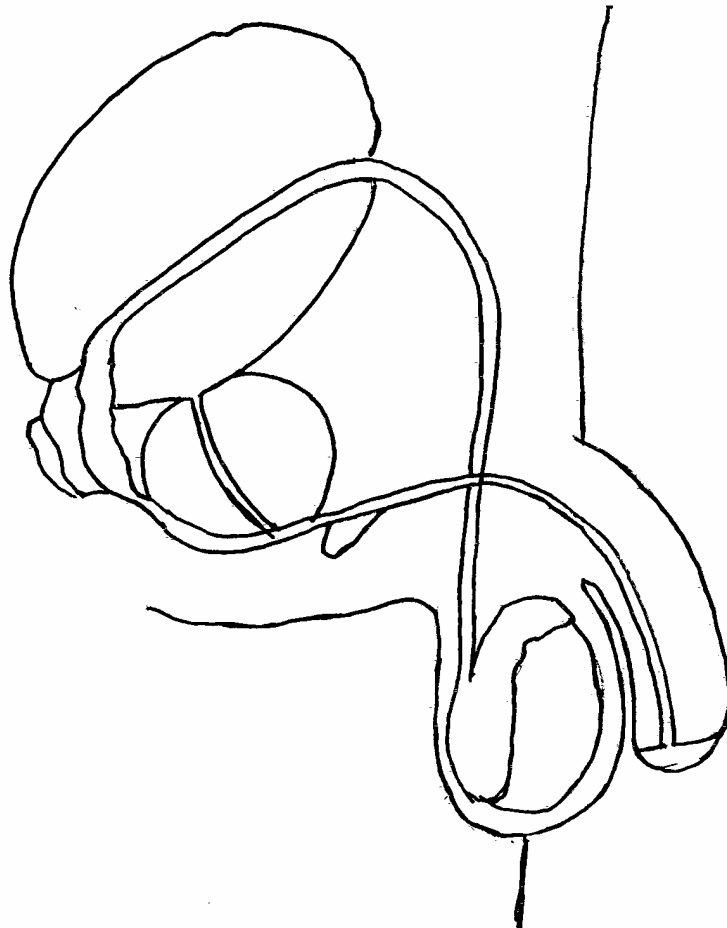
Hoja de Trabajo # 3

Rellena con plastilina de diversos colores, el aparato reproductor femenino.



Hoja de Trabajo # 4

Rellena con plastilina de diversos colores, el aparato reproductor masculino.



TEMA 2

CAMBIOS FISIOLÓGICOS EN LA ADOLESCENCIA.



La pubertad es el período de las grandes transformaciones físicas, sexuales y psicológicas. Puede comenzar a los 10 años y terminar a los 17. La pubertad se sitúa, para la mayoría de los muchachos y muchachas, entre los 12 y 15 años. A partir de ese momento, están preparados fisiológicamente para la reproducción.

No hay que olvidar que al estar completamente sometidos a la influencia de las hormonas que funcionan a toda velocidad, el comportamiento de los chicos y chicas es de lo más extraño y variado.

En esta etapa del desarrollo en las personas con Síndrome Down el pene en el varón y el clítoris y los genitales externos de la niña, pasan a ser zonas erógenas dominantes. La experimentación y la curiosidad sexual se acompañan de sensaciones generalmente placenteras, tanto en el varón como en la mujer se manifiestan maniobras masturbatorias aparentes. No debemos extrañarnos que en un lugar de la casa, por ejemplo la sala, los niños/as realicen una conducta masturbatoria ya sea frente a conocidos/as o extraños/as y sientan alguna sensación placentera al frotarse o uniendo fuertemente las piernas contra el sofá.

En los grupos de personas con capacidades especiales, y en particular en el de individuos con Síndrome Down se maneja la idea errónea de que son promiscuos/as, pero en realidad no lo son, la dificultad radica en que no saben canalizar los impulsos sexuales aunado esto que no se les ha educado para diferenciar una conducta pública de una privada, no se orienta respecto a los actos considerados íntimos y por ello,

no saben diferenciar si sus conductas masturbatorias o demasiado sexualizadas en el ámbito social ofenden a los y las que les rodean.

La madurez genital no implica una madurez mental, si bien desde el punto de vista cognoscitivo, el pensamiento de los/as Down tiene un desarrollo más lento que alguien "normal".

LA PUBERTAD EN LAS MUJERES.



El indicio más importante de la llegada de la pubertad en las chicas es la aparición de la primera **regla**. Sin embargo, numerosas manifestaciones anteriores nos indican que algo está cambiando en su cuerpo; son las pruebas de que el **sistema hormonal** se ha puesto en función.

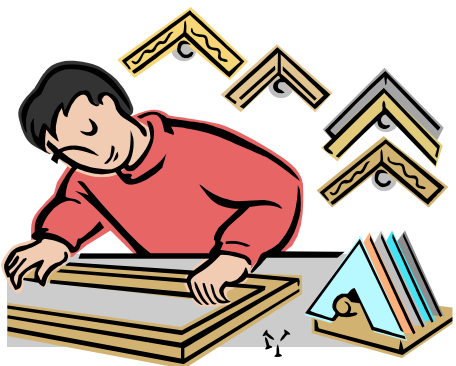
En la parte baja del cerebro se encuentran dos órganos estrechamente relacionados: el **hipotálamo**, que es el centro de regulación y de control, y la **hipófisis**, que es el director de todo el sistema hormonal. Hacia los 7 u 8 años, la hipófisis, estimulada por el hipotálamo, se pone en funcionamiento y secreta dos hormonas. Más tarde, con el aumento progresivo de esas dos hormonas, los órganos sexuales (los ovarios), se ponen en funcionamiento. Los órganos genitales femeninos van madurando para poder llevar a cabo la instalación de la función reproductora.

El primer papel de los estrógenos es el de hacer aparecer el vello y ordenar el crecimiento de los pechos. Todo este proceso se lleva a cabo con el siguiente orden:

1. Aparece el vello púbico alrededor de los labios mayores y se observa también cómo sobresale ligeramente la papila de la mama.
2. Mientras el vello que recubre el pubis se va espesando, despuntan ya los botones de los pechos.
3. Los senos crecen progresivamente pero todavía no se desarrolla el pezón ni la aréola.
4. El pecho se forma con la aréola (es la zona de piel que es algo irregular que rodea el pezón), que se extiende y se oscurece, y el pezón, que aumenta de tamaño y sobresale; el vello del pubis se hace más espeso y se extiende. Suele ser en ese momento cuando llega la primera menstruación.
5. Los pechos se desarrollan completamente, se marcan con precisión los contornos y aparece vello en las axilas.

Estas transformaciones tardan como dos años.

LA PUBERTAD EN LOS HOMBRES.



En relación con el desarrollo físico sexual de los chicos, existen pocas diferencias entre los que tienen y no tienen discapacidad intelectual. Con otras palabras, un adolescente de once o doce años con síndrome de Down experimentará

los mismos signos de maduración, como son el desarrollo del pecho, el vello púbico, el olor del cuerpo, aproximadamente a la misma edad que los demás jóvenes.

Por tanto, la enseñanza y el aprendizaje sobre la pubertad habrá de empezar en una época similar: para las chicas hacia los 10 años y para los muchachos entre 11 y 12.

Aunque las situaciones en una clase de integración pueden ser momentos apropiados para enseñar, animo a los padres y madres a que pidan programas adicionales adaptados a las cualidades cognitivas de sus hijos/as. En la clase de integración, lo corriente es que se aborde mucha información en cortos períodos de tiempo, merced a la utilización de instrumentos docentes más sofisticados. Para los/as pre-adolescentes que ya comprenden algunos de los conceptos básicos de la pubertad, puede ser una buena oportunidad para reforzar lo ya aprendido.

Para los chicos/as con discapacidad intelectual, es frecuente que los temas más importantes como son el aseo e higiene y las conductas apropiadas sean ignoradas por completo o sepultados bajo un montón de material menos importante.

El inició en el tema de la pubertad se da en el 4to grado de la escuela elemental, dentro de una clase de orientación dirigida por el consejero/a de la escuela. De antemano se han tenido ya algunas conversaciones iniciales sobre lo que significaba la pubertad y los cambios que le iban a ocurrir, pueden sumarse al resto de compañeros/as de clase para ver un vídeo. Cuando le pregunté por el vídeo, será evidente su concentración tanto en la socialización de las protagonistas y en la información clave sobre la pubertad que se estaba presentando.

Dado que la educación sobre la pubertad en los/as adolescentes con discapacidad ha de centrarse en los cambios que sufren en el cuerpo, la higiene y el aseo, el despertar de los sentimientos sexuales, las reglas de conducta en privado y en público, la pertenencia del cuerpo y los límites o barreras entre uno y los demás. Por ejemplo, una sesión informal y abierta con los varones sobre cómo comportarse cuando aparecen erecciones espontáneas les ayuda a prepararse para cuando lleguen esas situaciones.

Cuando el muchacho tiene la primera eyaculación (que es la primera expulsión de semen fuera del pene), puede considerarse que ha entrado en la pubertad. En los chicos puede llegar a ese estado al pasar unos 3 años, aproximadamente (después de la entrada a la pubertad).

La edad puede ser de igual manera una cuestión bien variable, la pubertad puede comenzar a los 14 o 15 años y continuar hasta los 18 o 20 años; también influye la herencia, pero es más difícil que los padres se acuerden de su primera eyaculación, ya que no es tan evidente como la primera regla.

Las transformaciones de las marcas sexuales en el muchacho ocurren de acuerdo a las siguientes etapas:

- 1) A los 11 años, según el promedio (9 a 13 años), el pene y los testículos tienen la misma medida que los de un niño de 4 o 5 años; quizás puede verse un leve vello en el pubis.
- 2) A los 12 años (promedio entre 10 y 14), los testículos comienzan a aumentar de volumen, los pelos del pubis se hacen más visibles aunque aparezcan de una manera dispersa o clara, el pene no varía de tamaño.
- 3) Hacia los 13 años (promedio entre 11 y 16 años) el vello púbico se hace más denso, rizado y espeso, ocupa más superficie; el pene comienza a alargarse, los testículos continúan aumentando su volumen, que se multiplicará por 8 en 3 años aproximadamente.
- 4) La zona del vello forma un triángulo, es casi como la del adulto pero ocupa menor extensión. El pene se alarga, el glande aumenta de tamaño y se hace cada vez más estimulante (pueden producirse algunas erecciones involuntarias, no seguidas de eyaculaciones, desde muy temprano), la piel toma otro color y se forman algunos pliegues o bolsas que poco a poco se hacen más oscuras y gruesas.
- 5) Aparecen las primeras eyaculaciones, pero la pubertad no se completa hasta que no se alcancen los 17 o 18 años (media 15 y 21

años), cuando los órganos genitales en su forma y enmarcación sean como los de adulto.

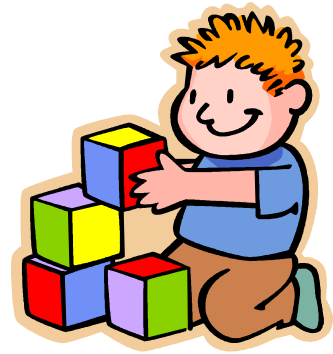
Caracteres sexuales secundarios:

La muda: El cambio de voz, pues, se debe a la acción de la testosterona. La forma de la laringe se altera avanzándose un poco.

La barba: cuando el mentón se oscurece y el bigote se marca un poco, quiere decir que la pubertad ya está terminando.

Los vellos: Abajo de las axilas crecen bastante tarde, primero se extiende por el estomago hasta el ombligo, más tarde en la parte inferior de las piernas y por encima de los testículos y el pene; ya pasada la pubertad crecen vellos en el pecho, en las manos y en la espada.

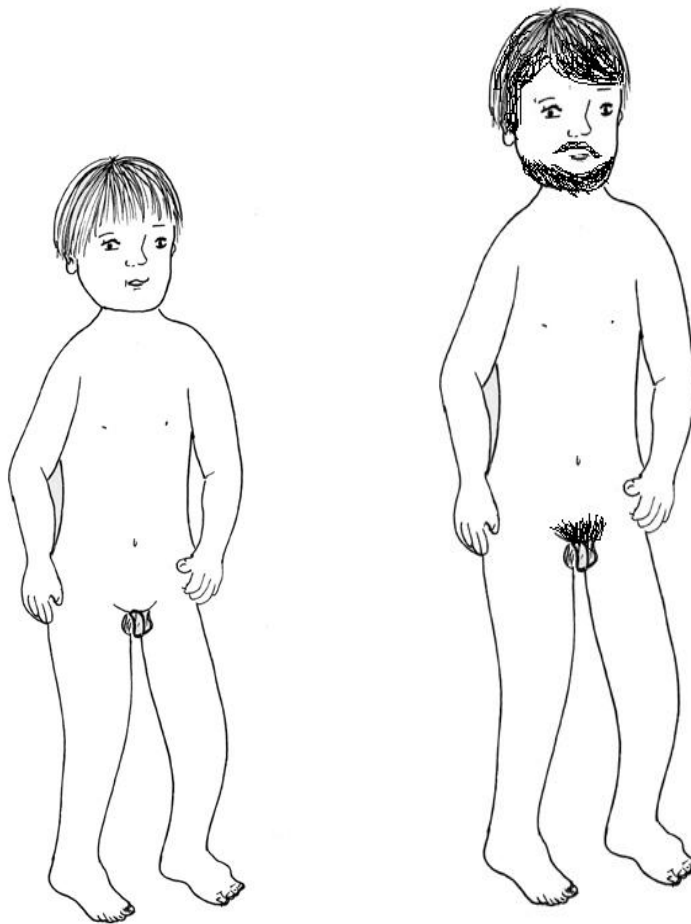
SUGERENCIAS METODOLOGICAS PARA DESARROLLAR EL TEMA



- ✓ Utilizar fotografías de cada uno de los/as púberes y adolescentes tomadas durante la infancia para compararlas con la etapa por la cual atraviesan para evidenciar los cambios fisiológicos que han sufrido en los últimos años.
- ✓ Dinámica "El reflejo de mi exterior": consiste en ubicar a los/las niños/as o púberes frente a un espejo y cada uno de ellos observará y citará las diferencias que observa en su cuerpo.
- ✓ Hacer uso de figuras para colorear en las que se represente a un niño/a y a un/una adulto/a que presente características sexuales secundarias (Ver hojas de trabajo #5 y #6. páginas 133 y 134)
- ✓ Desarrollar juegos de roles en los que se pueden hacer notar cambios de cómo hablaban cuando eran pequeños/as o como era y es su tono de voz, etc.

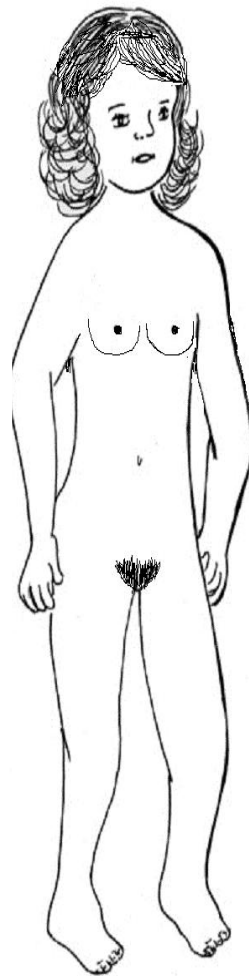
Hoja de Trabajo # 5

Colorea los siguientes dibujos y encierra en un círculo la barba, el bigote y el vello púbico.



Hoja de Trabajo # 6

Colorea los siguientes dibujos y encierra en un círculo los senos, vello en axilas y vulva



TEMA 3

LA MASTURBACION.

Los padres y madres de Excepcionales Down tienen la idea de que sus hijos e hijas serán siempre niños/as por lo que abordar cualquier tema de sexualidad se vuelve impropio y poco beneficioso para su educación.

Hoy en día los/as adultos/as pretenden informar a los/as púberes sobre los cambios físicos que sufrirán, pero el tema de la masturbación suele ser un tema delicado y difícil de tratar y con los y las púberes y adolescentes con el Síndrome no es la excepción, los padres y madres muchas veces entran en conflicto con sus ideas morales o religiosas. Lo cierto es que durante la pubertad muchos chicos y chicas empiezan a masturbarse para obtener satisfacción sexual. Tal acto suele ser la primera forma en la que los/las jóvenes experimentan el orgasmo, aunque socialmente es más aceptada en los hombres.

No es extraño que los padres y madres se quejen de haber observado a sus "niños/as" (hijos/as con Síndrome Down) realizando actos masturbatorios como frotación de genitales con sus manos, contra escritorios, camas e incluso en el suelo (en posición prona), o haciendo uso de peluches y otros objetos.

En nuestro contexto se dificulta mucho más la educación en relación a la Masturbación porque no podemos superar las barreras religiosas y moralistas que previamente han sido transmitidas a los padres y madres de los/las jóvenes situación que les limita a orientarles y transmitirles conocimientos objetivos ante la conducta masturbatoria observada.

Por tanto son los/as adultos/as quienes deben procurar la adquisición de conocimientos y estrategias para hablar con sus hijos e hijas cuando surjan dificultades o crisis en relación al tema.

Atrás han quedado los viejos esquemas pedagógicos en vigor, durante largo tiempo, que exponían los males inconmensurables de la masturbación, algunas ideas manifiestas que giran en cuanto a las consecuencias de la masturbación son: “el cansancio continuo”, “la melancolía”, “la ceguera”, “el cretinismo”, “la parálisis” y finalmente “la locura”.

Durante el siglo XVIII se creía que el físico del niño/a que practicaba la masturbación era de la siguiente manera: “físico débil, músculos subdesarrollados, ojos hundidos y embotados, tez cetrina, pastosa o está cubierta con puntos de acné, manos húmedas o frías, piel húmeda. El intelecto se torna pesado y enervado y si persevera en sus malos hábitos es probable que termine por convertirse en un idiota baboso”.

Uno de los psiquiatras más famosos de la época, Henry Maudsley, publicó en 1867 una obra con la opinión de que esta actividad originaba una aguda conciencia de sí mismo que con frecuencia acababa en el suicidio o el homicidio.

Dada, pues, la peligrosidad de esta conducta, la atención con los hijos e hijas debía ser permanente, los remedios empleados eran de todo tipo: los adolescentes eran enviados a la cama con las manos atadas, guantes gruesos, etc.

Pero las cosas cambiaron durante la segunda mitad del siglo XX, gracias a los estudios de Kinsey, Masters y Jhonson, quienes mostraron la naturalidad de la masturbación como forma adecuada de satisfacción sexual.

Según estos autores, **“la masturbación cumple en los/as adolescentes varias funciones de importancia como son el alivio de la tensión sexual, la experimentación sexual, la mejora de la autoconfianza**



en el desempeño sexual, la mitigación de la soledad y una válvula de escape de la tensión y el estrés generales”.

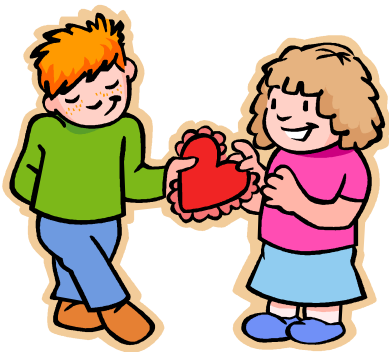
A partir de la pubertad, existe mayor sensibilidad erógena por la intensa producción hormonal, lo cual influye en un nuevo despertar de la curiosidad sexual y en interés por la autoexploración.

Desde el inconsciente afloran sueños con contenidos y sensaciones sexuales difusas, que al mismo tiempo le asustan y desconciertan, también le fascinan y entretienen.

Durante el día, algunos/as adolescentes buscan alimentar sus fantasías eróticas y románticas con fotos de desnudos en revistas y diarios, historias excitantes y películas pornográficas.

En su afán de autoexploración corporal, se imaginan y ensayan posibilidades y así algunos jóvenes de ambos sexos llegan a la masturbación, es decir a la manipulación de los genitales que lleva al orgasmo.

Fantasías y excitaciones eróticas los invaden sin saber como controlarlas. Esto les aflige porque se sienten sometidos a fuerzas que vienen desde alguna parte de ellos mismos/as que asocian con debilidad, inmoralidad o inclinación patológica.



Ahora bien, numerosos adolescentes se desarrollan personal, psicológica y afectivamente sin necesidad de recurrir a las prácticas de masturbación. Es necesario insistir, en que cada persona es un mundo, y lo importante es favorecer a través de estrategias educativas opciones lo más

autónomas posibles. Por otra parte, la masturbación frecuente o habitual puede ser consecuencia de problemas que provocan una tensión sexual que la persona trata de superar mediante el recurso a esa práctica.

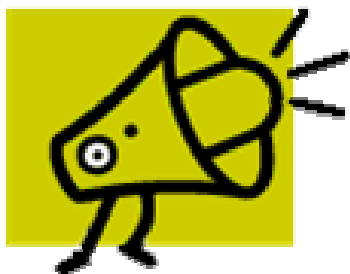
Es evidente que en tal caso la acción pedagógica correcta debe ir orientada a conocer las causas de esa tensión para tratar de aliviarlas o de corregirlas

El miedo, la inseguridad, la ansiedad y el sentimiento de culpabilidad son malos compañeros de viaje. Por tanto, los/as púberes deben crecer sabiendo que la masturbación es normal, tanto en los hombres como en las mujeres.

Primero, como padres/madres deben aceptar con calma tal comportamiento (es conocido que desde bebés encuentran placentero tocarse los órganos sexuales, y a algunos niños/as de entre cuatro o cinco años de edad les gusta restregarse contra el sofá).

En segundo lugar, es esencial abordar el tema en la pubertad y/o la adolescencia (de forma individualizada), cuando la masturbación se transforma en algo más que un comportamiento de infancia.

De forma natural, los chicos/as van descubriendo su propio cuerpo. Hay que prestar una atención especial a la aparición de los sueños húmedos y de la menstruación, para que no sorprenda, ni les genere angustia o sentimiento de culpabilidad.



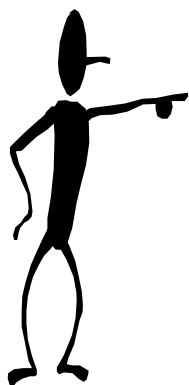
Es entonces cuando debemos intervenir, encauzando las posibles conductas masturbatorias hacia los momentos y lugares adecuados, y asociándolos a unos correctos hábitos de higiene: "si entra en el cuarto de baño y lo encuentra masturbándose, no le recrimine, pero hágale saber que cuando quiera masturbarse debe cerrar

la puerta del baño o avisar de que va al baño (hay casas en las que el baño no tiene cerradura)". En realidad, los problemas de la masturbación suelen ser principalmente problemas de adecuación. Una educación sexual apropiada puede solucionar perfectamente este problema en la mayoría de los casos.

El aprendizaje correcto de dónde realizar este tipo de conductas se puede trabajar con los chicos/as de niveles más altos mediante fichas, actividades de juego de roles, dramatizaciones, charlas, etc. Cuando se detectan en estos niveles conductas de autoexploración en lugares o momentos inadecuados, repita las pautas de conducta adecuadas, pero evitando respuestas represoras o censoras desmedidas que puedan confundirles o incluso afectar a su autoestima.

Piense que estas conductas no son nunca la expresión de una sexualidad desmedida, sino simplemente el resultado de un aprendizaje no orientado y experiencias previas en las que, en algunos casos, no se ha intervenido convenientemente.

En personas con menor grado de desarrollo cognitivo, la intervención estará dirigida a provocar un aprendizaje condicionado. Cuando se detecten conductas masturbatorias, dependiendo de la situación, podemos actuar de dos formas:



- Si consideramos que no es el momento ni lugar apropiado para este tipo de conducta, intentaremos redirigir su actividad a una más adecuada al momento, por ejemplo, dándole algún objeto que le guste y que distraiga su atención.
- Si, por el contrario, se considera que puede ser contraproducente interrumpir su actividad, se le intentará

llevar a un lugar adecuado, de forma que él o ella vaya asociando ciertos espacios a las conductas autoexploratorias.

Este tipo de aprendizaje se basa en la repetición de pautas, por lo que es muy importante definir estrategias de intervención individualizadas y claras, que deberán aplicar todas las personas del entorno del chico o la chica.

En cuestión de frecuencia todo es muy relativo. La masturbación, podríamos decir, es excesiva cuando interfiere en el ritmo de vida normal de la persona, cuando el sujeto vive centrado de manera prioritaria en ella; fuera de eso, creo que poco más puede decirse. Hay chicos/as que nunca se masturban o sólo lo hacen ocasionalmente. Sobre todo no es correcto ni saludable en absoluto que, ante jóvenes que no demuestran ningún interés en masturbarse, se les anime a que lo hagan o, incluso, se proceda a masturbarlos.

Los chicos/as deberían saber que si tienen alguna preocupación sobre este asunto, pueden hablar con sus padres u otros adultos de confianza: esto es primordial.

Una cosa que hay que tener clara es que éste puede ser un comportamiento más frecuente en el adulto con síndrome de Down (con discapacidad intelectual en general) por una razón muy sencilla: el resto de personas tienen movilidad, vida social, acceso a otras formas de sexo con lo que la masturbación no es sino una opción más. Pensemos que los adultos se suelen masturbar por falta de formas alternativas de satisfacción sexual.

En la adolescencia la masturbación es más frecuente porque el impulso sexual está despertando y se va reduciendo a medida que esas energías se canalizan hacia otras actividades o experiencias positiva y gratificante.

SUGERENCIAS METODOLOGICAS PARA TRABAJAR

EL TEMA



- * Desarrollar el tema de la masturbación en escuela para padres y madres.
- * Orientar a los y las jóvenes a conocer su cuerpo y tomar conciencia de los cambios que se producen durante la pubertad; a descubrir que pueden experimentar distintas sensaciones a través de su cuerpo.
- * Adoptar una actitud positiva ante sus sentimientos y necesidades comprendiendo la naturaleza de sus conductas íntimas y sanas; además de reconocer sus nuevos sentimientos y deseos sexuales sin culpa, vergüenza o miedo.
- * Localice y utilice convenientemente los espacios para la conducta autoestimuladora o masturbación (baños, habitación).
- * Reoriente sobre los hábitos de higiene, antes y después de la conducta masturbatoria.

TEMA 4

HIGIENE Y ASEO PERSONAL.



Para procurar la independencia de todo ser humano debe de educársele desde pequeño y condicionársele para que realice actividades por cuenta propia. Cuando los niños y niñas dan sus primeros pasos, controlan sus esfínteres y pronuncian sus primeras palabras se está procurando el desarrollo de todo ser humano. En los niños y niñas con Síndrome Down no debe hacerse la excepción, ya que se le está ayudando para que como ser humano alcance la mayor independencia posible en su vida adulta.

La higiene y el aseo es un medio por el cual se le ayudará al niño o niña a que conozca su cuerpo, descubrirá sensaciones y desarrollará sus sentidos, por lo que debe de procurarse que todos y todas tengan control sobre su cuidado personal.

Dadas las características de las personas Down, durante la niñez debe de enseñárseles paso a paso y sistemáticamente la ejecución de actividades sencillas de aseo y cuidado personal como: avisar para ir al baño, peinarse, lavarse las manos, lavarse los dientes, cambio de ropa interior a diario, como bañarse, etc. Un reforzamiento continuo de estas acciones facilitaran que en las próximas etapas del desarrollo el/la púber y el/la adolescente sea capaz de atenderse a sí mismo/a adecuadamente cuando surjan los cambios fisiológicos durante la adolescencia.

Es así que en la pubertad es el momento en que se necesita mayor enseñanza, dirigida a los jóvenes con el Síndrome, sobre la higiene y aseo, si queremos ayudar a nuestros hijos/as a que consigan aceptación social. La higiene guarda más relación con la limpieza mientras que el aseo

capta más los detalles que se relacionan con la buena apariencia: el corte de pelo, las uñas bien cuidadas, el cepillado y enjuague de dientes, el afeitado, etc. En la mayoría de los chicos/as, tengan o no discapacidad, resulta normal que aparezca un nuevo interés por el modo de aparecer ante los demás.

La enseñanza de las habilidades para que los chicos/as con síndrome de Down consigan una buena higiene significa ayudarles a comprender los pasos que tienen que dar. Nuestro objetivo es que aprendan a ser independientes en las prácticas rutinarias de higiene, pero conseguirlo lleva tiempo.



Muchos padres/madres se han dado cuenta de que la enseñanza tiene más éxito cuando se parte en pasos más pequeños. Por ejemplo, sólo el proceso de la ducha implica aprender cómo ajustar la temperatura del agua, jabonar el pelo, aclararlo con agua, lavar la parte superior del cuerpo, la parte inferior, aclararlas con agua, etc. Si enseña una sola etapa de cada vez será más fácil que su hijo/a lo consiga.

Los hábitos de higiene son más importantes durante la pubertad que durante la niñez. Esto se debe a que la piel comienza a producir sustancias causantes de olores fuertes y enfermedades, si el aseo no se hace a diario.

Los padres/madres deben delegar a sus hijos/as la higiene en sus propios genitales, "solo ellos/as deben tocarlos", "es privado" "nadie debe tocar sus genitales". Cuando el niño/a no y tiene la conducta adecuada para asear sus genitales, entonces se debe llevar su propia mano hasta que el aprenda a hacerlo por si mismo/a, este aprendizaje puede acompañarse de la necesidad de gritar o defenderse si alguien trata de tocar sus partes íntimas.

a) La higiene de la piel: durante la pubertad, las glándulas sebáceas de la piel se vuelven cada vez más activas produciendo a veces más grasa – “sebo” – de la que la piel necesita. Esta secreción exagerada de grasa es la que produce el acné.

b) las axilas y los pies: es normal que las glándulas sudoríparas, que se encuentran en tus pies y debajo de tus brazos, comiencen a funcionar haciéndote sudar exageradamente especialmente cuando estas nervioso (a) o emocionado (a).

Lava bien estas zonas, y si es necesario aplícate desodorante antitranspirante en las axilas y talco en los pies.

c) Los genitales: la orina, los fluidos vaginales en la mujer, el semen y el esperma en el hombre, son todas sustancias muy limpias. Sin embargo, cuando estas salen del cuerpo, y se mezclan con las bacterias que se encuentran en el ambiente y con el sudor, pueden producir infecciones o mal olor en caso de que no se realice aseo adecuado y las bacterias logren entrar al cuerpo a través de la vagina, la uretra y el pene.

De ahí que sea importante que:

- Los hombres tengan la precaución de lavar muy bien con agua y jabón la parte interna del prepucio o pliegue de piel que recubre el glande, puesto que en esa zona las glándulas sebáceas producen una sustancia blanquizca llamada esmegma que al descomponerse por falta de aseo puede formar irritaciones, rasquiña y malos olores.
- El recto también contiene muchas bacterias, por lo cual es necesario, especialmente para las mujeres, lavarse, limpiarse y secarse esta zona, de delante hacia atrás para evitar esparcir las bacterias cerca de la vagina o de la uretra.
- En las mujeres es normal que se presente una cierta cantidad de flujo vaginal, cuyo color puede variar entre transparente y blanquizco y que no presenta casi ningún olor.

Algunas niñas presentan este flujo blancuzco, unos meses antes de comenzar sus periodos menstruales. Sin embargo, si el flujo normal comienza a volverse más espeso o pegajoso, a cambiar de color o oler mal, probablemente exista una pequeña infección que debe ser consultada con su médico.

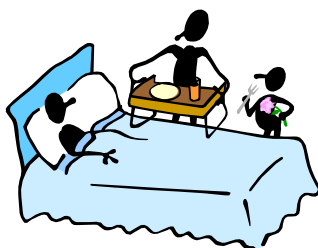
- Durante la menstruación, lo más importante es realizar el aseo de la vulva, pues realmente no hay nada que la mujer deba dejar de hacer durante estos días. Se puede nadar, hacer ejercicio y comer de todo. Las duchas vaginales no se requieren.

Se requiere un entrenamiento sistemático para el uso adecuado de la toalla sanitaria incluyendo la forma adecuada de desecharla. Se puede usar otra muchacha como tutora, se incorpora la planificación en cuanto a la necesidad de comprar o cargar el número de toallas necesarias, se puede introducir el manejo del calendario para que cada muchacha lleve un control personal de su menstruación.

Las toallas sanitarias deben cambiarse mínimo tres veces al día para evitar mal olor.

No se debe aplicar desodorante o antitranspirantes en el área vaginal, pues estos productos pueden causar irritación o infección. Solo recuerde, que después del baño, es necesario colocarse ropa interior limpia.

Posibles problemas en la higiene y aseo.



En algunas familias puede ser un problema la falta de interés por mantener la higiene y el aseo. Si su hijo/a se resiste a los hábitos corrientes de higiene de forma regular, busque métodos e incentivos que reduzcan su resistencia.

Es usted quien mejor conoce a su hijo/a. Descubrir lo que mejor puede funcionar para mantenerlos motivados en su aseo exige tener un cierto pensamiento creativo.

Por ejemplo, si hay una fuerte resistencia para ducharse a última hora del día (cuando el cansancio y el mal humor son máximos), puede ser menos molesto ducharse por la mañana. Piense también en incorporar estrategias de reforzamiento positivo como algo que puede añadir para completar estos hábitos rutinarios de higiene. Pero es importante recordar que, conforme su hijo/a gana independencia, se ha de reducir gradualmente la utilización de reforzadores. El premio para la ducha, por ejemplo, puede ser ver un vídeo o algo que guste a su hijo/a antes de irse a la cama.

SUGERENCIAS METODOLOGICAS PARA REFORZAR EL TEMA

- Deje que el niño o niña participe activamente en la elección de sus productos de higiene. Si le deja elegir los que más le gusta, más fácil será que los use. (Ver hoja de trabajo #7 páginas 150 y 151)
- Simplifique. Por ejemplo, el juego para la ducha es una pastilla de jabón (para las personas con Síndrome de Down es mejor que sea con hidratante, tipo Dove) y un champú.
- Enseñe la higiene y el aseo en pasos cortos. Trabaje en uno cada vez hasta que el o la adolescente lo domine, y pase después al siguiente.
- Alabe y refuerce positivamente la buena higiene y la independencia, haciendo que la higiene forme parte normal de su maduración.
- Introdúzcale en las rutinas del aseo que son agradables y ajustadas a las costumbres sociales, como son el baño, higiene dental, la peluquería, la manicura y pedicura, rasurarse, etc. (Ver hojas de Trabajo #8, páginas de la 153 a la 163)
- Dentro de la escuela puede programarse una actividad para la enseñanza de los productos de limpieza:

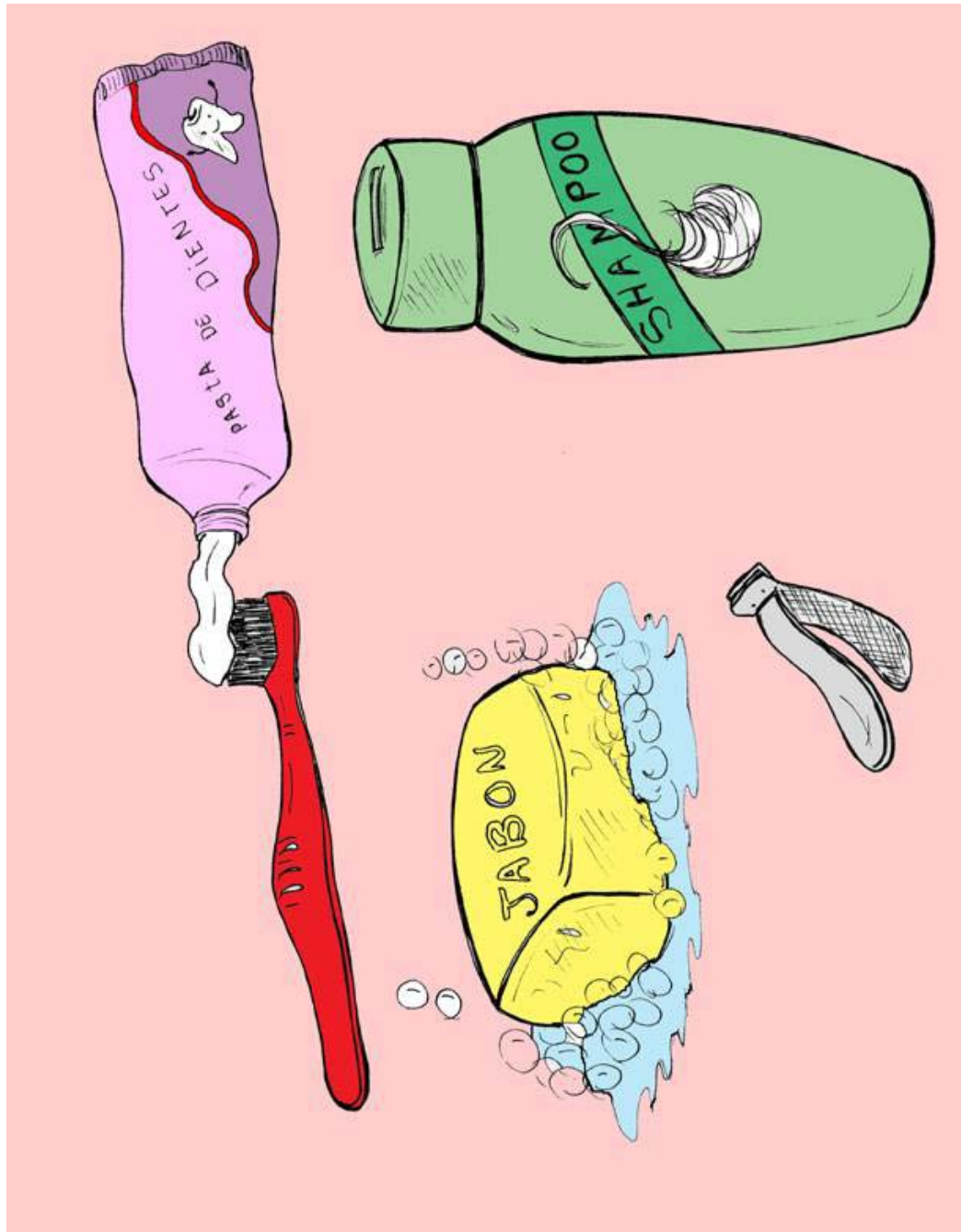


Los y las estudiantes deberán llevar artículos para su higiene como: cepillo de dientes, pasta de dientes, desodorante, talco, loción, jabón, cortaúñas, toalla entre otros que se requieran para una sesión de higiene y aseo personal. Los maestros y maestras deberán modelar las conductas a realizar y explicarán el uso de cada uno de los productos.

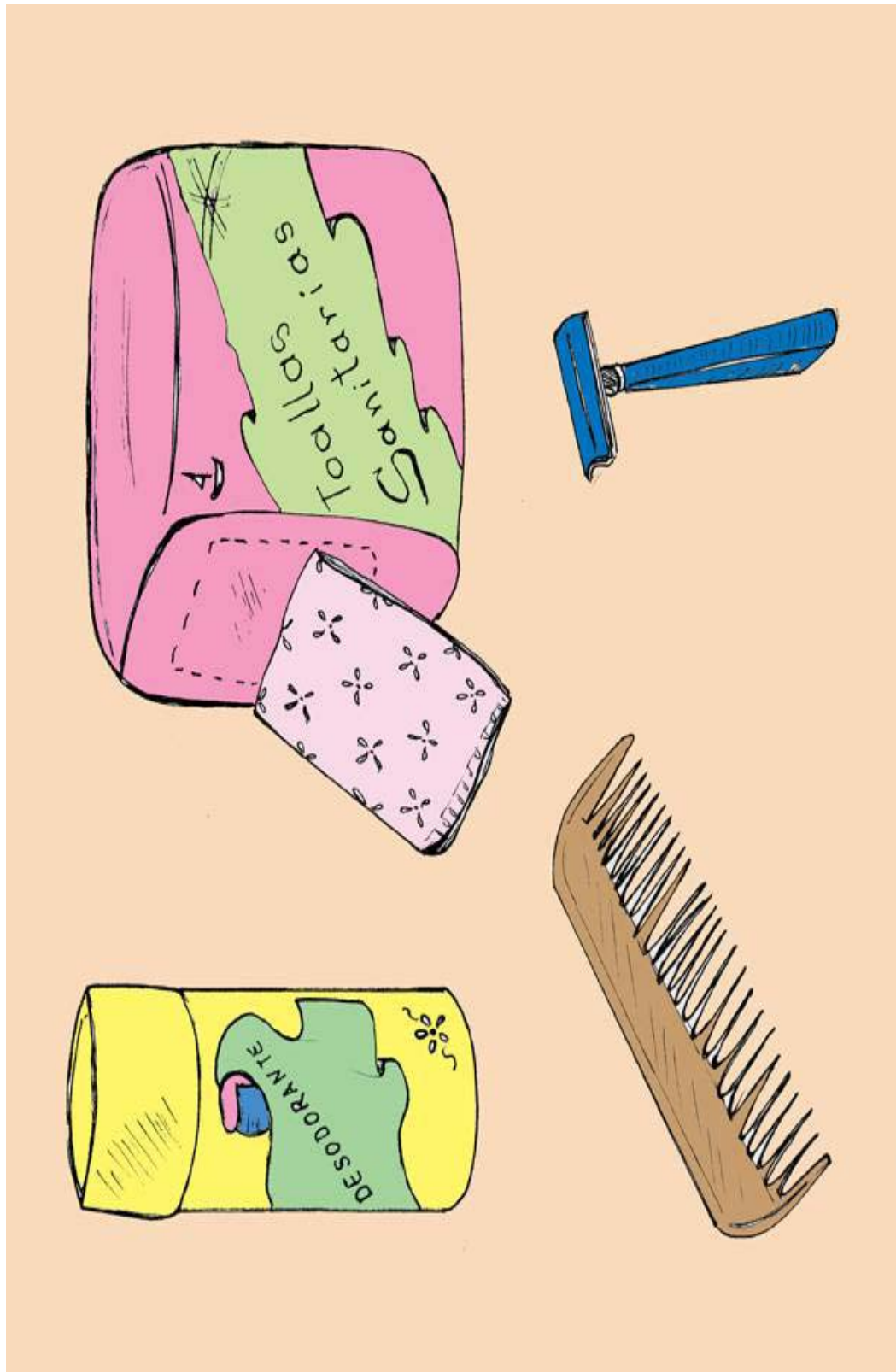
Productos para Higiene Personal

Estos son algunos ejemplos de los productos que debes utilizar para la higiene y el aseo personal.

Ejemplo

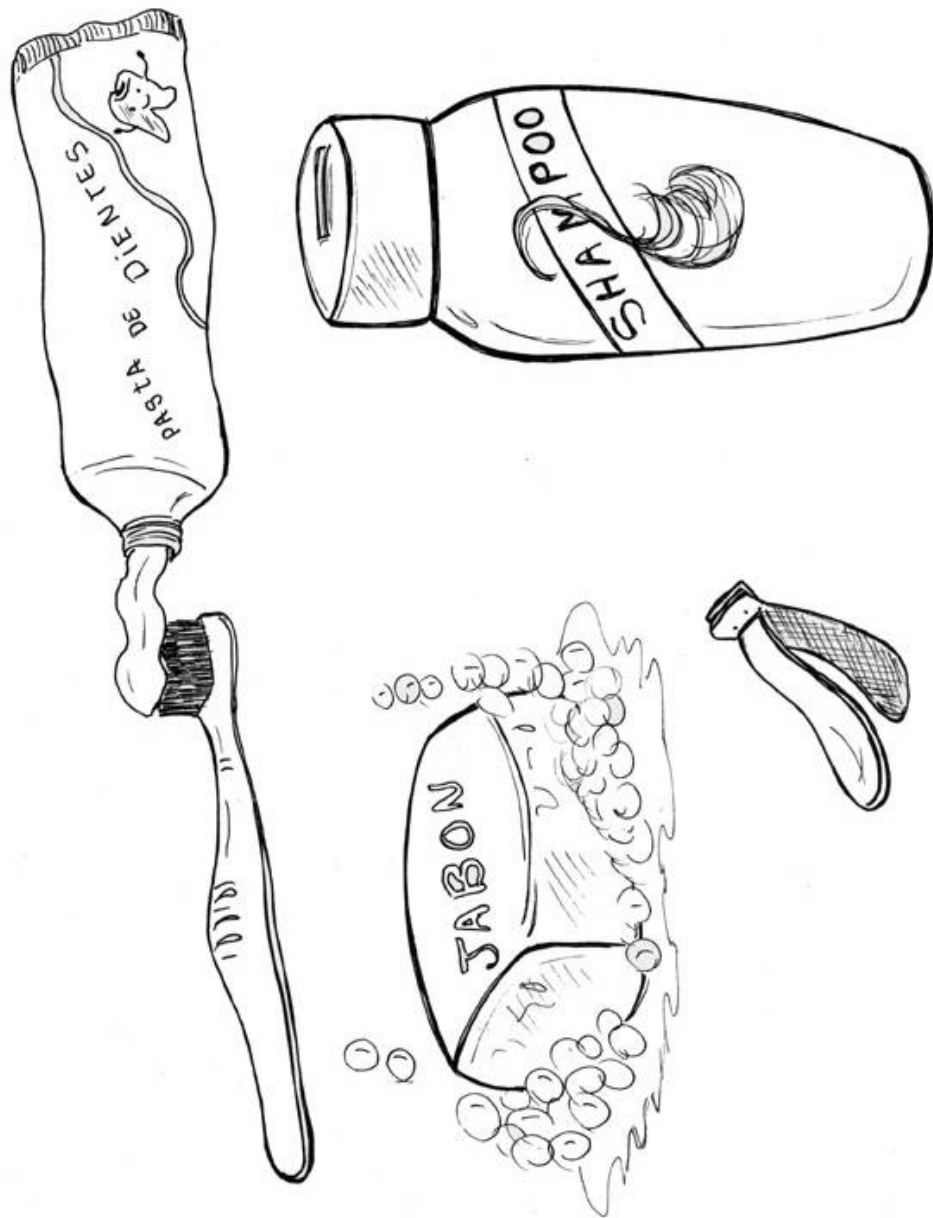


Ejemplo

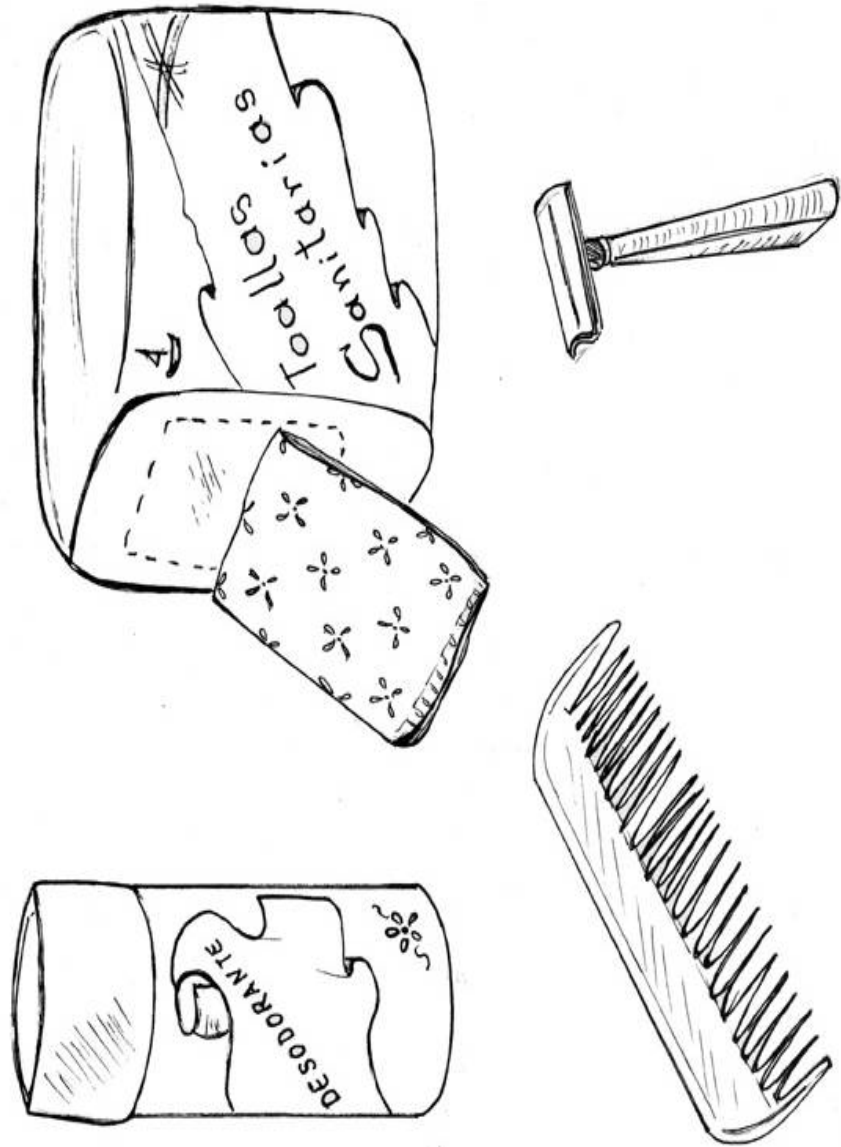


Hoja de Trabajo # 7

Colorea los productos que debes utilizar para tu aseo e higiene personal.



Continuación hoja de trabajo # 7



Hoja de Trabajo # 8

Colorea y explícale a tu maestro/a o compañeros/as las rutinas de aseo e higiene personal

Ejemplo



Continuación de Hoja Trabajo # 8

Colorea y explícale a tu maestro/a o compañeros/as las rutinas de aseo e higiene personal



Continuación Hoja de Trabajo # 8

Ejemplo



Continuación Hoja de Trabajo # 8



Continuación Hoja de Trabajo # 8

Ejemplo



Continuación Hoja de Trabajo # 8



Continuación Hoja de Trabajo # 8

Ejemplo



Continuación Hoja de Trabajo # 8



Continuación Hoja de Trabajo # 8

Ejemplo

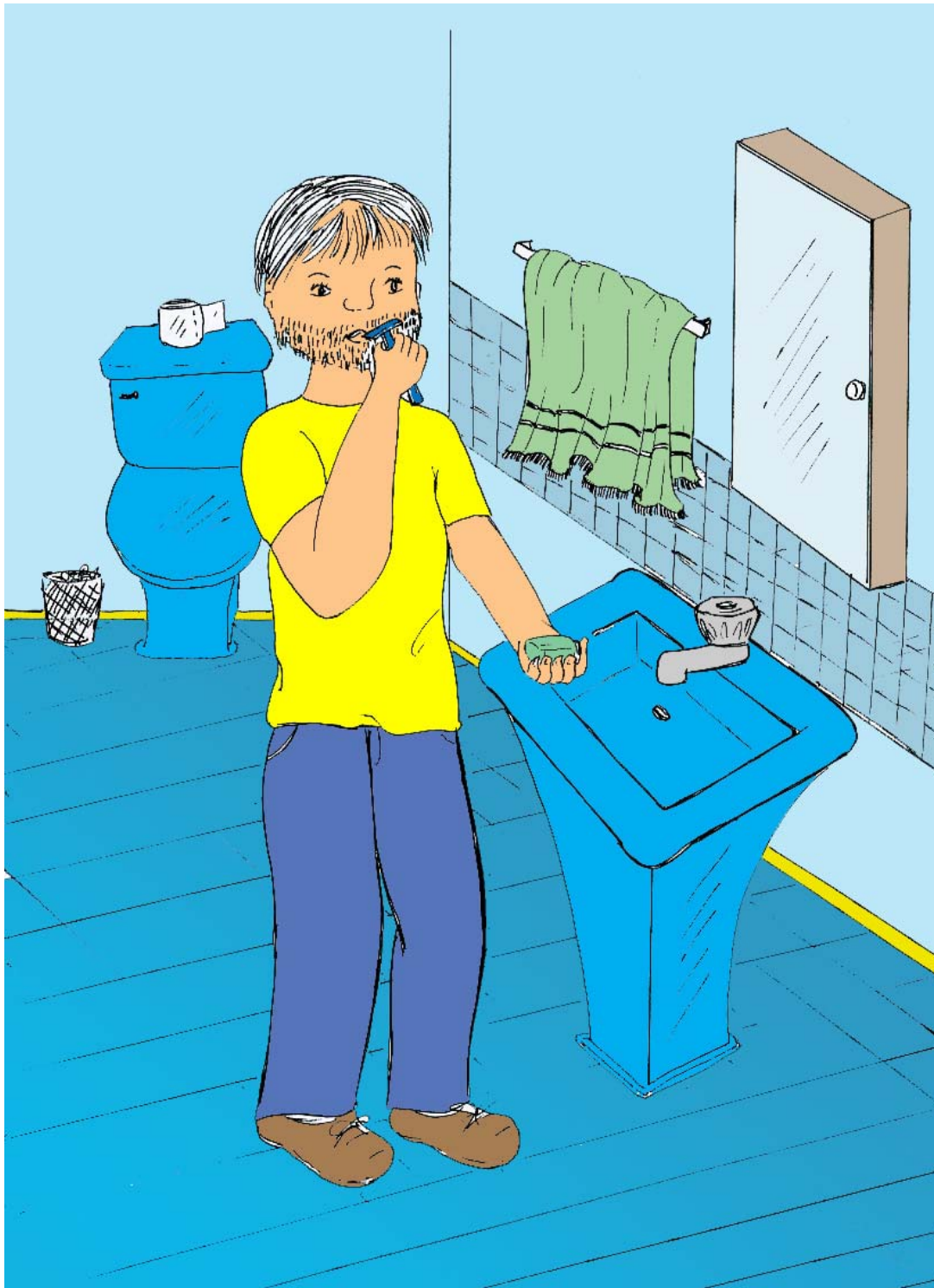


Continuación Hoja de Trabajo # 8



Continuación Hoja de Trabajo # 8

Ejemplo



Continuación Hoja de Trabajo # 8



TEMA 5
PROCESO DE IDENTIFICACION SEXUAL
(DEFINICION DE GENERO HOMBRE O MUJER)



¿Qué es esto del género?

En temas anteriores se expone que desde la perspectiva biológica, el sexo de un/a individuo viene determinado por los cromosomas sexuales, las hormonas sexuales, la anatomía sexual y las características sexuales secundarias. Los aspectos biológicos que configuran el hecho de nacer hombre o mujer forman un entramado de vital importancia con los factores psicológicos y sociales que empiezan a influir en el momento de nacimiento y que siguen haciéndolo por el resto de la vida.

La identidad de género no es más que la convicción personal y privada que tiene el/la individuo sobre la pertenencia al sexo masculino o femenino; se dice que la formación de la identidad de género se inicia al principio de la niñez y repercute de distintas maneras en el desarrollo sexual.

Mientras que **el rol o papel de género**, se define como la expresión de la masculinidad o femeneidad de un/a individuo según las reglas establecidas por la sociedad.

El género se refiere a las diferencias sociales, psicológicas y culturales que existen entre el sexo masculino y femenino; están basadas en todas aquellas creencias, valores y conductas, que la sociedad nos asigna por el hecho de nacer con órganos sexuales masculinos o femeninos y que determinan la manera como pensamos, como nos comportamos o como actuamos. Estas conductas, comportamientos y

roles asignados son aprendidos de nuestra familia y del medio social que nos rodea durante nuestro desarrollo.

Las teorías que explican la formación de identidad de género son:

Teoría del aprendizaje: sostiene que la determinación del género esta condicionada por modelos personales y las influencias socio ambientales a los que el/la niño/a se halla expuesto. En los primeros años de vida, los/as modelos a observar e imitar son los padre/madres; el/la niño/a aprende a copiar la conducta del progenitor/a del mismo sexo porque su imitación es recompensada.

Además, es bien sabido que los/as padres/madres tratan diferente a los niños y a las niñas desde el momento mismo del nacimiento, en función de las expectativas diferentes con que se les contempla.

Teoría cognitivo evolutiva: el desarrollo del género corre paralelo al progreso intelectual del niño/a. Los niños/as de corta edad tienen una visión exageradamente simplificada del género, equivalente a una estimación no menos estereotipada a la del mundo en general. La teoría sostiene que el niño/a copia un comportamiento de los/as adultos/as, no tanto para obtener recompensas como para lograr una identidad propia.

La interacción biosocial: consiste en una sucesión de influencias recíprocas entre los factores biológicos y los psicosociales. En otras palabras la programación genética en la fase prenatal, los elementos psicológicos y las reglas sociales influyen al mismo tiempo en las fases futuras que el/la recién nacido/a desarrolla durante la niñez y la adolescencia.

Las convicciones de este género, sustentadas por gran número de individuos a partir, de indicios producidos por la simplificación excesiva o el escaso juicio crítico, reciben el nombre de **estereotipos** (tópicos, prejuicios,

ideas preconcebidas). Los estereotipos pueden resultar nocivos, ya que inducen a razonamientos y generalizaciones equivocadas y, por consiguiente, repercuten en el trato recíproco entre los miembros de una colectividad social.

La dicotomía femenino–masculino marca los estereotipos, condicionando roles, limitando las potencialidades de las personas, pues la norma dicta que hay que ajustarse a comportamientos “adecuados” al género respectivo.

En la categoría de género, se articulan tres instancias:

1. La asignación, atribución o rotulación del género: se realiza en el momento mismo en que nace, se refiere a la rotulación que médicos o familiares le asignan al recién nacido y se hace a partir de la apariencia de los genitales.

2. La identidad de género: puede decirse que tal identidad se establece entre los dos y tres años de edad y es anterior a un conocimiento de la diferencia anatómica entre los sexos. A partir de la identidad el/la niño/a estructura su experiencia vital; el género al que pertenece es identificado en todas sus manifestaciones: sentimientos, actitudes, comportamiento y juego.

La identidad de género es la experiencia privada del rol de género; y el rol de género es la expresión pública de la identidad de género. En resumen, tanto autoimagen como conducta social contribuyen a formar la identidad de género, que es en otras palabras, la percepción interna de que se pertenece a un género u otro; de que se es niño o niña, de que se es igual a mamá y diferente a papá o viceversa.

3. El rol de género: se refiere al conjunto de prescripciones y proscipciones para una conducta dada, así como las expectativas de las cuales son los comportamientos apropiados para una persona que sostiene una posición particular dentro de un contexto determinado.

¿Qué factores están en relación con este proceso?

El proceso de adquisición de la identidad y rol sexual está íntimamente relacionado con la edad y más concretamente, con el nivel de desarrollo. A medida que los niños y niñas adquieren otras capacidades (el lenguaje, el concepto de tiempo, etc.) van también siendo más capaces de discriminar las diferencias asignadas al rol, autclasificarse, saberse niño o niña para toda la vida y reconocerse como hombre o mujer independientemente de apariencias superficiales.

Precisamente a medida que adquieren un mayor nivel de desarrollo (el cual como se sabe guarda una estrecha relación con la edad), son más capaces también de discriminar lo cambiante y cultural (el rol) de lo estable y biológicamente condicionado (la identidad).



Es bueno que, desde el sistema educativo (formal e informal), y más especialmente desde la educación sexual a púberes y adolescentes con Síndrome Down, se enseñe a los niños y niñas a distinguir lo que es “porque así lo quiere la sociedad” (lo cual, por consiguiente, es relativo y cambiante) y lo que “porque así somos” (la identidad: somos sexuados).

Esta distinción es fundamental para poder, a partir de ella, criticar los elementos de explotación y desigualdad que están aun presentes en los roles sexuales.

Se discute y analiza la educación como una instancia de socialización (Se analiza la socialización como proceso por el cual los individuos adquieren conductas y valores asociados a sus roles culturalmente asignados), destacándose el sexismo que existe en la misma y en todos los niveles, desde el preescolar hasta el universitario. Se sostiene que el sexismo no se manifiesta únicamente en los contenidos de los textos, sino también por medio del currículo oculto, es decir, del trato diferencial (en detrimento de las mujeres) a mujeres y hombres mediante el lenguaje, los gestos, el tono de la voz, la atención proporcionada a mujeres y hombres, así como la calidad de esta.

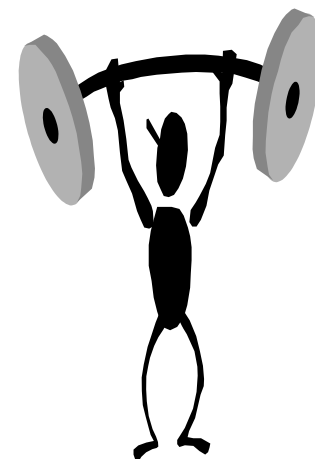
La transmisión del género femenino, en las aulas, para precisamente por la creación de una actitud dependiente en las mujeres, así como la transmisión del género masculino para por la creación de personalidades capaces de mayor autonomía.

Otro factor importante es el sexo. Los niños están más rígidamente tipificados que las niñas. Entre estas es frecuente el interés por las actividades de los niños y por los juguetes considerados masculinos. Los varones se muestran también más autosatisfechos con el rol que la sociedad les ha asignado. Es más frecuente que las niñas hayan deseado o deseen ser niños que a la inversa. Lo cual demuestra que los niños y niñas perciben, desde muy pequeños, que los roles no son igualitarios, y que el rol masculino tiene indudables ventajas.

Un tercer factor es el tipo de familia en que viven los niños y niñas. Así, por ejemplo, los niños y niñas cuyos padres/madres son ambos

profesionales tipifican los roles de forma menos rígida y más igualitaria que aquellos cuyos padres/madres reproducen más los roles tradicionales.

Se dice que la formación del género en los/as niñas inicia a partir de entre los dos y cinco años de edad, etapa en la que lo que interesa al niño es jugar. En consecuencia, si atendemos a los objetos que emplea para entretenerse quizá podamos aprender algo sobre la socialización del rol de género.



Los juguetes para los niños incitan a la acción (armas de fuego, camiones, naves espaciales, artículos o equipo deportivo, etc.), mientras que los de las niñas inducen a un entrenamiento pasivo, a menudo relacionado con funciones del hogar (muñecas, juegos de te, estuches simulados de maquillaje, cocinitas y neveras en pequeño, etc.)

Aunque en la actualidad muchos niños juegan con muñecos tipo ET o Rambo u otros personajes de acción, lo más seguro es que la mayoría de los padres/madres empiecen a inquietarse si ven que su hijo denota preferencia por las muñecas.

En efecto, los niños/as especialmente los preescolares, suelen considerar como propio del varón los que hace su padre y como propio de la mujer lo que hace su madre. Sólo cuando se hacen un poco mayores, su visión de los roles se hace más acorde con lo socialmente dominante, adquiriendo cierto grado de independencia de los modelos familiares. A partir de este momento, los medios de comunicación, los maestros y maestras, etc., adquieren también una importancia decisiva.



Durante la edad escolar, las ideas preconcebidas sobre los roles de género se aplican con cierta irregularidad. Así la niña de siete años amante de los deportes y que se sube por los árboles suele merecer el apelativo de “graciosa”.

Si un niño de siete años prefiere jugar con muñecas se le tacha de “afeminado” y puede inquietar en gran medida a sus padres. Si bien los psiquiatras consideran que la masculinidad en las niñas es una fase transitoria normal, son muchos los especialistas que consideran que el niño afeminado debe ser sometido a tratamiento con objeto de impedir que se convierta en homosexual o prevenir posibles problemas sexuales.

Al iniciarse la adolescencia, se evidencia la expectativa de lo que los varones deben conseguir, y las mujeres casarse y educar lo hijos. Muchas mujeres se ven impulsadas a convencerse de que un rendimiento excesivo menoscaba su feminidad y popularidad. Por otro lado los varones están condicionados por el imperativo de equiparar su masculinidad a su eficiencia y experiencias sexuales.

Durante la adolescencia se manifiestan diferencias, acentuando el papel dominante en el caso del adolescente y subordinado en el caso de la adolescente. Por ejemplo: el adolescente tiene más libertad y derecho a salir por la noche o andar con sus amigos; en cambio, a las adolescentes, se les limitan los permisos para salir, tener amigos o novio, se les trata de retener en la casa. Se les otorga permiso según el sexo y no fundamentado en los posibles riesgos que ambos podrían tener.

Otro ejemplo es el tema de las relaciones sexuales; parece ser más fácil para los hombres, hablar de esto, que para las mujeres. Los adolescentes pueden hablar de sexualidad con sus amigos y compañeros sin que esto afecte su imagen y reputación; las adolescentes minimizan el

tema de la sexualidad y los adolescentes lo exageran; esta actitud es condicionada por la presión social.

Muchos papás/mamás piensan que las niñas tienen menos oportunidades en la vida, que son más delicadas, indefensas, incapaces y débiles que no pueden trabajar igual que los hombres, que necesitan más protección.



Se piensa que las niñas están destinadas, cuando mayores, a realizar las tareas del hogar.

A diferencia de las niñas se considera que los niños son más fuertes y capaces, valientes, independientes y seguros; que pueden valerse por sí mismos, ser más libres y hacer lo que quieran. Se espera que, cuando mayores, sean el sostén económico de la familia; cuentan, por lo general, con más apoyos por sus papás/mamás para realizar trabajos fuera de la casa que les permitan ganar dinero.

Se presume que la adecuación a las normas culturales denota "adaptación y salud", en tanto que los desvíos notorios de las pautas preconcebidas demuestran "anormalidad e incluso, enfermedad". Por último, los hombres masculinos y las mujeres femeninas son relativamente previsibles y se comportan de manera bastante uniforme y complementaria.

Por suerte (o por desgracia según sea su punto de vista), parece que hoy se admite como probable que la masculinidad y feminidad no nos dicen gran cosa sobre la personalidad, preferencias sexuales o forma de vida del individuo y que los viejos estereotipos ceden el paso a las teorías científicas más validas y dinámicas.

Según estudios recientes, la óptica de hoy es distinta. En lugar de considerarse la masculinidad y la feminidad como rasgos contrapuestos, varios psicólogos las conciben como características distintas, pero que hasta cierto punto, coexisten en todos los individuos.

Desde la genética hasta los estereotipados roles que otorga la sociedad a cada sexo, se confabulan en el complejo mundo de la identidad sexual, aquel que nos define como hombres y mujeres. Desafortunadamente desde que se nace, se dice lo que los niños y las niñas deben hacer según su sexo; y muchas veces, se les impide lograr todo lo que quieren y pueden hacer como seres humanos.

Sin embargo, diversos factores a lo largo de nuestra vida conspiran confundiendo a determinadas personas que en alguna etapa de su existencia se preguntan ¿Qué soy?

De hecho no faltan las madres/padres que, negando las visibles señales de la anatomía de su hijo varón, insisten en construir una falsa mujer, o al revés. Es obvio que para estos niños/as será sumamente conflictivo lograr una identidad sana y consistente.

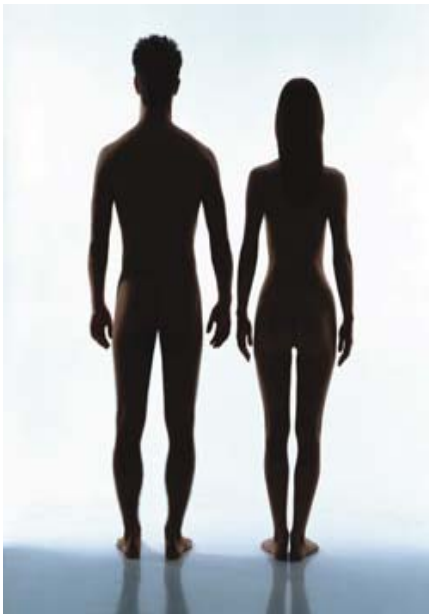
Los padres/madres son los modelos de los cuales los niños/as aprenden a ser hombres y mujeres y en ese sentido tienen un papel fundamental en la formación sexual de sus hijos/as.

Los psicólogos/as del desarrollo postulan que el origen de posibles trastornos de identidad sexual se debe, precisamente, a la falta de modelos del mismo género, siendo además común que los padres/madres sean los/as promotores/as para que dichas conductas se manifiesten. Cuando uno de ellos falta, o no está, estos niños/as no saben a quien imitar y se ha visto, por ejemplo, a niñitos hombres que viven sólo con su madre haciendo pipí sentados, pues nunca han visto a un hombre en esta situación.

Los extremos en cuanto a conducta son, en el caso de los niños, gran delicadeza, suavidad en los modos, falta de interés por el juego y los deportes rudos, y en las niñas, la conducta conocida como de "marimacho". El niño no se ajusta a los patrones y prototipos del papel sexual y puede ser rechazado por sus compañeros, considerándolo afeminado, y es posible que se incline a la compañía de las niñas por quienes puede ser más aceptado.

El ser llamada "marimacho" no implica el grado de censura social que el "afeminado", quizá debido al diferente valor que nuestra cultura otorga a las características masculinas y femeninas.

Es importante recalcar que los niños/as son particularmente vulnerables a ser deformados en su conducta sexual entre los cinco y ocho años de edad; después de la pubertad, las posibilidades de modificación de tales comportamientos se hacen más difíciles, siendo necesario someterlos a un tratamiento psicoterapéutico.



El punto neurálgico de este complejo tema, es la diferencia que debe hacerse sobre la orientación sexual y la identidad sexual, pues normalmente se tiende a confundir ambos conceptos.

Generalmente se define a las personas por su orientación sexual, o sea, la dirección de su deseo erótico.

Se define la identidad sexual como las diferencias anatómicas y psicológicas, de ser hombre o mujer.

"Alrededor de los tres años, el niño y la niña se han identificado con personas de su mismo sexo, el desarrollo de esta identidad se consolida finalmente en la adolescencia".

En cuanto a la orientación sexual, dice que es la tendencia a sentirse atraído sexualmente, ya sea por personas del sexo opuesto, mismo sexo o ambos sexos. "

Ser hombre o mujer está determinado por muchos factores. Primero, los sexos se diferencian anatómicamente. Además, del sexo asignado o la designación social, así como el sexo psicológico, que hace referencia a cómo los individuos tienden a considerarse a sí mismos/as y cómo lo manifiestan de forma pública.

Pero para hablar de adolescentes debe hacerse por etapas y no como si se tratara de un grupo homogéneo, como normalmente se hace, pues cada etapa está marcada por situaciones especiales que se manifiestan también en la sexualidad.

La primera de ellas, es el "aislamiento", que se da entre los 12 y 14 años. Aquí el crecimiento y los cambios de su cuerpo le dan un nuevo aspecto físico, lo que junto con las nuevas sensaciones y manifestaciones - que no siempre se controlan- provoca muchas angustias. Es frecuente que no les guste su nuevo aspecto, ya que no se ajustan a las normas o modelos de masculinidad y feminidad creados por la sociedad, por lo que se aíslan.

Entre los 14 y los 15 años, se da la segunda etapa, denominada como "incertidumbre u orientación incierta", donde el o la adolescente, una vez que comienza a adaptarse y aceptar su nuevo aspecto, busca identificarse intensamente con personas ajenas al hogar y romper con los lazos emocionales establecidos con la familia, relacionándose fuertemente con los/as amigos/as.

Es decir, precisan la imagen que los/as adolescentes tienen de sí mismos/as, de sus relaciones afectivas con otros/as adolescentes y con sus progenitores, dejando atrás las formas de dependencia y de amor infantil.

En esta fase la vida emocional es rica e intensa; defienden los puntos de vista del grupo al que pertenecen, porque éste le ofrece elementos diferentes con los que se identifica. Adquieren seguridad al convivir con un grupo de iguales. Comparten valores y normas grupales, encuentran en el líder una figura de identidad y fortalecen sus sentimientos de solidaridad y lealtad hacia el grupo. Además, en este proceso de adquisición de identidad se desarrolla también un interés por el sexo opuesto, en un principio será tímido(a), pero poco a poco aprenderá a relacionarse.

La última etapa, llamada de consolidación se da entre los 17 y 19 años y es la que determina el final de la adolescencia. En ella, el o la joven ya se siente dueño/a de su sexualidad y es capaz de responder a los patrones socialmente establecidos para cada sexo. Ahora realiza acciones con objetivos de largo plazo, hay estabilidad emocional, se fija metas, tiene más claro el tipo de persona con la que quiere formar una pareja y canaliza de manera más definida su vida productiva.

Es importante considerar que las diferencias de género son aprendidas según nuestra cultura y, por lo tanto, pueden tener cambio en su enseñanza. Las cosas han cambiado para los hombres y las mujeres; tanto uno como los/as otros/as pueden desempeñarse en las mismas actividades y ocupaciones; ambos pueden realizar cualquier actividad que se presente en el hogar, la escuela, o la comunidad en general.

Cada persona independientemente de su sexo, decide que quiere hacer, teniendo en cuenta sus gustos, sus habilidades, sus cualidades y sus necesidades.

En consecuencia, una mujer competitiva puede ser muy femenina en otras parcelas, y un hombre tierno y afectuoso puede a su vez ser muy masculino.

En conclusión, mujeres y hombres nos diferenciamos por nuestro sexo y nuestro género, pero somos idénticos en una cuestión sustantiva: somos seres humanos. Lo característico en nuestra especie es una condición de humanización. La sociedad impone sobre un cuerpo sexuado ciertos atributos, tareas, derechos y obligaciones solo por el hecho de pertenecer a uno de los dos sexos.

La diferencia sexual es una realidad corpórea, objetiva y subjetiva, presente en todas las razas, etnias, clases, culturas y épocas históricas. La diferencia sexual es un dato muy visible; la existencia de aparatos reproductores diferentes, con genitales evidentes distintos y con consecuencias notablemente dispares en la procreación marca la forma en que la sociedad contempla a los sexos y llevan a formular un ordenamiento supuestamente en correspondencia con el papel reproductivo de cada uno.

La dominación masculina se explica por el diferente lugar que ocupa cada sexo en el proceso de la reproducción sexual.

Se afirma que hoy los roles no son tan rígidos como antes y un niño que juegue con muñecas no corre ningún riesgo de identidad sexual, lo importante es que su juego sea variado.



SUGERENCIAS METODOLOGICAS PARA TRABAJAR EL TEMA

1. A través de las figuras masculinas y femeninas se les explica las principales diferencias entre niños y niñas.

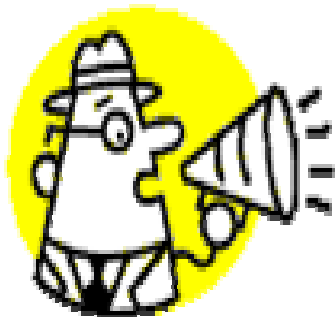
- A) ¿En que se parecen (físicamente) los niños a las niñas?
 B) ¿Qué juegos comparten con las personas del sexo complementario?
 ¿A que juegan las personas del mismo sexo? (Mostrando dibujo de los juegos) (Ver Hoja de Trabajo # 9, páginas 179 y 180)

Además de señalar las partes del cuerpo y se escribe el nombre correcto de cada una de ellas. Para conocerse, utiliza su cuerpo, así descubre que le gusta hacer y que no le gusta hacer, comer, a que juega, que le gusta escuchar o ver por la televisión, entre otra cosas más.

2. Completar figuras y colorear, enfatizando las diferencias físicas entre niños y niñas. (Ver Hoja de Trabajo # 10, páginas 181 y 182)
3. Dentro de la Escuela, que los y las estudiantes realicen una actividad en la que se disfracen de alguna profesión (ver página con modelos) Los/as mismos/as estudiantes pueden sugerir ideas y disfrazarse. (Ver Hoja de Trabajo # 11, páginas desde 183 a 192)

Los/as padres/madres son el principal modelo que toman los/as hijos/as en materia de roles sexuales y deben dar un ejemplo claro de conducta no sexista. Por ejemplo: ambos progenitores deben participar por igual en los cuidados básicos del/la pequeño/a, así como en los aspectos recreacionales. Los/as padres/madres, por otro lado, deben abstenerse de ideas preconcebidas sobre el comportamiento de los/as niños/as.

Evite el sexismo a la hora de escoger los muebles, la decoración y los juguetes para su hijo/a. Selecciones colores neutros para las habitaciones de sus hijos/as, escoja piezas de mobiliarios sólidas, de modo que los/as niños/as no tengan miedo de vivir entre ellas. Asegúrese de comprar juguetes creativos aptos tanto para su hijo como para su hija.



Ponga atención a su forma de administrar castigos o elogiar comportamientos. No se olvide que la televisión propone modelos de roles e información a su hijo/a. Vigile que programas ven sus hijos/as normalmente, y cerciórese del tipo de mensaje que entrañan y del tiempo que pasan delante del televisor.

Enseñe a sus hijos/as a tener un espíritu crítico, recalque lo que le parece bien o mal de un programa. Si eso no le da resultado siempre le queda el recurso de apagar el televisor o de desistir del empeño y confiar en que sus hijos/as no se pasen la tarde viendo la televisión en casa de un amigo/a.

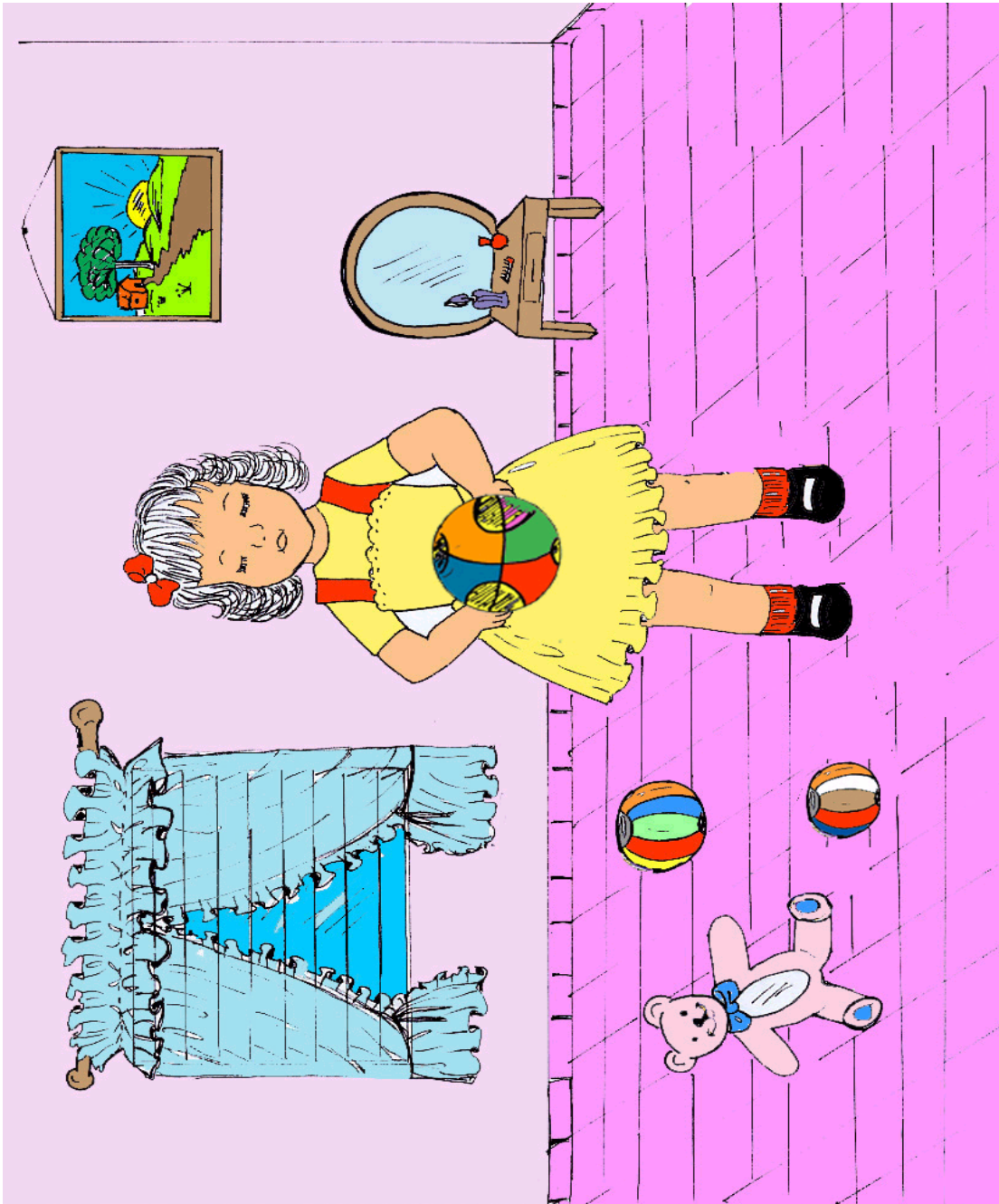
Hable con su hijo/a de las distintas tareas profesionales pero sin darles un tono sexista. A los/as niños/as hay que mostrarle que los hombres y que mujeres pueden desempeñar tareas que desde siempre habían venido considerándose privativas de uno a otro sexo.

Acuda con su pequeño, a la consulta de su médico pediatra que sea mujer, busque ilustraciones que muestren a un hombre en el papel de enfermero, haga hincapié en los bailarines de la opera y ballet y en las mujeres con oficios de fontanería, obreras de construcción o deportistas destacadas. Trate el tema de los hombres que cuidan de la casa mientras que la mujer trabaja.

Hoja de Trabajo # 9

Observa los juegos que realizan los niños y los que realizan las niñas

Ejemplo



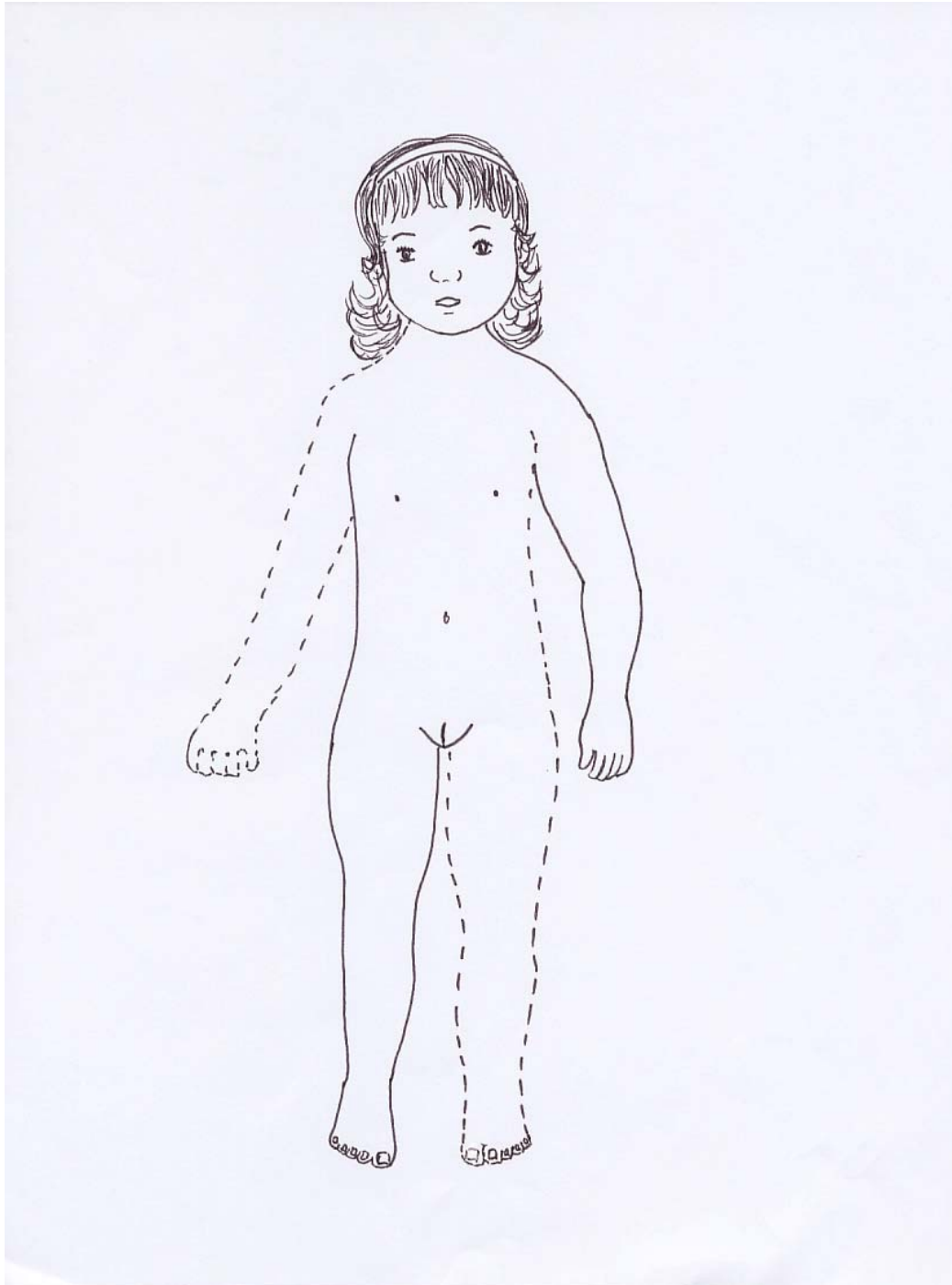
Continuación Hoja de Trabajo # 9

Ejemplo

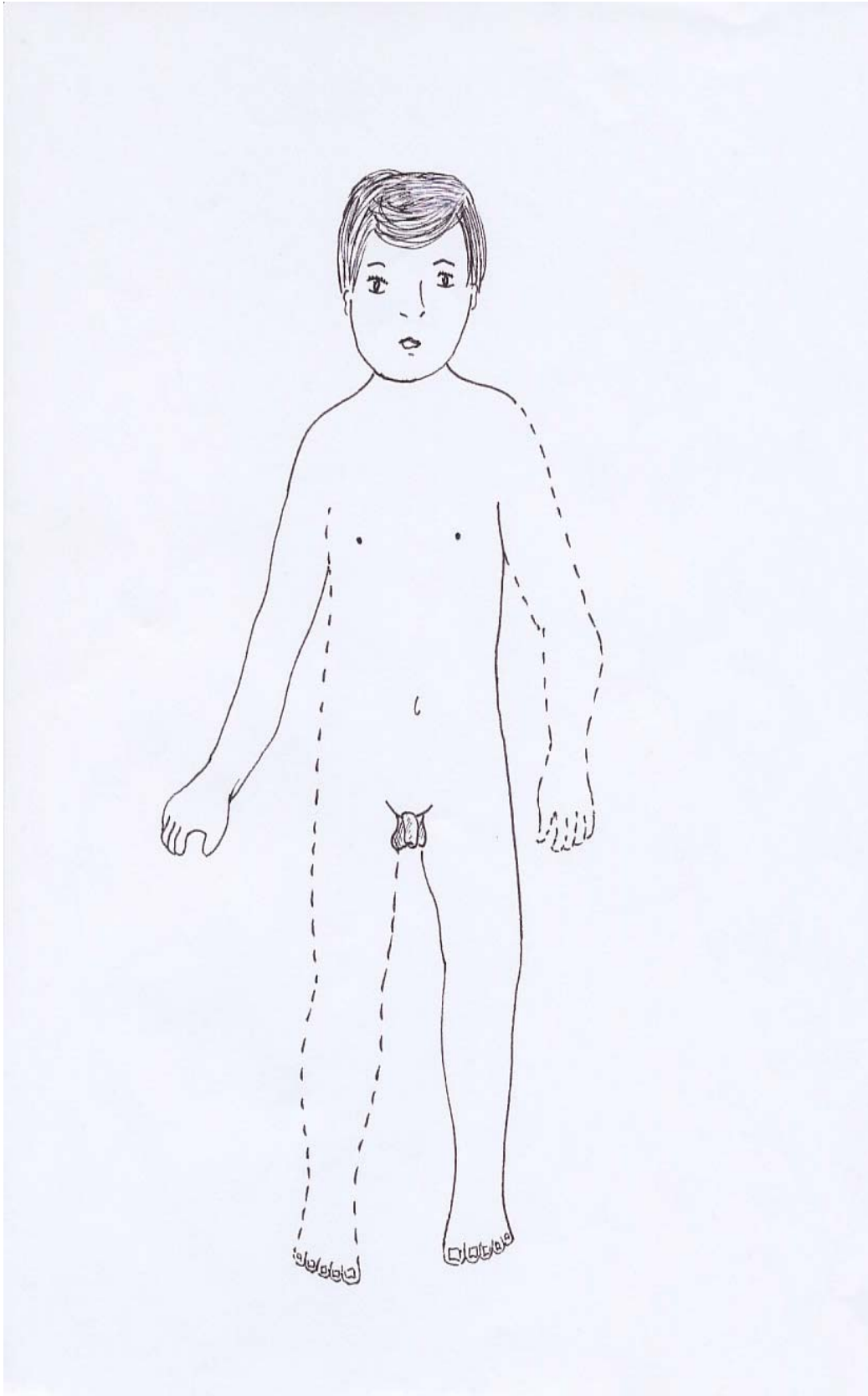


Hoja de Trabajo # 10

Completa la línea del dibujo que aún no está terminada, colorea y observa detenidamente las diferencias físicas que hay entre los niños y las niñas.



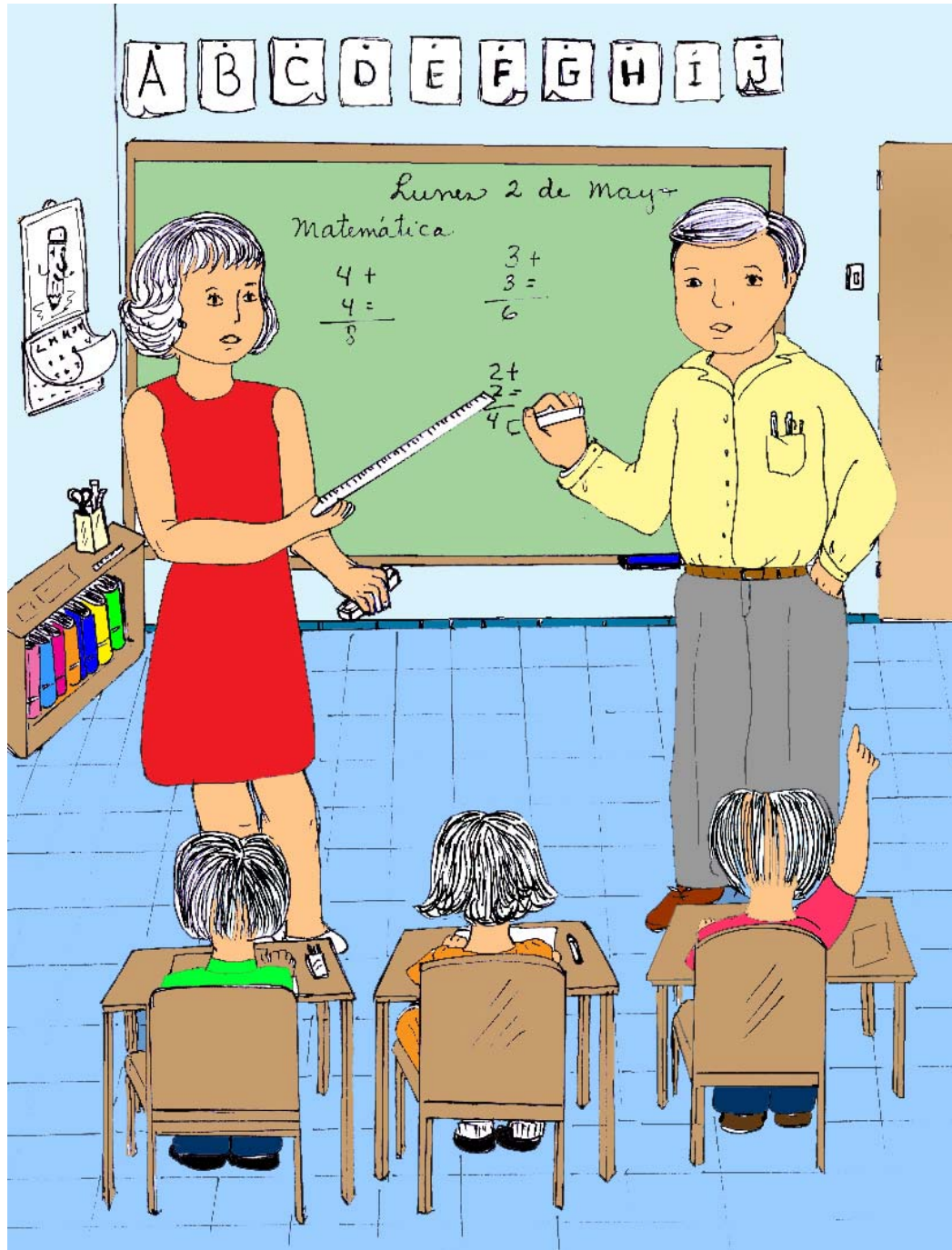
Continuación Hoja de Trabajo # 10



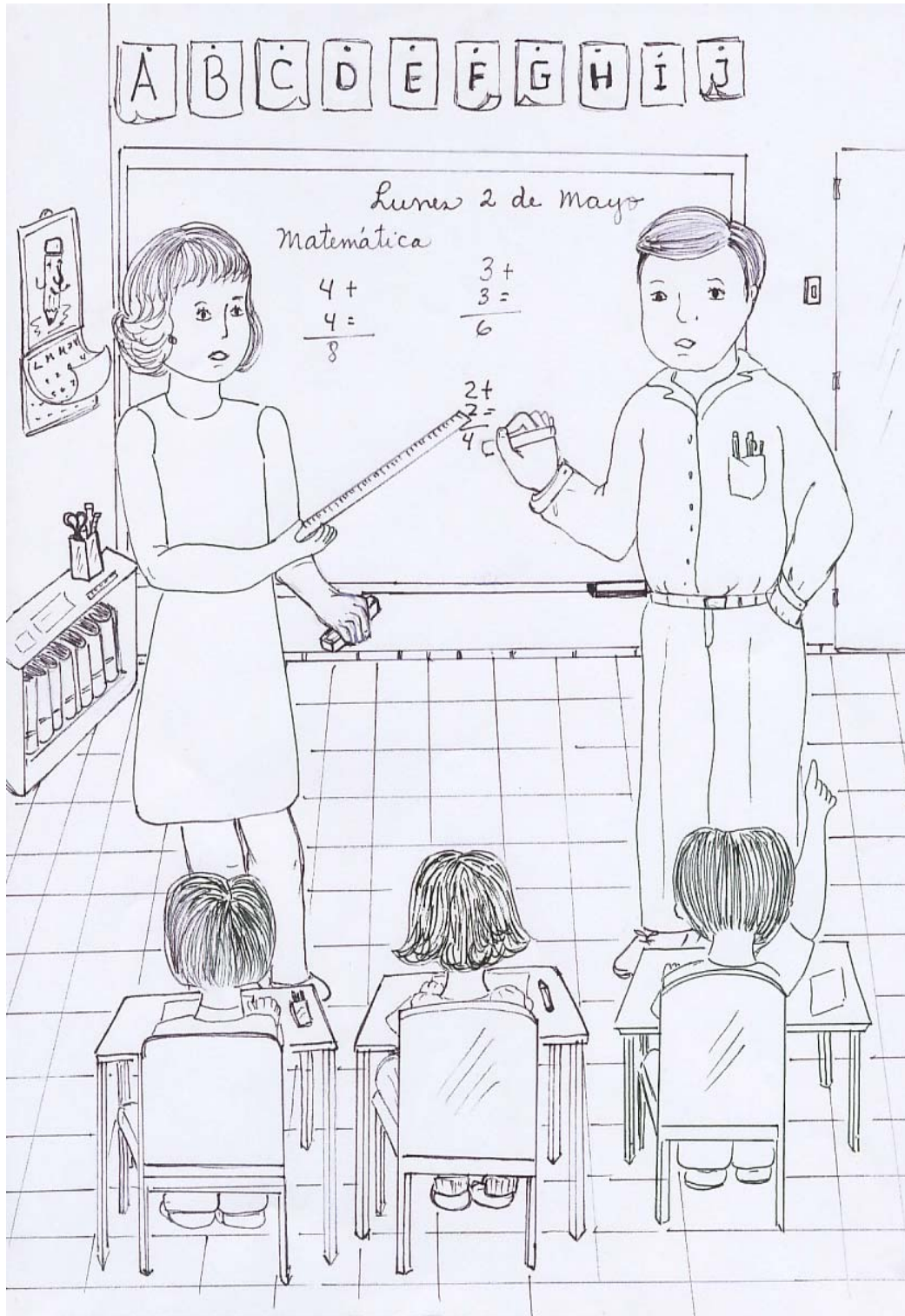
Hoja de Trabajo #11

Colorea y Observa que las profesiones que las pueden realizar personas del género masculino y femenino.

Ejemplo

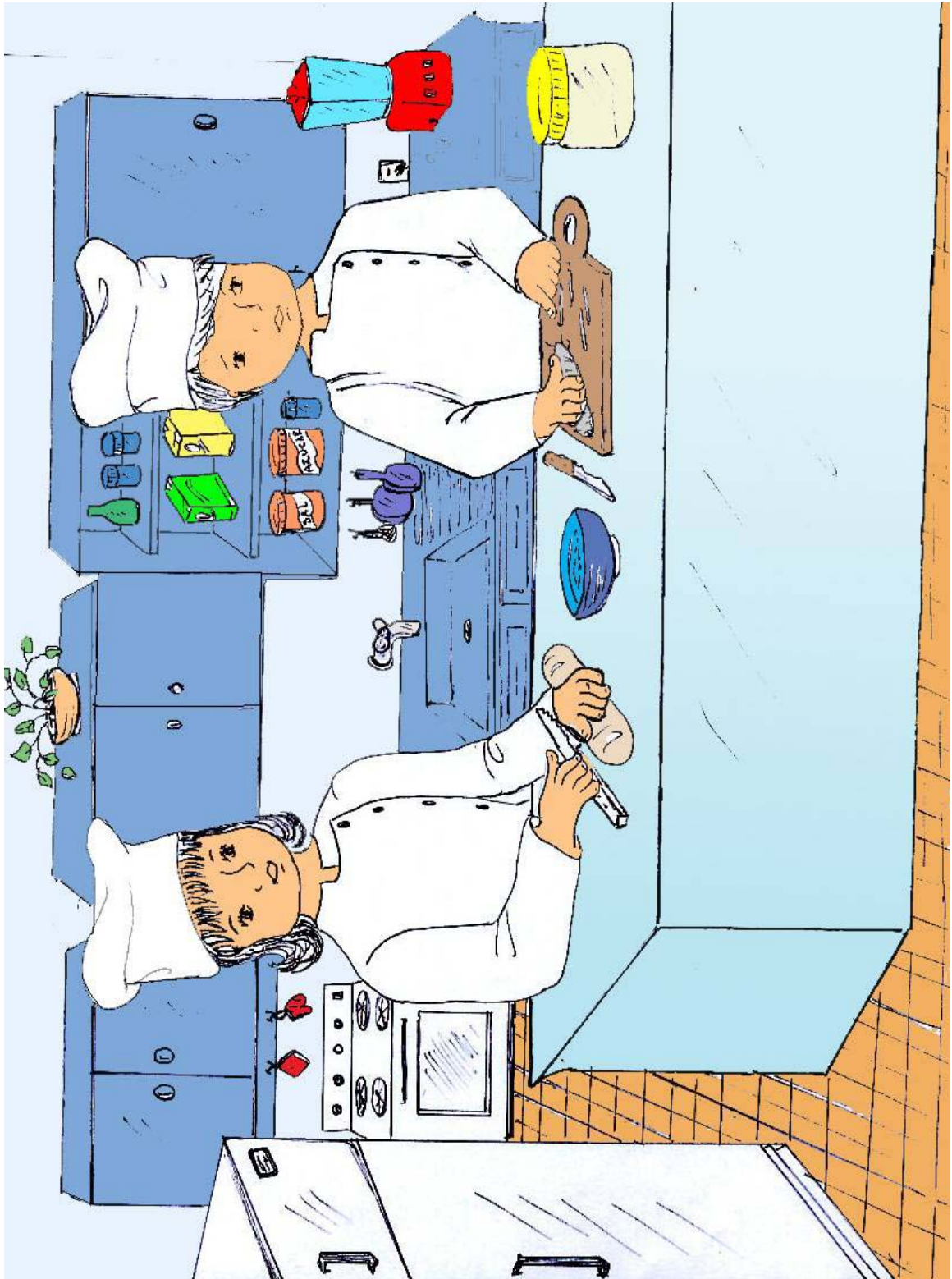


Continuación Hoja de Trabajo # 11

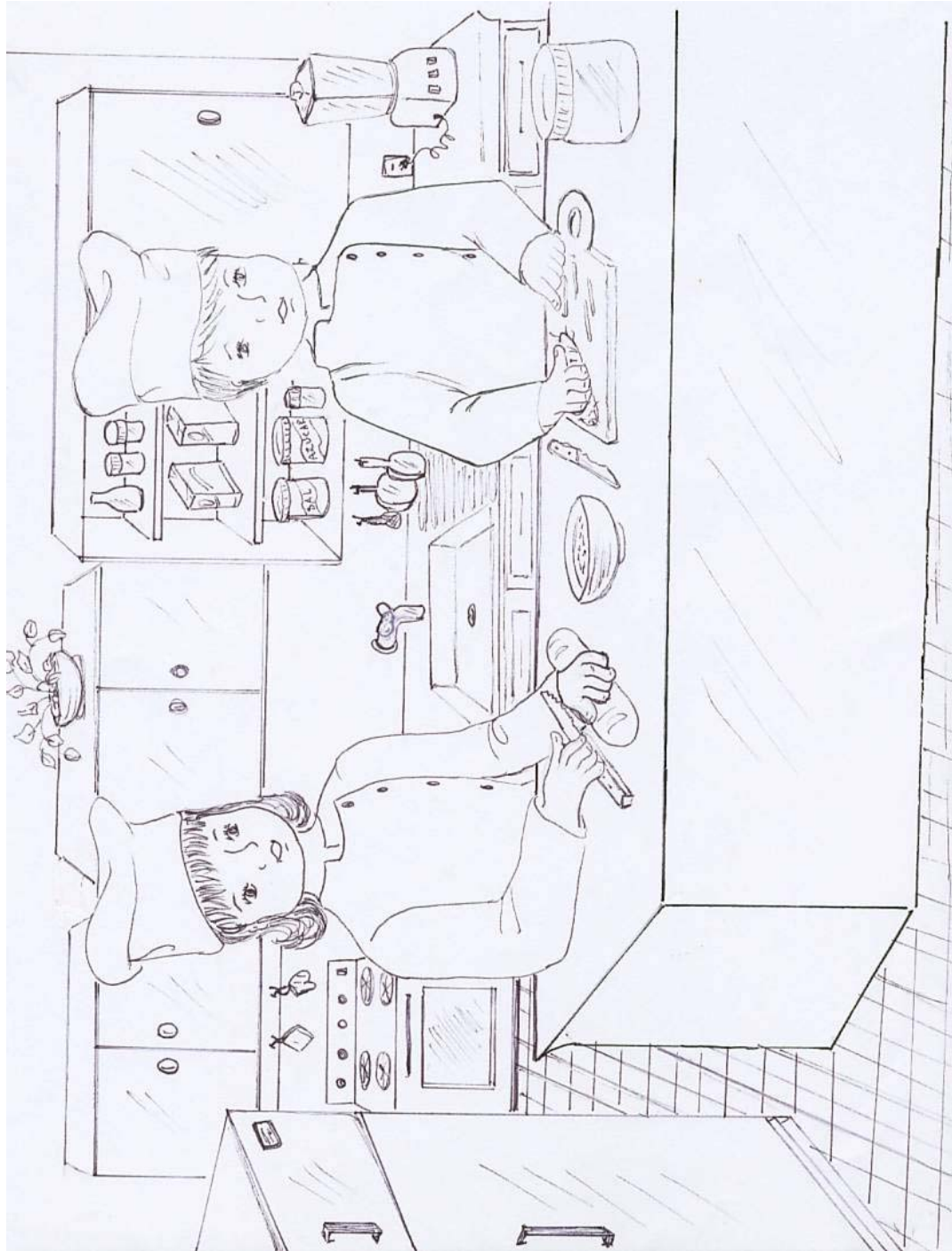


Continuación Hoja de Trabajo # 11

Ejemplo

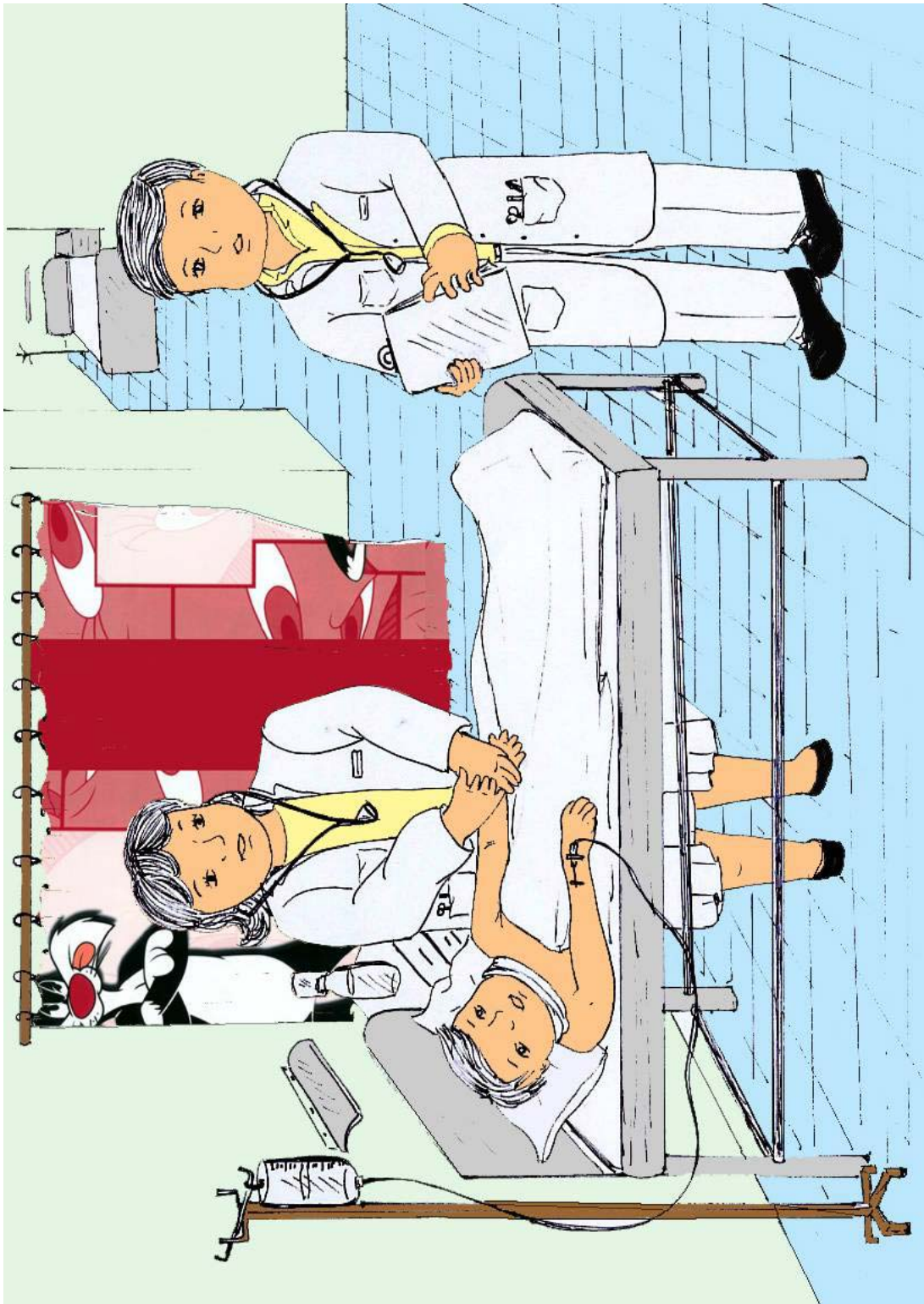


Continuación Hoja de Trabajo # 11

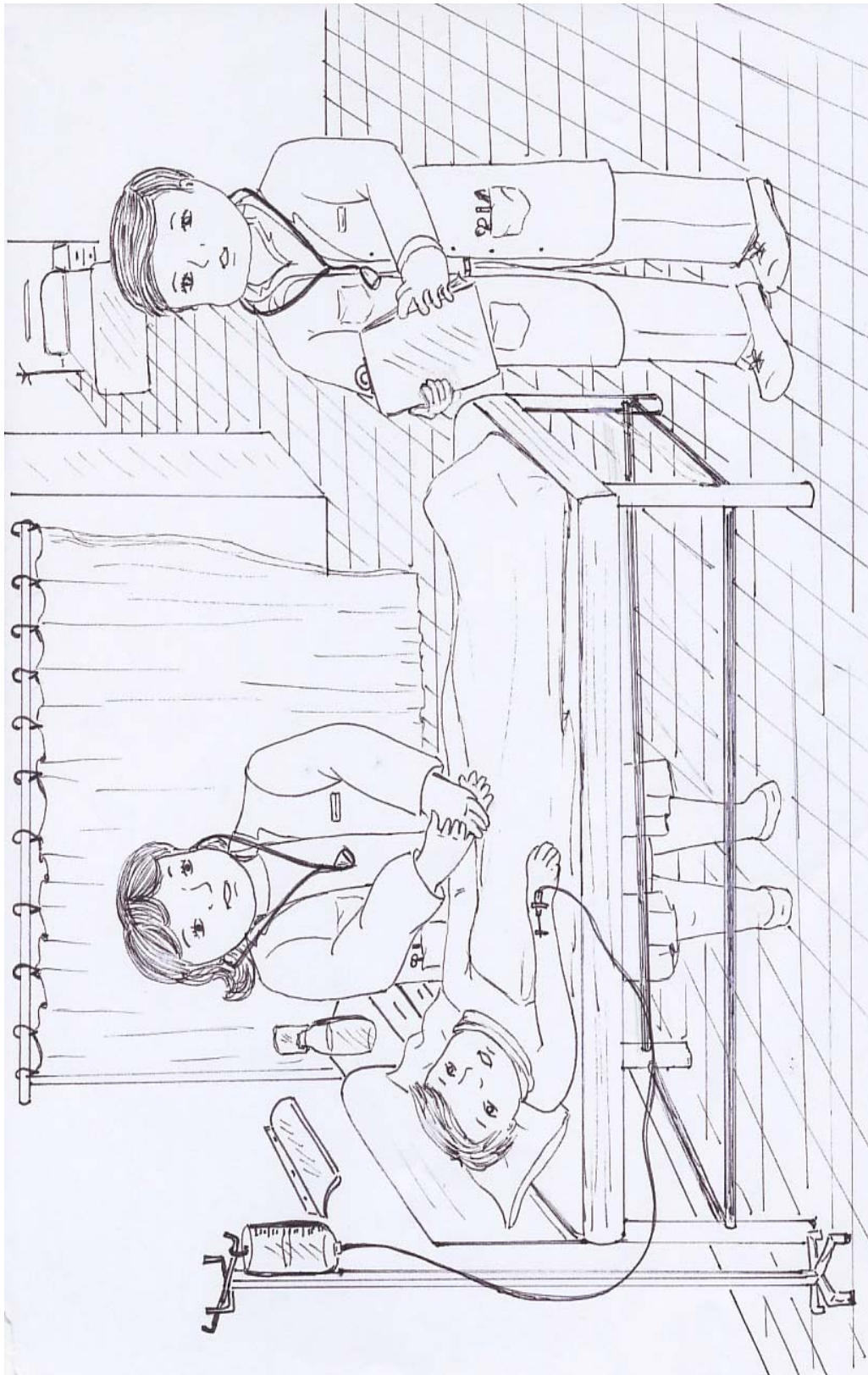


Continuación Hoja de Trabajo # 11

Ejemplo

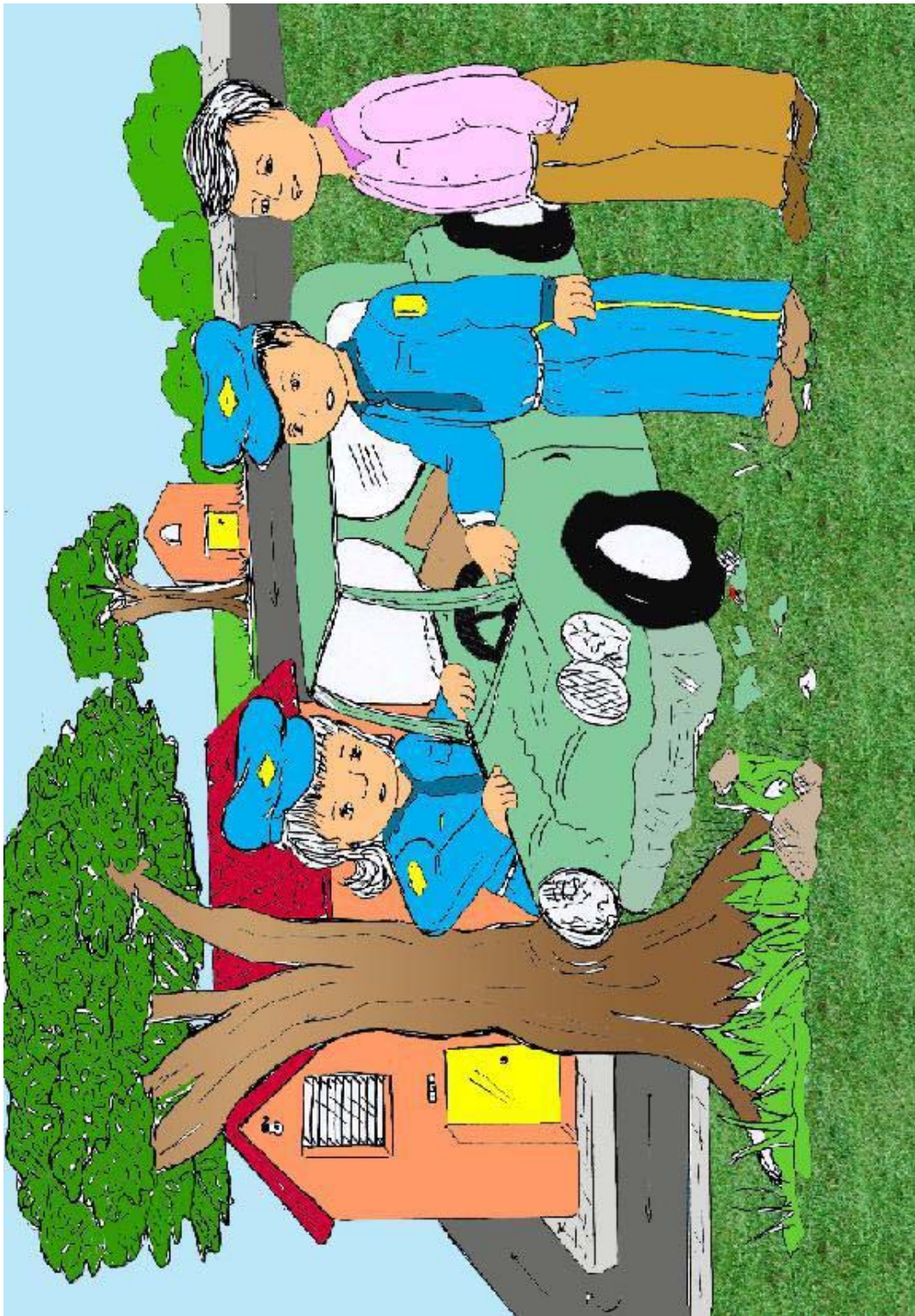


Continuación Hoja de Trabajo # 11



Continuación Hoja de Trabajo # 11

Ejemplo

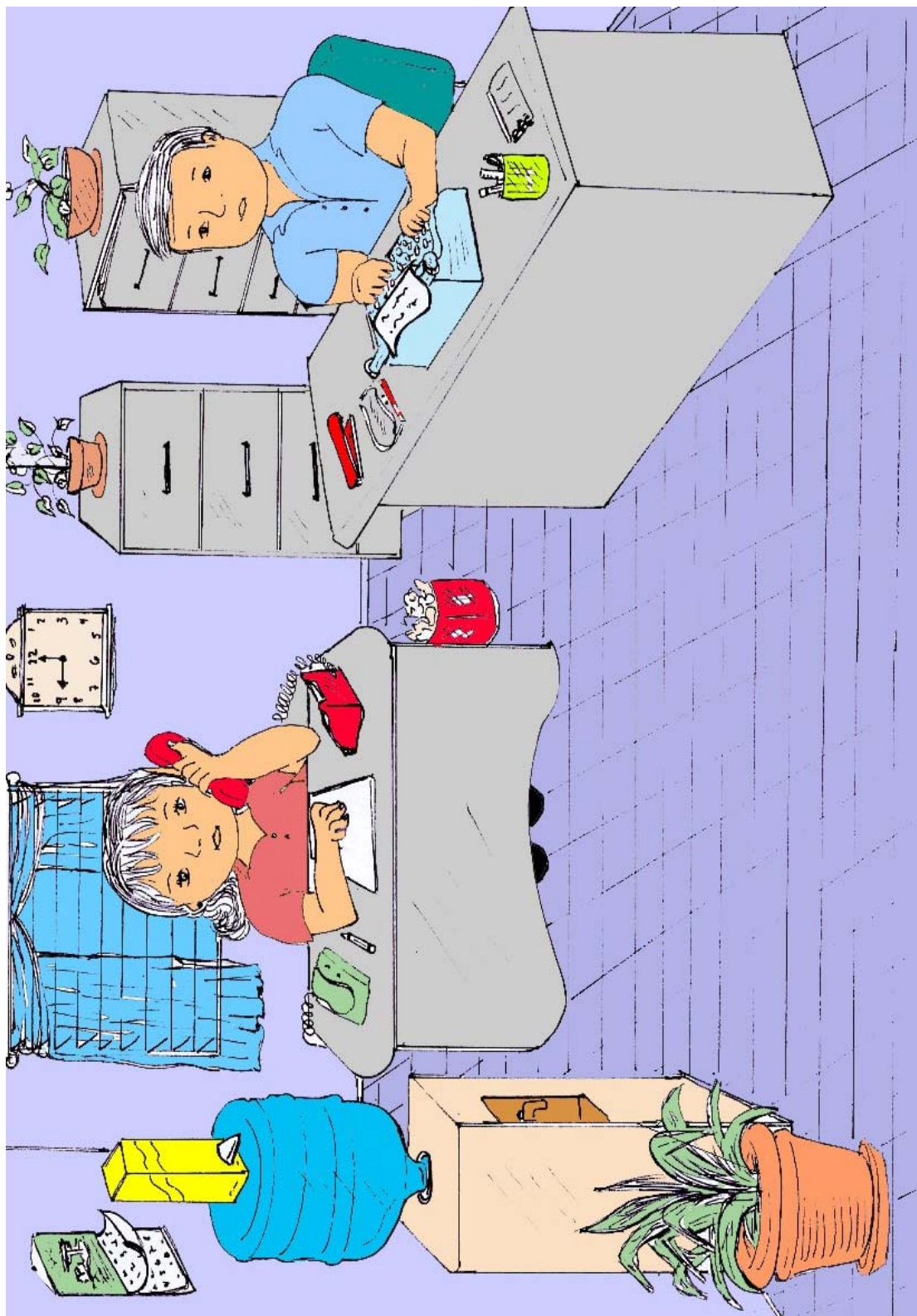


Continuación Hoja de Trabajo # 11

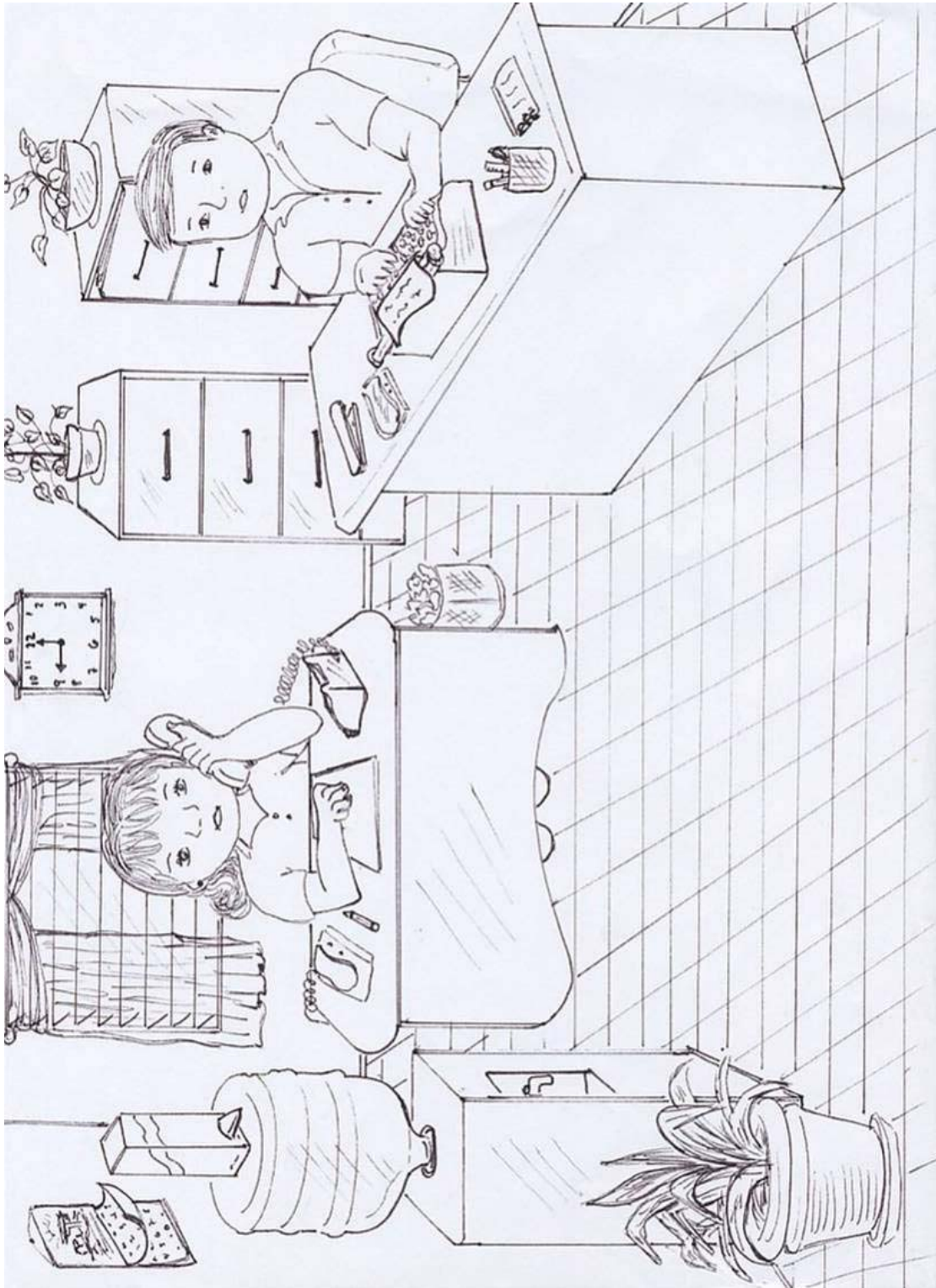


Continuación Hoja de Trabajo # 11

Ejemplo



Continuación Hoja de Trabajo # 11



TEMA 6

FORMACION DE ACTITUDES Y COMPORTAMIENTOS.

Según la definición de Gordon W. Allport una actitud es un estado de disposición mental nerviosa, organizado mediante la experiencia que ejerce un influjo directivo o dinámico en la respuesta del individuo a toda clase de objetos y situaciones. La idea central es que la actitud supone una preparación de la persona para actuar de una u otra manera ante cada objeto, y por tanto, la transitoriedad de cada comportamiento queda anclada en la estabilidad de lo que son disposiciones de la persona.

La actitud como tal no es visible ni directamente observable. Se trata de una estructura hipotética, un estado considerado como propio de la persona, pero cuya existencia solo se puede verificar a través de sus manifestaciones.



Las actitudes son las predisposiciones a responder de una determinada manera con reacciones favorables o desfavorables hacia algo. Las integran las opiniones o creencias, los sentimientos y las conductas, factores que a su vez se interrelacionan entre sí.

Las opiniones son ideas que uno posee sobre un tema y no tienen por que sustentarse en una información objetiva. Por su parte, los sentimientos son reacciones afectivas que se presentan ante un objeto, sujeto o grupo social. Finalmente, las conductas son tendencias a comportarse según opiniones o sentimientos propios.

Las actitudes orientan los actos si las influencias externas sobre lo que se dice o hace tienen una mínima incidencia. También los orientan si la

actitud tiene una relación específica con la conducta, a pesar de lo cual la evidencia confirma que, a veces, el proceso acostumbra a ser inverso y los actos no se corresponden, se experimenta una tensión en la que se denomina disonancia cognitiva.

NATURALEZA DE LAS ACTITUDES Y SUS COMPONENTES

Es posible que en una actitud haya más cantidad de un componente que de otro. Algunas actitudes están cargadas de componentes afectivos y no requieren más acción que la expresión de los sentimientos. Algunos psicólogos afirman que las actitudes sociales se caracterizan por la compatibilidad en respuesta a los objetos sociales. Esta compatibilidad facilita la formación de valores que utilizamos al determinar que clase de acción debemos emprender cuando nos enfrentamos a cualquier situación posible.

Existen tres tipos de componentes en las actitudes y son: componente cognitivo, componente afectivo y componente conductual.

- **Componente cognitivo**: es el conjunto de datos e información que el sujeto sabe acerca del objeto del cual toma su actitud. Un conocimiento detallado del objeto favorece la asociación al objeto.

- **Componentes afectivos**: son las sensaciones y sentimientos que dicho objeto produce en el sujeto.

El sujeto puede experimentar distintas experiencias con el objeto estos pueden ser positivos o negativos.

- **Componente conductual**: son las intenciones, disposiciones o tendencias hacia un objeto, es cuando surge una verdadera asociación entre objeto y sujeto.

Las actitudes tienen mucho interés para los psicólogos porque desempeñan un papel muy importante en la dirección y canalización de la conducta social.

Las actitudes no son innatas, sino que se forman a lo largo de la vida. Éstas no son directamente observables, así que han de ser inferidas a partir de la conducta verbal o no verbal del sujeto.

Partiendo de los componentes propuestos en la definición anterior de actitud, Sherrill (1998, p.7) propone que "una actitud es una serie de creencias cargadas de emoción que predisponen a la persona a ciertos tipos de comportamientos". Por ello, es importante que valoremos (incluso midamos) los aspectos comportamentales, afectivos y cognitivos de los protagonistas que intervengan en cualquier proceso interactivo con personas con discapacidad (Slininger, Sherrill & Jankowski, 2000).

Así pues, Sherrill (1998, p.225) apunta nuevamente que "la clave para cambiar comportamientos hacia personas que son diferentes son las actitudes. Pero hay una serie de postulados que debemos tener en cuenta cuando abordemos cualquier temática en relación a las actitudes hacia el colectivo de personas con discapacidad (Antonak & Livneth, 1988, pp.9-10):

- ✓ Las actitudes son aprendidas mediante la experiencia e interacción con otras personas.
- ✓ Las actitudes son complejas, con componentes múltiples.
- ✓ Las actitudes son relativamente estables (a veces rígidas), debido a su resistencia a ser cambiadas.
- ✓ Las actitudes tienen un objeto social específico como referente (personas, situaciones, eventos, ideas, etc.).
- ✓ Las actitudes pueden cambiar en su cantidad y calidad, poseyendo diferentes grados de motivación (intensidad) y dirección (contra, a favor).

- ✓ Las actitudes son manifestaciones del comportamiento, debido a la predisposición a actuar de cierta manera cuando el sujeto se encuentra con el referente hacia el que manifiesta esa actitud.

FORMACIÓN DE LAS ACTITUDES

· Se pueden distinguir dos tipos de teorías sobre la formación de las actitudes, estas son: la teoría del aprendizaje y la teoría de la consistencia cognitiva.

Teoría del aprendizaje: esta teoría se basa en que al aprender recibimos nuevos conocimientos de los cuales intentamos desarrollar unas ideas, unos sentimientos, y unas conductas asociadas a estos aprendizajes. El aprendizaje de estas actitudes puede ser reforzado mediante experiencias agradables.

Ejemplo: al aprender nuevos conocimientos sobre la sexualidad, se intenta recoger toda la información posible para poder realizar un cambio en nuestra conducta, partiendo de la nueva información adquirida.

Teoría de la consistencia cognitiva: esta teoría se basa o consiste en el aprendizaje de nuevas actitudes relacionando la nueva información con alguna otra información que ya se conocía, así tratamos de desarrollar ideas o actitudes compatibles entre sí.

Ejemplo: al estudiar algo nuevo, intentamos memorizarlo mediante la relación de lo que vamos a aprender con lo que ya sabemos, esto nos llevará a que a la hora de acordarte de lo nuevo memorizado te será más fácil recordarlo.

Teoría de la disonancia cognitiva: esta teoría se creó en 1962 por Leon Festinger, consiste en hacernos creer a nosotros mismos y a nuestro conocimiento que algo no nos perjudica pero sabiendo en realidad lo que nos puede pasar si se siguiese manteniendo esta actitud, tras haber realizado una prueba y fracasar en el intento. Esto nos puede provocar un conflicto, porque tomamos dos actitudes incompatibles entre sí que nosotros mismos intentamos evitar de manera refleja. Esto nos impulsa a construir nuevas actitudes o a cambiar las actitudes ya existentes.

Ejemplo: normalmente las personas que consumen drogas tienen constancia de lo que se hacen a ellos mismos pero sin embargo las siguen consumiendo, debido a que se hacen creer que el placer que les produce tomarlas compensa lo que en un futuro les ocurrirá.

En los/as púberes y adolescentes con Síndrome Down, la formación e interiorización de actitudes depende directamente de los patrones de imitación de las conductas manifiestas por los/as adultos/as que les rodean.

Por lo que desde la infancia y la niñez debe de procurar modelarles actitudes y comportamientos positivos que lleven implícitos valores como el respeto hacia si mismo/a y los/as demás; la aceptación de si mismo/a y los/as demás.

Para lograr una adecuada formación de actitudes y comportamientos en las personas con capacidades especiales debe modelárseles en la familia, la comunidad y la escuela, conductas acompañadas de normas y reglas que sean sencillas y comprensibles, justas, estables iguales para todos y todas y coherentes.

ESTEREOTIPOS, PREJUICIOS Y DISCRIMINACION

El estereotipo es una concepción simple y muy común la cual es aceptada por un grupo o sociedad a una persona determinada sea de diferente estructura social o determinado programa social.

El estereotipo cumple una función que se adapta perfectamente, es ordenada y simplifica la información que necesita el sujeto para poder reaccionar con una mayor rapidez.

Los prejuicios son unos sentimientos negativos o positivos, normalmente se forman por creencias o pensamientos estereotipados. Estos sentimientos se dan a conocer de forma simpática o antipática ante unos individuos, razas, grupos, nacionalidades o ideas, pautas e instituciones.

Muchas veces los prejuicios nos hacen ser hostiles o favorables con un conjunto de personas o una sola, a veces somos discriminatorios o muy acogedores, esto es muchas veces según como es la persona según su condición racial, económica, religiosa... A este comportamiento se le denomina discriminación.

ACTITUDES Y CONDUCTAS

A una persona de la cual, conocemos cuáles son sus actitudes no podemos predecir cual va a ser su conducta. Son muy pocos los casos en los que podemos establecer relaciones entre actitudes y conducta. Para poder llegar a prever una conducta, tenemos que conocer muy profundamente unas actitudes muy específicas.

Normalmente lo que la gente dice sobre sus propias actitudes suele ser mentira y esto sucede porque no conocemos casi ninguna de nuestras

actitudes respecto a los objetos. Y no conocemos estas actitudes hasta que tenemos que actuar frente a un objeto. Con esto se deja aún más claro que las actitudes no influyen tanto en la conducta, es más, a veces, incluso son las conductas las que determinan las actitudes.

Esta relación entre conducta y actitud está sometida a numerosas influencias.

Consideramos varios los grupos de población cuyas actitudes hacia las personas con Síndrome Down pueden tener incidencia sobre el proceso de integración de las mismos/as, concretamente en el contexto donde se lleve a cabo esa interacción. Tales colectivos varían en función del contexto en el cual se lleve a cabo la actividad: contexto educativo, deportivo y recreativo / social.

Respecto al ámbito educativo, las actitudes de los compañeros/as son consideradas como una de las variables más importantes para la integración de alumnos/as con discapacidad, con necesidades educativas especiales.

Pero no sólo es fundamental la actitud de los compañeros/as de la comunidad educativa sino, más importante, la del profesor/a a cargo del grupo-clase. Las actitudes son, por tanto, el "punto de partida" para el éxito en el proceso educativo

Las percepciones negativas que una persona puede llegar a tener de sí mismo/a, especialmente en este colectivo, pueden derivarse de varias fuentes: experiencias negativas de socialización, restricción de oportunidades o "etiquetado" social de las personas con capacidad especial. A veces, tales experiencias y creencias se manifiestan en respuestas sociales como segregación, devaluación, estigmatización o discriminación.

La consecuencia última de estas experiencias negativas es que, en la mayoría de los casos, las personas interiorizan esas actitudes negativas que la sociedad tiene hacia la condición de discapacidad, construyendo una percepción negativa de sí mismos/as. Aunque las percepciones de sí mismos/as están frecuentemente influenciadas por las creencias y expectativas de la sociedad, la persona con discapacidad participa activamente en la construcción de su propia identidad, de manera que se constituyen, confirman y transforman esas percepciones a través de las interacciones con los/as demás.

EL CAMBIO DE LAS ACTITUDES

Por el contrario de lo dicho anteriormente las actitudes si que influyen en la conducta social. Por eso quienes intentan cambiar las conductas de las personas se centran en cambiar las actitudes. Hay muchos ejemplos de esto: los padres que intentan influir en la conducta de los hijos, los maestros que intentan influir en los alumnos, etc.



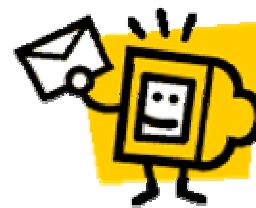
Varios psicólogos defienden que hay dos formas de cambiar las actitudes: la forma de la naturaleza cognitiva y la de la naturaleza afectiva.

- **Naturaleza cognitiva:** se utiliza en las personas motivadas y que saben bien que desean. Esta es una forma muy útil y se llega a producir este cambio de actitudes esta nueva actitud durará mucho tiempo.

- **Naturaleza afectiva:** esta forma de cambio no es tan clara como la cognitiva, sino que intenta producir un cambio mediante claves. Si se llega a producir este cambio, es un cambio temporal y no perdurará durante mucho tiempo.

SUGERENCIAS METODOLOGICAS PARA TRABAJAR

EL TEMA



Si pensamos que no somos capaces, que no valemos nada y nos sentimos mal con nosotros mismos/as, **no** significa que **no** podamos cambiar. Por el contrario, saber que creemos de nosotros mismos/as es el primer paso para poder cambiar.

- Para involucrar a los padres y madres en este proceso educativo se les invita a participar en la actividad llamada “**Llegó el correo para...**” en la que de forma amable y positiva los/las padres/madres deben de expresar como han visto el desarrollo de sus hijos e hijas, qué cualidades les encuentran y que les gustaría que mejoraran de su forma de ser.

Misma actividad puede ejecutarse únicamente con los/as alumnos/as de la institución, en la que “**lleven el correo...**” a otro de sus compañeros y destaquen cualidades positivas de los/as demás.

- A través de juego de roles se podría realizar alguna actividad en la que los y las jóvenes reproduzcan las características del sexo opuesto para mayor comprensión del tema del género.
- Realizar la actividad que se te pide en el siguiente cuadro (Ver Hoja de Trabajo # 12 página 202)
- Colorear, observa las imágenes y describe que actividad están realizando los niños junto con las niñas como se comportan los unos/as con los otro/as. (Ver Hoja de Trabajo # 13, páginas 203 y 204)

Hoja de Trabajo # 12

¿Quién soy yo?

Pega tu Foto Aquí

Comparte con tus compañeros/as las respuestas de las siguientes preguntas:

1. Descríbete como eres
2. ¿Qué te gusta hacer en tu tiempo libre?
3. ¿Cuál es tu juego favorito?
4. ¿Cuál es tu comida favorita?
5. ¿Qué actividad te gusta realizar en compañía de tus amigos/as?

Hoja de Trabajo # 13

Colorea, observa las imágenes y describe que actividad están realizando los niños junto con las niñas como se comportan los unos/as con los otro/as.

Ejemplo



Continuación Hoja de Trabajo # 13



TEMA 7

RELACIONES INTERPERSONALES, LÍMITES Y DISTANCIA SOCIAL



Se trabajan las relaciones interpersonales, la forma adecuada de relacionarnos con conocidos/as y con extraños/as, quiénes son conocidos/as y quienes son extraños/as (por ejemplo, los que no sabemos su nombre), formas adecuadas de saludar, despedirse, los acercamientos afectivos no muy

cerca ni muy lejos, las caricias adecuadas y las inadecuadas, las relaciones familiares, de amistad, el noviazgo, el matrimonio, la intimidad y las relaciones sexuales, etc.

El aprendizaje diferenciado de lo que son caricias adecuadas (permitidas) e inadecuadas (no permitidas porque incluyen las partes íntimas o privadas del cuerpo) entre amigos/as. Esto paralelo a la diferenciación entre tocar (no hay componente afectivo) y acariciar (si hay componente afectivo) para explicar lo que hace el/la médico cuando examina los genitales, “el/ella debe tocar, no acariciar” manteniendo armonía frente al concepto del respeto de las partes íntimas del cuerpo.

Las relaciones adecuadas de amistad con personas tanto del mismo sexo como del sexo opuesto deben ser manejadas con apertura pero siempre recordando quienes son los verdaderos amigos/as, cómo se comportan, qué hacen y qué no deben hacer.

La experiencia pone en contacto con casos lamentables en donde la necesidad de aceptación y de sentirse perteneciente ha hecho a un

adulto con capacidad especial ceder para ser abusado sexualmente frente a la amenaza de que “si no, no eres mi amigo/a”, personas que tras la excusa de la amistad son recibidos a solas en la casa.



Por ello el manejo de las relaciones de amistad con personas con Síndrome Down no solo incluye dar oportunidad de interactuar con personas tanto del mismo sexo como del opuesto, sino que incluye también el tipo de conductas y actitudes permitidas, adecuadas y sanas entre los

amigos y amigas.

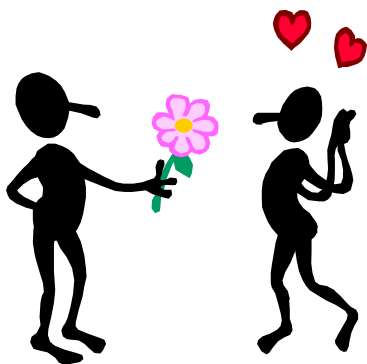
Las relaciones: es el área fundamental de la vida (2/3 de todo lo que hacemos es en relación con otro). Todas las personas necesitan relacionarse. En la pubertad hay cambios en la relación con los compañeros/as comunes, ya que éstos están tan comprometidos con sus propios cambios e intereses, que les resulta muy difícil mantener relaciones de igual a igual con los adolescentes con Síndrome Down; se pasa de una relación entre iguales (niños/as) a una relación de ayuda.

Además, los adolescentes con Síndrome Down hacen menos cosas o cosas diferentes que sus compañeros/as comunes. Es fundamental que tengan relaciones con adolescentes que compartan su discapacidad.

Las habilidades sociales: hay que dedicar mucho tiempo a los modales. Es importante que sepan comunicar sus deseos y necesidades de manera conveniente. La negación social es un arte que deben aprender, saber lo que atañe a un romance, saber aceptar o rechazar un gesto en forma aceptable. Recordemos que aprenden de la TV, del cine, las revistas o de lo que hacen sus mayores, pero el área de las actividades

íntimas es un área que difícilmente puede ser supervisada, ni tampoco pueden ver cómo se desarrolla en su hogar.

Las oportunidades de desempeñarse en sociedad: deben tener acceso a un amplio espectro de contactos sociales, de movilidad social y geográfica y aprovechar todas las oportunidades que les brinda la comunidad. Tienen que tener ocasión de socializarse, de tener amistades y de disponer de intimidad sexual si lo desean (hay que asegurarse que sepan qué hacer ante cada situación y ver quién les provee la oportunidad).



Conforme el niño/a con Síndrome Down se desarrolla, la adquisición y ampliación de su repertorio de habilidades sociales van a requerir un continuo entrenamiento.

Al tratar del aprendizaje de las habilidades sociales, la mayoría de los expertos están de acuerdo en que las personas con Síndrome Down necesitan una intervención individualizada (basada en los puntos débiles y fuertes de cada persona), centrada (en objetivos específicos de una determinada conducta), repetida a lo largo del tiempo y en una diversidad de contextos.

Esto significa que de ninguna manera podemos asumir que porque el hijo/a esté en un ambiente de integración va a adquirir automáticamente sus habilidades sociales. Como padres/madres, deben de ingeniar situaciones sociales de forma concreta para practicarlas de manera segura y bastante frecuente.

Uno de los problemas de los padres/madres es conocer cuáles de estas habilidades habrán de practicar con sus hijos/as púberes y adolescentes.

He aquí algunos ejemplos:

- Utilizar los saludos apropiados, como son hola, adiós y saber cuando hay que dar la mano o un beso.
- Mantener el contacto ocular cuando se habla o se escucha a otra persona.
- Usar los modales apropiados para decir "gracias", "lo siento" o "perdón".
- Ofrecer simpatía o apoyo a quienes se están sintiendo mal.

Tengan presente que el comienzo de su segunda decena es también el momento en que sus hijos/as empiezan a mostrar interés en el desarrollo de relaciones. Esto requiere un conjunto completamente diferente de habilidades sociales.

El sentimiento de reafirmación como habilidad social



Con la mayoría de los hijos/as con Síndrome Down, conforme van creciendo es natural que los padres/madres les permitan expresar verbalmente sus preferencias y decisiones. Ser capaces de expresar necesidades, esperanzas, preferencias y opiniones constituye un conjunto de habilidades que necesitamos para sentirnos independientes y para desarrollar y

mantener relaciones sanas.

Este sentimiento de seguridad es también importante cuando analizamos la autoprotección y la prevención del abuso. Las personas con discapacidad a las que se educa con refuerzos positivos para ser condescendientes, pasivos y obedientes, van a tener después problemas en esta habilidad. Como padres/madres, tendrán que respetar e incluso promover, en situaciones adecuadas, que no sean sumisos si ello les hace sentirse seguros. Evitemos la utilización de frases como "escucha lo que...", o "haz lo que te dicen".

La mayoría de los abusos sexuales a personas con discapacidad se realizan por parte de personas a las que la víctima conoce y en la que confía. A menudo tranquilizan a sus hijos/as para que confíen en las opiniones de otros sobre lo que es mejor para ellos en lugar de dejarles elegir.

Cuando a la gente se le da formación, apoyo y oportunidades para practicar el sentimiento de seguridad y reafirmación en sí mismos/as, se comprueba un tremendo crecimiento. Es una experiencia de gran valor práctico y algo que debe ejercitarse de forma regular el dejar a los hijos/as con capacidades especiales que desarrollen pronto ese sentimiento de seguridad y afirmación de sí mismos/as durante su trato con los amigos/as, con la familia y con las personas que tienen autoridad. Es educarles en una combinación de confianza y de respeto que han de ser mutuos.



Relaciones

Un componente crítico de la educación sexual es ayudar a su hijo/a a comprender las relaciones y las

consecuencias que de estas relaciones se derivan sobre nuestro modo de tocar, hablar, y comportarnos unos con otros/as, aunque puede resultar un concepto abstracto. La mayoría de los programas diseñados para personas con discapacidad intelectual dividen los tipos de relaciones en las siguientes categorías:

- **Uno mismo/a:** es difícil para la mayoría de nosotros desarrollar relaciones sanas con los demás a menos que consigamos primero tener una sólida comprensión de quiénes somos y de qué vamos en la vida, y sentirnos bien sobre lo que somos. Ser capaces de tener una relación con nosotros mismos/as es un fundamento importante para el desarrollo de futuras relaciones.
- **Familia, amigo(as), vecinos/as, profesionales de apoyo, conocidos/as extraños/as**

Sin embargo, en el tema de las relaciones hay algo más que categorías. Por eso, en la formación sobre relaciones hay que incorporar también:

- Los papeles que estas relaciones desempeñan en nuestras vidas.
- Las reglas sociales de conducta, como pueden ser las fronteras o límites en la conversación y en el contacto, dentro de estas diferentes relaciones.
- La explicación de las consecuencias que sobrevienen cuando no se siguen estas reglas sociales.

Uno de los instrumentos docentes más populares para ayudar a las personas con discapacidad intelectual a aprender y comprender estos conceptos es el sistema de Círculos.

Este recurso presenta de forma visual los niveles de relaciones dentro de círculos concéntricos y en color. El círculo más interno representa la

relación que tenemos con nosotros/as mismos/as (la relación más importante), y después hay más círculos que se van separando del anterior.

El concepto básico del programa de Círculos consiste en que cuanto más cercano se encuentra un círculo de ti, más íntima es la relación. Comprender las reglas que se aplican a cada círculo ayuda a clarificar cuáles son las formas apropiadas de hablar, tocar y comportarse con las diversas personas. Esta comprensión ayuda a la gente a mantener el control de sus relaciones, de sus cuerpos y de sus sentimientos. Otros temas sobre las relaciones pueden consistir en:

- La selección de un compañero/a
- El ciclo de una relación: cómo comienza, crece y cambia.
- Las características de unas relaciones sanas o peligrosas.

Si se les ayuda a los/las jóvenes a comprender la diversidad de relaciones que existe y las conductas apropiadas para cada relación, distinguirán más fácilmente lo que es una "conducta inapropiada".

Por ejemplo, cuando se encuentran con una persona que está invadiendo su espacio, dándoles regalos, o actuando como si fuera el mejor amigo/a, cuando sólo se acaban de conocer (ejemplos todos ellos de conductas que suelen realizar los abusadores para ganar su confianza), se darán cuenta más fácilmente de lo inapropiadas que son esas conductas.

Asimismo, si se les ha dado información sobre las reglas que conciernen al tacto de las partes privadas del cuerpo, o que ser dañados (físicamente, verbalmente, o sexualmente) no forma parte de una relación saludable, podrán más fácilmente valorar sus relaciones y pedir ayuda.

Al enseñar el modo de relacionarse y la conducta adecuada que debe haber en las relaciones, es importante mirar de una manera global al mundo del/la individuo que puede estar teniendo dificultades con estos temas. Una persona que se sienta aislada de los/as demás es más probable que se apegue a la primera persona que le preste atención, sin considerar lo apropiado o la cualidad de la relación.

Cuando las personas con Síndrome Down carecen de oportunidades para desarrollar relaciones con otros/as, su capacidad para discriminar entre relaciones apropiadas e inapropiadas se encuentra mermada, haciéndolos más vulnerables al abuso o explotación.

Reciprocidad en las relaciones

En muchas familias, la persona con Síndrome de Down o con otro tipo de discapacidad crece experimentando un alto sentido de "ser especial". Este fenómeno se origina en las sucesivas oportunidades en las que se le hace el centro de la atención en diversos contextos sociales, y a menudo con el tiempo, puede terminar en un nada atractivo egocentrismo que hace aún más difícil desarrollar relaciones significativas o incluso cualquier tipo de relación. En estas situaciones, las personas lo tienen más difícil para comprender los conceptos de "dar y recibir", tan necesarios para una sana relación.



Sus hijos/as necesitan comprender tempranamente la importancia de la reciprocidad y la interdependencia. El mundo no puede y no debe girar siempre a su alrededor. Habrá momentos en los que conseguirán más dando que recibiendo.

Contacto, afecto y límites (fronteras)

Está muy bien comprobada la importancia del contacto y de los afectos apropiados para el sano desarrollo sexual. Algunos profesionales de la salud mental sugieren que el contacto amoroso en la primera infancia crea la capacidad para el desarrollo de una sana intimidad del adulto, más adelante en su vida. Las caricias cariñosas, los contactos amorosos y el afecto ayudan a los hijos/as a conocer lo que sentimos hacia ellos/as y les da un sentimiento de valía y de bienestar.



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

Los/as niños/as con necesidades especiales están acostumbrados a que se les violen sus fronteras desde edades muy tempranas.

Desde edades muy tempranas, los/as niños/as con discapacidades del desarrollo están inmersos en circunstancias que pueden ser diferentes de las del resto de la población. Por ejemplo, el terapeuta físico manipula el tronco y las piernas del niño/a, o el logopeda realiza formas de estimulación oral alrededor de la boca.

Aparte de la intervención temprana, la mayoría de los padres/madres han experimentado que tanto parientes como extraños/as sienten la necesidad de pellizcar el carrillo, pinchar en la barriguita o tirar de los lóbulos de las orejas de manera indiscriminada a su hijo/a porque "los niños/as con síndrome de Down son tan cariñosos".

Cuando los niños/as constatan que sus fronteras son repetidamente violadas con este tipo de conductas, por más que sea con la mejor

intención, pierden el sentido de lo que es apropiado. E inevitablemente, empiezan a violar el espacio de los demás.

Establezca lo más pronto posible las reglas sobre a quién puede tocar o no entre las personas que rodean a su hijo/a. Con demasiada frecuencia, se desconocen las conductas inadecuadas de afecto y de contacto físico en la niñez, lo que origina problemas posteriormente.

-Respete el derecho de su hijo/a a elegir a quién muestra afecto, con independencia de quién sea la persona (familiar o profesional).

-Comunique a las personas que le van a apoyar sus objetivos y expectativas en relación con el contacto y el afecto. Use el triángulo como guía (padres/madres, maestros/as y alumno/a).

- La coherencia en la enseñanza y el reforzamiento de las mismas reglas aumentarán las probabilidades de éxito, a pesar de que los ambientes sean distintos.

-Si su hijo/a muestra afecto de manera indiscriminada, adopte un conjunto de reglas concretas que sean fáciles de aprender. Por ejemplo los apretones de manos, los pequeños movimientos con la cabeza y los saludos verbales son gestos muy apropiados para saludar a los superiores. Elija uno y utilícelo de forma constante. Disponga de una o dos alternativas para el contacto inapropiado que intenta eliminar. Recuerde; no es que queramos eliminar del todo el contacto y el afecto, simplemente queremos hacerlos socialmente más aceptables.

A continuación se describe un proceso de cuatro etapas que ayuda a los niños/as a diferenciar entre el contacto íntimo y necesario, como es la exploración de un médico, el cambio de pañales o la ayuda en la higiene:

1. Pida "permiso" antes de tocar. Pedir permiso ayuda a suscitar un sentimiento de propiedad. Adopte un tono "privado" de voz que sea más suave, más delicado, más silencioso que su tono habitual de conversación. Si su hijo/a tiene limitaciones verbales, déle tiempo para que responda a su manera. Pregunte primero, toque después.

2. Describa lo que está haciendo. Usando los mismos tonos suaves, describa lo que va a hacer y hable después mientras le toca. Explique lo que está haciendo y por qué. Esto anima a su hijo/a a hacer preguntas, a sentirse implicado en el proceso, enseña a su hijo/a el lenguaje sobre su cuerpo, y le causa una sensación de seguridad.

3. Facilite la participación. Como padres/madres, el objetivo para su hijo/a con Síndrome Down tendrá que ser una participación parcial en el contacto necesario. Si, por ejemplo, le está enseñando las habilidades de higiene, uno de sus objetivos sería dejar que el niño/a se lave mientras le dirige a través de las cortinas de la ducha.

4. Comunicación. Hable a su hijo/a después de que haya tenido el contacto, descúbrale lo que ha hecho. Por ejemplo, "acabamos de lavar juntos todo el cuerpo, ahora ya está limpio y listo para empezar el día".

A continuación se presentan algunas sugerencias que le pueden ayudar en la enseñanza de las habilidades sociales a su hijo/a:

- Decida qué habilidad específica desea enseñar.
- Haga una demostración a su hijo/a de la conducta que espera o de la respuesta.
- Practique o haga "role playing" de la conducta en un ambiente seguro con personas que le apoyan o con la familia. Infórmele a su hijo/a de los resultados



(por ejemplo ¿Dónde se pudo mejorar? ¿Qué hizo bien?).

No piense que porque su hijo/a demuestre una habilidad social en un ensayo práctico lo va a transferir a una situación real. Muchos niños/as con Síndrome Down tienen dificultades para generalizar sus habilidades y necesitarán mucha práctica en las interacciones sociales de la vida real. La habilidad social recién adquirida habrá de ser enseñada en múltiples situaciones y con muchos y diferentes individuos.

Cuando las cosas no van exactamente como se habían practicado, háblele sobre esa situación y tranquilice a su hijo/a de que lleva tiempo el aprender. Hable sobre lo que se podía haber hecho de modo diferente y trate de iniciar y terminar su análisis con comentarios sobre lo que hizo bien en esa situación. Cuando su hijo/a domine bien esa situación, acuérdesese de premiarle y felicitarle.

Identificar y comunicar los sentimientos

Esta habilidad ofrece también una base para comentar y analizar los sentimientos acerca del contacto y los cambios corporales. Para la mayoría de nosotros/as, resulta complejo reconocer y responder a las emociones. También las personas con Síndrome Down han de luchar con esto. Su hijo/a puede tener problemas a la hora de expresar sus emociones, o puede expresarlas de manera inapropiada, o puede interpretar equivocadamente los sentimientos de los/as demás.

Puede conseguirlo comentando sus sentimientos (los de usted) con frecuencia, de un modo que sea sincero, y dando razones sobre esos sentimientos: "Me sentí frustrado/a porque me olvidé de traer el almuerzo".



SUGERENCIAS METODOLOGICAS PARA DESARROLLAR EL TEMA



Para realizar el método de los círculos:

1. Se le entrega a cada uno de los alumnos/as los círculos de los colores abajo indicados. En el círculo del centro ubicarán su propia fotografía en los próximos dos círculos se ubican nombres o fotografías de las personas que el método indica.
2. En los siguientes círculos de colores se plasman rostros previamente recortados en revistas y periódicos.
3. Al llegar a cada uno de los colores es necesario instruir en las formas de saludo y contacto con los/as involucrados/as.
4. Reforzar formas de saludo con los y las docentes y personal de la institución de acuerdo con la cercanía establecida y la relación.

Explicación del El método de los círculos

El método de los círculos es una manera de enseñar al púber y adolescente con Síndrome Down de forma concreta y palpable el manejo de las relaciones sociales: se trata de seis círculos concéntricos de distinto color, que reflejan las relaciones que son aceptables en cada uno.

1. **Centro, círculo violeta:** sólo cabe una persona, el/la individuo con capacidades especiales. En ese círculo él/ella es el centro de su universo, en donde su cuerpo es privado para él/ella, en donde es permitido cerrar las puertas para estar a solas y en donde se debe esperar que los otros llamen a la puerta para entrar.

En este círculo están las posesiones privadas y es donde tienen sus sueños, anhelos y donde reina el sentimiento de confianza en sí mismos/as y la autoestima. En este círculo se practican las conductas adecuadas para la intimidad.

2. **Círculo azul:** normalmente, está la familia inmediata y los abuelos/as. Se conoce el nombre de todos/as los que entran en ese círculo y se puede tratar todos los temas puesto que reina la confianza. El tipo de relación es de cariño pero no de amor y los principales sentimientos son el cariño y el cuidado por el otro. También en este círculo puede estar la pareja, en cuyo caso la relación es amorosa y priman los sentimientos románticos. El contacto físico para las personas de este círculo es el abrazo estrecho.

3. **Círculo verde:** incluye a más personas: parientes, buenos amigos/as. No hay un contacto cuerpo a cuerpo, es un contacto afectuoso (un abrazo suelto o una palmadita en la espalda). Si el contacto fuese distinto al esperado, habrá una sensación de incomodidad y hasta de rechazo. Los temas que se charlan pueden ser personales y reina una sensación de confianza y afecto.

4. **Círculo amarillo:** es el círculo de los conocidos (por su nombre). El contacto físico adecuado es un apretón de manos y es el único tipo de contacto aceptable. Se habla de temas generales (que no sean personales) y hay confianza limitada y, en general, sentimientos de respeto.

5. **Círculo naranja:** allí se ubica a los/as niños/as o a las personas cuyas caras son conocidas pero cuyo nombre no. No hay contacto físico, el saludo apropiado será una sonrisa, un saludo desde lejos, un cabezazo o el contacto visual. En este círculo se brindan respuestas breves sobre temas impersonales y hay poca confianza e inhibición de las emociones.

6. **Círculo rojo:** los/as extraños/as: son desconocidos/as con quienes no debe haber contacto físico ni verbal. Debe reinar el recelo y sentimientos de desconfianza. Los/as extraños/as que usan uniforme y portan identificación son reconocidos por su aspecto externo y en relación con la tarea que desempeñan.

Con ellos se habla acerca de los temas pertinentes a su función y se establece una relación de confianza en esa área, sabiendo que hay contactos físicos permitidos en relación con la tarea que desempeñan.

- ✓ Anime a su hijo/a con Síndrome Down a que se dé cuenta de sus propios sentimientos cuando van asociados a un acontecimiento. Por ejemplo, "¿cómo te sentiste cuando ganaste la carrera?"

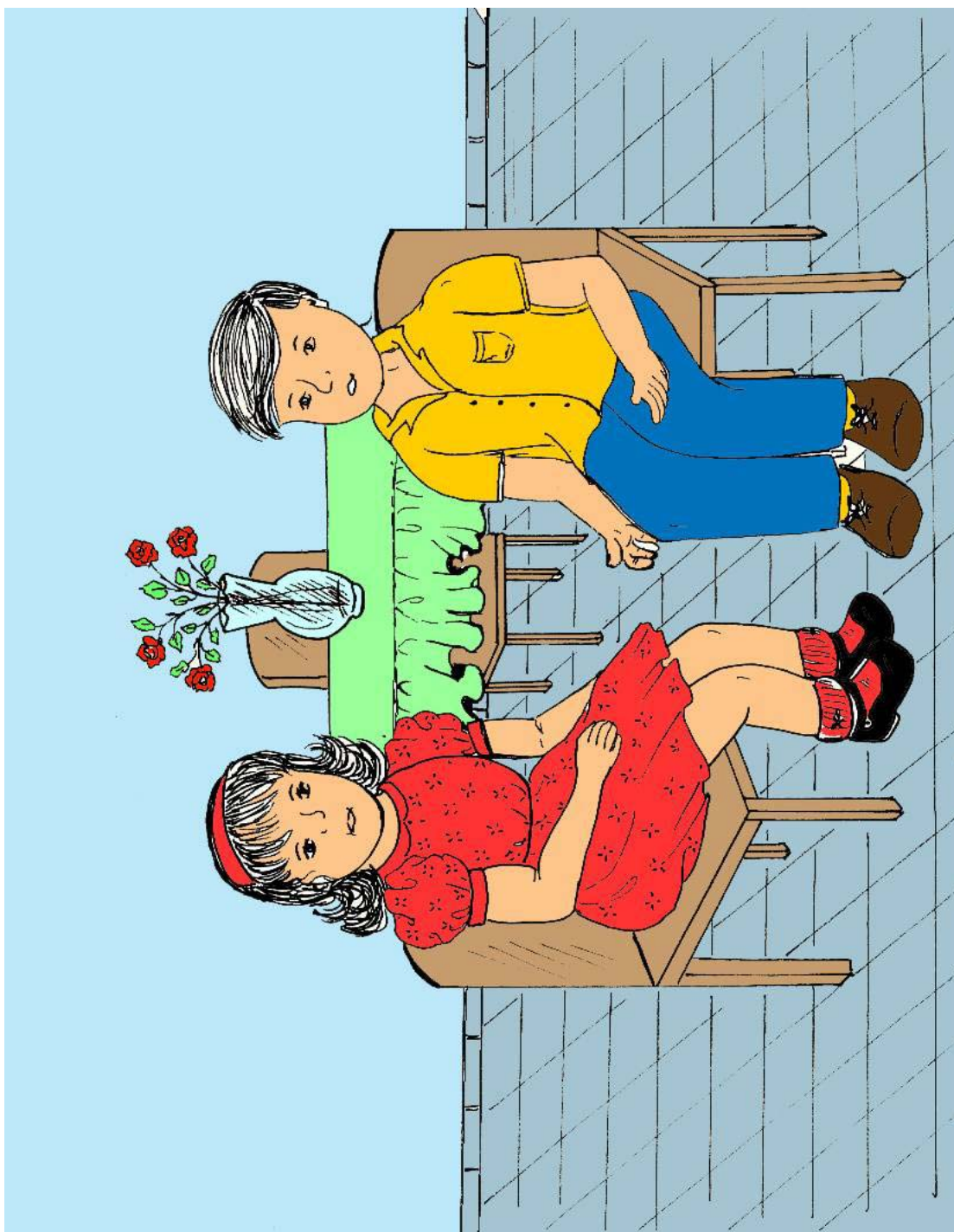
Ejemplo: una niña y su madre solían jugar a un juego cuando era pequeña. Lo llamaba el juego de los sentimientos. La madre ponía una expresión exagerada de la cara y ella tenía que acertar cómo me sentía. Por ejemplo, un bostezo indicaría que estaba cansada. Una sonrisa que estaba feliz. Una mano cubriendo una boca bien abierta, que me había sorprendido. Y después le tocaba a ella. Ella cruzaría sus brazos y frunciría el entrecejo, y yo tendría que adivinar el sentimiento que trataba de expresar. La idea implícita en este ejercicio era ayudarle a desarrollar un vocabulario de "sentimientos", ayudarle a verbalizar sus sentimientos cuando así lo necesitara.

2. Formar parejas dentro del salón de clases y realizar las actividades que se presentan a través de las siguientes láminas. (Ver Hoja de Trabajo # 14, páginas 220 y 221)

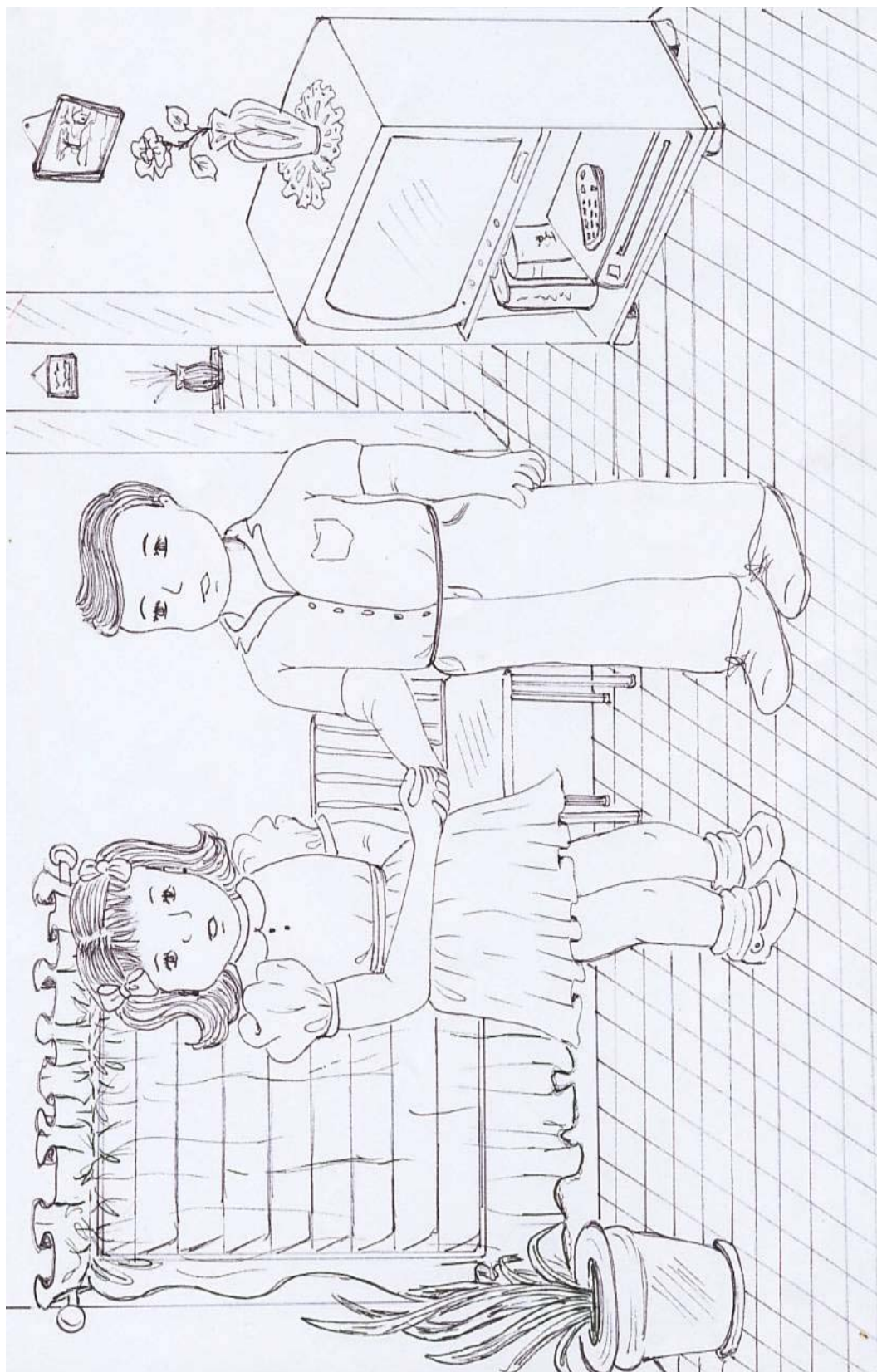
Hoja de Trabajo # 14

Ejemplo

Un niño y una niña conversando



Un niño y una niña saludándose



TEMA 8

FORMAS DE DEFENDERSE EN CASO DE ABUSO SEXUAL.

Los/as extraños/as son aquellas personas que no conocemos bien aunque los veamos todos los días. No sabemos donde viven, con quien viven, que hacen en su casa, que les gusta y que les molesta.



Cuando un/a extraño/a te proponga hacer algo a escondidas que te haga sentir mal y te da pena, es mejor decir **NO**, porque probablemente es algo que puede hacerte daño.

Cuando un/a extraño/a te proponga hacer algo que te haga sentir mal, hazlo saber a alguien de tu confianza que te pueda ayudar.

Recuerda que tu cuerpo es muy valioso y merece respeto. Tú respetas tu cuerpo cuando te proteges de enfermedades, te alimentas bien, evitas hacerle daño o que alguien te haga daño.

Si alguien pretende tocar tu cuerpo sin tu permiso tienes derecho a decir **NO**. Solo tú puedes hacer respetar tu cuerpo.





Prevención de los abusos

Una de las preocupaciones más agobiantes para los padres y las madres de púberes y adolescentes con Síndrome Down es cómo mantenerlos a salvo de riesgos. Por mucho que les gustaría creer, como padres/madres, que podrían protegerlos/as de los peligros, del abuso o de cualquier otro suceso infortunado, la realidad es que esto es imposible.

Quienes trabajan en el campo de la sexualidad comprenden que la gente con mayor riesgo de explotación es la que se encuentra aislada, protegida, refugiada de lo que sucede a su alrededor. El mejor medio de

ayudar a que su hijo/a evite la explotación es dotarle de instrumentos que le habiliten y le eduquen.

Al enseñar las habilidades para crecer en seguridad sobre sí mismos/as, los límites y las formas apropiadas de conducta, el lenguaje sexual de las distintas partes del cuerpo, y las características de unas relaciones sanas o peligrosas, estamos enseñando a impedir la explotación; pero también hagan sentirse a su hijo/a a gusto sobre quién es, y esto va mucho más allá que el simple ser menos vulnerables a la explotación. Las siguientes habilidades e información son también importantes:

-  Comprender las tácticas corrientes de los que abusan.
-  Explicar las leyes y reglas sociales en relación con los tocamientos inapropiados, por ejemplo niño/a-adulto/a, jefe/a-empleado/a.
-  Desarrollar las técnicas básicas de seguridad como el decir "no", "vete", formas de camaradería, etc.
-  Capacidad para informar. Esto comprende el identificar por lo menos a tres personas clave a las que puedan contar, y destacar la necesidad de insistir cuando no se les cree.

CONSEJOS PRACTICOS.

- Busque información profesional. Asegúrese de que su hijo/a acuda a una escuela que esté en capacidad de atender su condición sin discriminarlo.
- Establezca un fuerte lazo entre la familia, la escuela y la comunidad donde habita su hijo/a, y prevéngalo de posibles abusos.
- No hay recetas para orientar sexualmente todos los casos de discapacidad mental, sino cada uno merece atención personal.

- Se cree un clima de naturalidad que permita promover el dialogo y la confianza en cuestiones afectivas y sexuales.
- Desarrollar habilidades de relación interpersonal.
- Utilizar un lenguaje cómodo.
- Leer y compartir con su hijo/a libros ilustrados con mensajes sobre el cuerpo, sus partes, y las reglas sociales.
- Utilice cada día momentos naturales para la enseñanza, de forma que refuerce los conceptos básicos. Por ejemplo, si su hijo/a se está vistiendo, recuérdale que cierre la puerta para respetar su intimidad. Si su hijo/a expone partes íntimas del cuerpo en una zona pública de la casa, adviértale o recuérdale las reglas relacionadas con las partes íntimas del cuerpo.

SUGERENCIAS METODOLOGICAS PARA DESARROLLAR EL TEMA



Los y las docentes o padres y madres deben dramatizar la siguiente historia:

Juan y Francisco son hermanos, cuando están solos en la casa, Juan no permite que Francisco vea televisión con él. Lo saca de la habitación y cierra la puerta con llave. Francisco no se atreve a decirle lo que ocurre a su mamá porque Juan le ordeno que no lo hiciera.

* ¿Cómo crees que se siente Francisco?

* ¿Qué harías en el lugar de Francisco?

No solamente nos podemos ver enfrentados a situaciones peligrosas; también hay personas que pueden hacernos daño o abusar de nosotros.

Un abuso sucede cuando una persona más fuerte o más grande se aprovecha de otra que es más débil o más pequeña.

También abusan de nosotros/as cuando no nos permiten a hacer cosas a las que tenemos derechos como: descansar, estudiar o alimentarnos.

Nuestro cuerpo nos sirve entre otras cosas para relacionarnos con los demás; podemos saludar dando la mano, un beso o un abrazo y nos sentimos bien. Nuestros papás, tíos y abuelos pueden alzarnos y acariciarnos y nos sentimos bien. Estas son buenas formas de tocar.

Hay partes de nuestro cuerpo que nadie tienen derecho a tocar de manera que nos haga sentir mal: son nuestras zonas genitales. ¿Recuerdas como se llaman?

En los niños son el pene y los testículos y en las niñas son la vulva y los senos.

Hay personas que pueden tocar nuestra zona genital como: los/as médicos y los/as enfermeros/as cuando vamos con un adulto/a a que nos examinen; cuando somos pequeños/as, mamá o papá o la persona que nos ayuda a bañarnos o nos cambia el pañal. Ninguna persona tiene derecho a tocar tus zonas genitales, ni a pedirte que toque las de él o ella. Tu cuerpo es solamente tuyo y tienes derecho a decir **NO** si quieren tocarte y te sientes mal.

Recuerda que si esto llega a pasar y además te piden que guardes el secreto o te amenazan para que no lo digas, esto es algo que no debes callar porque te hace daño. Cuéntalo a alguien en quien confíes como tu mamá, tu papá, tus abuelos/as o tus maestros/as, ellos/as podrán ayudarte.

Dramatizar la siguiente historia:

Luisa tiene ocho años y no tiene hermanos. Como no le gusta estar sola en su casa, todas las tardes después de hacer sus tareas se va para la casa de sus primos que queda cerca de la suya, para jugar con su prima Esperanza.

Un día, Esperanza salió con su tía y Luisa se quedó con su primo Gabriel, quien es mayor que ella y estudia bachillerato. Gabriel le propuso que jugaran a ser novios, empezó a acariciarla en la cara y las piernas y le

dijo que si le daba un beso, el le regalaría una muñeca que tanto le gustaba.

Luisa se sintió mal, tenía mucho miedo y no sabia que hacer. Le dio un beso pensando que así Gabriel la dejaría tranquila; en ese momento sonó el timbre de la puerta.

Gabriel le apretó el brazo muy fuerte y le dijo: este es nuestro secreto. No le vayas a contar a nadie. Luisa estaba tan asustada y confundida que le hizo caso a Gabriel y no le contó a nadie lo que le había pasado.

¿Qué le paso a Luisa?

¿Qué harías tú?

Contesta a los siguientes planteamientos:

* Un adulto/a extraño/a te pide que le acompañes a una heladería pero te advierte que no debes contarles a nadie. ¿Qué harías?

* Hay ocasiones en las que la respuesta debe ser definitivamente **NO** y otras en las que debemos de preguntar porque o para que debemos hacer algo.

Debemos aprender a decir **NO** cuando alguien (un niño/a o un adulto/a) nos pida que hagamos o digamos algo con lo cual no estamos de acuerdo.

Decir **NO** es una manera de prevenir accidentes y de evitar situaciones que nos van a hacer sentir mal. No debes sentir pena poder decir **NO** cuando lo que te piden es algo malo o incorrecto.

Recuerda que tú tienes derecho a decir **NO**, pero también tienes el deber de respetar lo que otras personas piensan u opinan aunque no estés de acuerdo con ellos/as.

Preguntar a un adulto/a porque o para que te piden que hagas algo no es mala educación ni desobediencia. Es simplemente una manera de conocer y comprobar que lo que te esta ordenando no te va a causar ningún daño ni te va a hacer sentir mal.

Así como tienes derecho a decir **NO** tienes derecho a preguntar.

Recuerda:

Si alguien quiere abusar de ti tú puedes:

- Decirle que **NO**
- Contarle a alguien de tu confianza.
- Evitar estar solo/a con esa persona.
- Alejarte inmediatamente.

BIBLIOGRAFIA

Programa de Educación Sexual para Adolescentes

Tania Peña y Otros

El Salvador 2003

De Adolescentes para Adolescentes

Ministerio de Salud Pública y Gobierno de El Salvador

El Salvador 2001

Formación de la Afectividad. Serie de Educación sexual Educación Básica.

Tomos del 1 al 8 ACODESI

Colombia, 1997

Me Respeto. Educación Sexual Integral y Vida Familiar

Tomos del 1 al 4

Editorial Voluntad

1993

Educar la Sexualidad de las Personas con Síndrome Down

José Ramón Amor Pan

España, 2003

Para Comprender la Sexualidad.

Félix López y Antonio Fuertes

Editorial Verbo Divino

Octava Edición España, 1999

Diccionario de Sexualidad Everest

Efrén Quintanilla Sainz

España, 1980

📖 Antología de la Sexualidad Humana I

Dra. Celia Josefina Pérez Fernández

Dr. Eusebio Rubio Aureoles.

México, 1998

📖 Antología de la Sexualidad Humana II

Dra. Celia Josefina Pérez Fernández

Dr. Eusebio Rubio Aureoles.

México, 1998

📖 La Sexualidad Humana 2. Evolucion y Aspectos Psicosociales.

William H. Masters

Virginia E. Johnson

Robert C. Kolodny

España, 1997

📖 Acción e Ideología. Psicología Social desde Centroamerica.

Ignacio Martín Baró

UCA, Editores, El Salvador, 2000

📖 Módulo de Educación para la Vida. Adolescencia

MINED, SNF y Ministerio de Salud Pública

Graficolor S.A. de C.V.

El Salvador

2003

📖 Introducción a la Psicología

Diane Papalia y Sally Wendkos Olds

McGraw Hill

México

1988

📖 Psicología del Desarrollo

Diane Papalia y Sally Wendkos Olds

McGraw Hill

México

1998

📖 Psicología. Fronteras de la Conducta. 2a Edición

Ronald Smith, Irwin Sarason y Barabara Sarason

Editorial HARLA

Medico

1984

📖 Educación de la Sexualidad; Como construir los cimientos de actitudes sanas. Revista Down

Terri Couwenhoven M.S

Winsconsin, EEUU

1998

📖 Educar la Sexualidad de Personas con Síndrome Down; Propuestas de orientación.

José Ramón Amor Pan

España

2001

📖 El Niño Down, Mitos y Realidades

Dr. Jackson Luis Guitiérrez

Edicitorial Manual Moderno

Mexico

1991

📖 El Niño con Síndrome Down

Silvia García

1983

📖 Fundación Paso a Paso

España

2001

📖 Síndrome Down; Aspectos Genéticos y Psicopedagógicos

Masson S.A.

Fundación Catalana de Síndrome Down

Barcelona

1996

📖 Fundamentos Curriculares de la Educación Nacional

MINED

El Salvador

2002

📖 Hablar Sobre Sexualidad con mi Hijo

Barbara Bain

Centro de Recursos Sobre la Salud Sexual

Sunny Hill Health Center for Children

Canada

2001

📖 La Educación Sexual en personas con Retardo Mental

Marianella Tobar

Venezuela

2001

 **La Sexualidad en Jóvenes con Síndrome Down**

Morena Mendoza y otros

Diciembre

1997

REFERENCIAS DE INTERNET:

 www.sindromedown.net

 www.canaldown21.org

ANEXOS

ANEXO N. 1

Universidad de El Salvador
Facultad de Ciencias y Humanidades
Departamento de Psicología



Cuestionario

Dirigido a Padres y Madres de púberes y adolescentes con Síndrome Down

Objetivos:

* Conocer la información que brindan sobre el tema de la sexualidad, los padres y madres de púberes y adolescentes con Síndrome Down.

* Identificar las manifestaciones de tipo sexual que presentan los púberes y adolescentes con Síndrome Down.

Indicaciones: Por favor responda a las siguientes interrogantes de forma veraz. El uso de la información que usted proporcione es con fines eminentemente educativo.

DATOS GENERALES (Del entrevistado)

Nombre: _____ **Edad:** _____

Ocupación: _____ **Nivel de Estudios:** _____

Número de miembros del grupo familiar: _____

Edades: _____ **Sexo:** _____ **Lugar que ocupa en la familia:** _____

Fecha: _____ **Hora:** _____ **Entrevistadora:** _____

DATOS ESPECIFICOS

1. ¿Qué es la sexualidad para usted? _____

2. ¿Ha recibido información sobre sexualidad en su proceso de educación? Si ___ No ___

2.1 ¿De Quienes?

Padres ____

Educadores _____

Amigos _____

Medios de Comunicación ____

Otros (especifique) _____

3. ¿Qué temas sobre la sexualidad fueron abordados por ellos?

a) Órganos reproductores y funciones _____

b) Cambios físicos durante la adolescencia ____

c) Cambios Emocionales _____

d) Higiene y Aseo ____

e) Relaciones Interpersonales (amistad) _____

f) Exploración y conocimiento del propio cuerpo ____

g) Proceso de identificación sexual (definición de género hombre o mujer) ____

h) Formación de Actitudes y Comportamientos _____

i) Vestimentas acordes a la edad y sexo _____

j) Respeto a las partes íntimas o privadas del cuerpo ____

k) Formas de defenderse en caso de intento de abuso sexual ____

l) Diferenciación de lo que son caricias adecuadas e inadecuadas _____

m) Derecho al noviazgo tomando en cuenta responsabilidades ____

n) La Virginidad _____

o) Relaciones sexuales (antes y durante el matrimonio) ____

p) El matrimonio o Unión Libre (acompañarse) ____

q) Métodos de Anticoncepción (Temporales o Permanentes) ____

r) Enfermedades de Transmisión Sexual _____

s) El Aborto y sus consecuencias _____

t) La paternidad _____

u) Planeación de vida (fijación de metas para planificar vida) ____

v) Otros (Especifique) _____

4. ¿Considera necesario abordar el tema de la sexualidad con su hijo o hija de capacidades especiales?

Sí ____ No ____

¿Por qué? (en ambos casos) _____

5. ¿A qué edad cree usted que es adecuado introducirles en el tema de la sexualidad?

a) En la infancia (0 a 2 años) _____

b) En la niñez (3 a 9 años) _____

c) En la pubertad (10 a 12 años) _____

d) En la Adolescencia (13 a 18 años) _____

e) En la Adulthood (19 años en adelante) _____

f) En ocasiones que surjan crisis (menstruación, masturbación, violación, etc.) ____

- g) Nunca _____
6. ¿Qué tema o temas de sexualidad a abordado con su hijo o hija?
- a) Órganos reproductores y funciones _____
- b) Cambios físicos durante la pubertad y la adolescencia _____
- c) Cambios Emocionales _____
- d) Higiene y Aseo _____
- e) Relaciones Interpersonales (amistad) _____
- f) Conductas sexuales públicas y privadas _____
- g) Límites y Relaciones (Conversación y confianza con otras personas) _____
- h) Distancia social (cómo dirigirse a los demás y cómo los demás han de dirigirse a el) _____
- i) Exploración y conocimiento del propio cuerpo _____
- j) Proceso de identificación sexual (definición de género hombre o mujer) _____
- k) Formación de Actitudes y Comportamientos
- l) Vestimentas acordes a la edad y sexo _____
- m) Respeto a las partes íntimas o privadas del cuerpo _____
- n) Formas de defenderse en caso de intento de abuso sexual _____
- o) Diferenciación de lo que son caricias adecuadas e inadecuadas _____
- p) Derecho al noviazgo tomando en cuenta responsabilidades _____
- q) La Virginidad _____
- r) Relaciones sexuales (antes y durante el matrimonio) _____
- s) Enfermedades de Transmisión Sexual
- t) El matrimonio o Unión Libre (acompañarse) _____
- u) Métodos de Anticoncepción (Temporales o Permanentes) _____
- v) El Aborto y sus consecuencias _____
- w) La paternidad _____
- x) Planeación de vida (fijación de metas para planificar vida) _____
- y) Otros (Especifique) _____
7. ¿Cuáles son los temas de la sexualidad que considera necesarios abordar?
- a) Órganos reproductores y funciones _____
- b) Cambios físicos durante la pubertad y la adolescencia _____
- c) Cambios Emocionales _____
- d) Higiene y Aseo _____
- e) Relaciones Interpersonales (amistad) _____
- f) Conductas sexuales públicas y privadas _____
- g) Límites y Relaciones (Conversación y confianza con otras personas) _____
- h) Distancia social (cómo dirigirse a los demás y cómo los demás han de dirigirse a el) _____
- i) Exploración y conocimiento del propio cuerpo _____
- j) Proceso de identificación sexual (definición de género hombre o mujer) _____
- k) Formación de Actitudes y Comportamientos

- l) Vestimentas acordes a la edad y sexo ____
 m) Respeto a las partes íntimas o privadas del cuerpo ____
 n) Formas de defenderse en caso de intento de abuso sexual ____
 o) Diferenciación de lo que son caricias adecuadas e inadecuadas ____
 p) Derecho al noviazgo tomando en cuenta responsabilidades ____
 q) La Virgindad ____
 r) Relaciones sexuales (antes y durante el matrimonio) ____
 s) Enfermedades de Transmisión Sexual ____
 t) El matrimonio o Unión Libre (acompañarse) ____
 u) Métodos de Anticoncepción (Temporales o Permanentes) ____
 v) El Aborto y sus consecuencias ____
 w) La paternidad ____
 x) Planeación de vida (fijación de metas para planificar vida) ____
 y) Otros (Especifique) _____

8. ¿De las siguientes conductas relacionadas con la sexualidad, presenta alguna su hijo o hija?

Conducta	Sí	No	Ámbito	
			Público	Privado
a) Hace preguntas sobre sus cambios físicos				
b) Vanidad				
c) Cariñoso/a (besos, abrazos, se toman de la mano, etc.)				
d) Se relaciona con personas del sexo opuesto				
e) Coquetea con personas del sexo opuesto				
f) Muestra vergüenza por sus atributos sexuales secundarios				
g) Enamora a personas del sexo opuesto				
h) Enamora a personas del mismo sexo (homosexualidad)				
i) Utiliza términos inadecuados en relación a la sexualidad				
j) Modelan conductas sexuales inacordes con su edad				
k) Tiene novio/a				
l) Comunica sentimientos a otros/as				
m) Hace insinuaciones, miradas o mensajes sutiles (piropos)				
n) Higiene y aseo personal				
o) Muestra interés en observar programas televisivos o revistas con contenido sexual				
p) Tiene contacto con sus genitales en ambientes públicos (incluyendo masturbación)				

a) Tiene contacto con los genitales de otros/as				
r) Se aísla del resto buscando intimidad				
s) Impide que otros/as lo/a observen cuando se dirige al sanitario				
t) Muestra conductas exhibicionistas (se desnuda frente a otras personas)				
u) Habla de temas sexuales con otro/a compañero/a de manera secreta				
v) Reproduce posturas de tipo sexual (posición Prona)				
w) Otras Conductas Observadas (Especificar)				

9. Realiza su hijo/a en compañía de alguien más, algunas de las siguientes actividades?

- a) Duerme o comparte su habitación _____
- b) Se baña con otra persona _____
- c) Va al baño con otra persona _____

10. ¿Qué hace usted ante las manifestaciones de la sexualidad que realiza su hijo/a?

- a) Sanciona o castiga _____
- b) Interrumpe de forma brusca _____
- c) Evade la situación _____
- d) Lo dirige hacia un lugar adecuado _____
- e) Orienta sobre lo sucedido _____
- f) Respeta la necesidad del o la Joven _____
- g) Respeta su privacidad _____

11. ¿Qué métodos o qué procedimientos sigue para orientar a su hijo/a?

- a) A través de fotos o dibujos del cuerpo humano _____
- b) Videos y libros de consulta _____
- c) Diálogos individuales sobre el tema _____
- d) Participación en charlas impartidas por especialistas en el tema _____
- e) Modela la conducta apropiada a través de dramatizaciones o juego de roles _____
- f) Otros (Especifique) _____

Observaciones o Comentarios de las investigadoras: _____

ANEXO N. 2

Universidad de El Salvador
Facultad de Ciencias y Humanidades
Departamento de Psicología



Cuestionario

Dirigido a Educadores de ASAPAED

Objetivos:

- * Conocer la información que brindan sobre el tema de la sexualidad, los y las docentes que trabajan con púberes y adolescentes con Síndrome Down.
- * Identificar las manifestaciones de tipo sexual que presentan los púberes y adolescentes con Síndrome Down.

Indicaciones: Por favor responda a las siguientes interrogantes de forma veraz. El manejo de la información será estrictamente confidencial y su uso es eminentemente educativo.

DATOS GENERALES (del entrevistado)

Nombre: _____ Edad: _____
 Ocupación: _____ Nivel de Estudios: _____
 Cargo que desempeña dentro de la institución: _____
 Sección que atiende: _____
 Tiempo de Laborar dentro de la Institución: _____
 Fecha: _____ Hora: _____ Entrevistadora: _____

DATOS ESPECIFICOS

1. ¿Qué es la sexualidad para usted? _____

2. ¿Ha recibido información sobre sexualidad en su proceso de educación? Si __ No __

2.1 ¿De Quienes?

Padres _____

Educadores _____

Amigos _____

Medios de Comunicación _____

Otros (especifique) _____

3. ¿Qué temas sobre la sexualidad fueron abordados por ellos?

- a) Órganos reproductores y funciones _____
- b) Cambios físicos durante la adolescencia _____
- c) Cambios Emocionales _____
- d) Higiene y Aseo _____
- e) Relaciones Interpersonales (amistad) _____
- f) Exploración y conocimiento del propio cuerpo _____
- g) Proceso de identificación sexual (definición de género hombre o mujer) _____
- h) Formación de Actitudes y Comportamientos _____
- i) Vestimentas acordes a la edad y sexo _____
- j) Respeto a las partes íntimas o privadas del cuerpo _____
- k) Formas de defenderse en caso de intento de abuso sexual _____
- l) Diferenciación de lo que son caricias adecuadas e inadecuadas _____
- m) Derecho al noviazgo tomando en cuenta responsabilidades _____
- n) La Virginidad _____
- o) Relaciones sexuales (antes y durante el matrimonio) _____
- p) El matrimonio o Unión Libre (acompañarse) _____
- q) Métodos de Anticoncepción (Temporales o Permanentes) _____
- r) Enfermedades de Transmisión Sexual _____
- s) El Aborto y sus consecuencias _____
- t) La paternidad _____
- u) Planeación de vida (fijación de metas para planificar vida) _____
- v) Otros (Especifique) _____

4. ¿Considera necesario abordar el tema de la sexualidad con sus estudiantes de capacidades especiales y con los padres y madres? Sí _____
No _____

4.1 ¿Dentro de la institución se aborda el tema de la sexualidad? Sí _____
No _____

4.2 ¿Por qué razón no se aborda? _____

5. ¿A qué edad cree usted que es adecuado introducirles en el tema de la sexualidad?

- a) En la infancia (0 a 2 años) _____
- b) En la niñez (3 a 9 años) _____
- c) En la pubertad (10 a 12 años) _____
- d) En la Adolescencia (13 a 18 años) _____
- e) En la Adulthood (19 años en adelante) _____
- f) En ocasiones que surjan crisis (menstruación, masturbación, violación, etc.) _____
- g) Nunca _____

6. ¿Cuáles son los temas de la sexualidad que ha abordado con sus alumnos/as?

- a) Órganos reproductores y funciones _____
- b) Cambios físicos durante la pubertad y la adolescencia _____
- c) Cambios Emocionales _____
- d) Higiene y Aseo _____
- e) Relaciones Interpersonales (amistad) _____
- f) Conductas sexuales públicas y privadas _____
- g) Límites y Relaciones (Conversación y confianza con otras personas) _____
- h) Distancia social (cómo dirigirse a los demás y cómo los demás han de dirigirse a él) _____
- i) Exploración y conocimiento del propio cuerpo _____
- j) Proceso de identificación sexual (definición de género hombre o mujer) _____
- k) Formación de Actitudes y Comportamientos
- l) Vestimentas acordes a la edad y sexo _____
- m) Respeto a las partes íntimas o privadas del cuerpo _____
- n) Formas de defenderse en caso de intento de abuso sexual _____
- o) Diferenciación de lo que son caricias adecuadas e inadecuadas _____
- p) Derecho al noviazgo tomando en cuenta responsabilidades _____
- q) La Virginidad _____
- r) Relaciones sexuales (antes y durante el matrimonio) _____
- s) Enfermedades de Transmisión Sexual
- t) El matrimonio o Unión Libre (acompañarse) _____
- u) Métodos de Anticoncepción (Temporales o Permanentes) _____
- v) El Aborto y sus consecuencias _____
- w) La paternidad _____
- x) Planeación de vida (fijación de metas para planificar vida) _____
- y) Otros (Especifique) _____

7. ¿Cuáles son los temas de la sexualidad que considera necesarios abordar?

- a. Órganos reproductores y funciones _____
- b. Cambios físicos durante la pubertad y la adolescencia _____
- c. Cambios Emocionales _____
- d. Higiene y Aseo _____
- e. Relaciones Interpersonales (amistad) _____
- f. Conductas sexuales públicas y privadas _____
- g. Límites y Relaciones (Conversación y confianza con otras personas) _____
- h. Distancia social (cómo dirigirse a los demás y cómo los demás han de dirigirse a él) _____
- i. Exploración y conocimiento del propio cuerpo _____
- j. Proceso de identificación sexual (definición de género hombre o mujer) _____
- k. Formación de Actitudes y Comportamientos

- l. Vestimentas acordes a la edad y sexo ____
- m. Respeto a las partes íntimas o privadas del cuerpo ____
- n. Formas de defenderse en caso de intento de abuso sexual ____
- o. Diferenciación de lo que son caricias adecuadas e inadecuadas ____
- p. Derecho al noviazgo tomando en cuenta responsabilidades ____
- q. La Virginidad _____
- r. Relaciones sexuales (antes y durante el matrimonio) ____
- s. Enfermedades de Transmisión Sexual
- t. El matrimonio o Unión Libre (acompañarse) ____
- u. Métodos de Anticoncepción (Temporales o Permanentes) ____
- v. El Aborto y sus consecuencias _____
- w. La paternidad _____
- x. Planeación de vida (fijación de metas para planificar vida) _____
- y. Otros (Especifique) _____

8. ¿De las siguientes conductas relacionadas con la sexualidad, presenta alguno o alguna los y las estudiantes (púberes y adolescentes)?

<u>Conducta</u>	Sí	No	Ámbito	Ámbito
			Público	Privado
a) Hace preguntas sobre sus cambios físicos				
b) Vanidad				
c) Cariñoso/a (besos, abrazos, se toman de la mano, etc.)				
d) Se relaciona con personas del sexo opuesto				
e) Coquetea con personas del sexo opuesto				
f) Muestra vergüenza por sus atributos sexuales secundarios				
g) Enamora a personas del sexo opuesto				
h) Enamora a personas del mismo sexo (homosexualidad)				
i) Utiliza términos inadecuados en relación a la sexualidad				
j) Modelan conductas sexuales inacordes con su edad				
k) Tiene novio/a				
l) Comunica sentimientos a otros/as				
m) Hace insinuaciones, miradas o mensajes sutiles (piropos)				
n) Higiene y aseo personal				
o) Muestra interés en observar programas televisivos o revistas con contenido sexual				
p) Tiene contacto con sus genitales en ambientes públicos (incluyendo masturbación)				

q) Tiene contacto con los genitales de otros/as				
r) Se aísla del resto buscando intimidad				
s) Impide que otros/as lo/a observen cuando se dirige al sanitario				
t) Muestra conductas exhibicionistas (se desnuda frente a otras personas)				
u) Habla de temas sexuales con otro/a compañero/a de manera secreta				
v) Reproduce posturas de tipo sexual (posición Prona)				
w) Otras Conductas Observadas (Especificar)				

9. ¿Qué hace usted ante las manifestaciones de la sexualidad que realizan sus estudiantes?

- a) Sanciona o castiga _____
- b) Interrumpe de forma brusca _____
- c) Evade la situación _____
- d) Lo dirige hacia un lugar adecuado _____
- e) Orienta sobre lo sucedido _____
- f) Respeta la necesidad del o la Joven _____
- g) Respeta su privacidad _____
- h) Informa a los padres _____

10. ¿Qué métodos o qué procedimientos sigue para orientar a sus estudiantes?

- a) A través de fotos o dibujos del cuerpo humano _____
- b) Vídeos y libros de consulta _____
- c) Diálogos individuales sobre el tema _____
- d) Participación en charlas impartidas por especialistas en el tema _____
- e) Modela la conducta apropiada a través de dramatizaciones o juego de roles _____
- f) Escuela para padres _____
- g) Otros (Especifique) _____

Observaciones o Comentarios de las investigadoras: _____

ANEXO N. 3

Universidad de El Salvador
Facultad de Ciencias y Humanidades
Departamento de Psicología



Cuestionario

Dirigido a Púberes y Adolescentes con Síndrome Down

Objetivo:

* Identificar las manifestaciones de tipo sexual que presentan los púberes y adolescentes con Síndrome Down.

Indicaciones: En un ambiente lúdico; junto con ilustraciones y rompecabezas se responderá a las siguientes interrogantes de forma veraz. El uso de la información es eminentemente educativo.

DATOS GENERALES (del entrevistado)

Nombre: _____

Edad: _____

Nivel de Estudios: _____

Fecha: _____ **Hora:** _____ **Entrevistadora:** _____

DATOS ESPECÍFICOS

1) ¿Qué eres tú?: hombre _____ o mujer _____

2) ¿En qué te pareces a un hombre o a una mujer (señalar sexo opuesto)?

a. brazos _____

b. piernas _____

c. pies _____

d. cabello _____

e. senos _____

f. pene _____

g. testículos _____

h. vulva _____

i. nalgas _____

J. vagina _____

k. Otros (especificar) _____

3) ¿En qué te diferencias de un hombre o mujer (depende del caso)?

- a. brazos _____
- b. piernas _____
- c. pies _____
- d. cabello _____
- e. senos _____
- f. pene _____
- g. testículos _____
- h. vulva _____
- i. nalgas _____
- J. vagina _____
- k. bigote _____
- l. otros (especificar) _____

4) ¿Qué actividades realizan los hombres (qué cosas les gusta hacer a los hombres)?

5) ¿Qué actividades realizan las mujeres (qué cosas les gusta hacer a las mujeres)?

6) Haciendo uso del rompecabezas se le pregunta

6.1. ¿Cuáles son las partes del cuerpo y sus funciones?

PARTE DEL CUERPO	¿PARA QUÉ SIRVE?
a. cabeza	
b. brazos	
c. senos o pecho (según el caso)	
d. tronco	
e. vulva	
f. pene	
g. piernas	
h. pies	
Otras partes (mencionar)	

7) ¿Para mantener limpio y aseado tu cuerpo qué actividades debes realizar?

- a. baño diario _____
- b. limpieza de genitales cuando orinas o defecas _____
- c. limpieza bucal (cepillarse dientes) _____
- d. uso de desodorante _____
- e. uso de perfume o colonia acorde al sexo _____
- f. uso adecuado de toallas sanitarias _____
- g. uso de rasuradora para barba y bigote _____
- h. uso de rasuradora para piernas y axilas _____
- i. cambio diario de ropa interior _____
- j. cuidado de cabello y uñas _____
- k. uso de maquillaje _____

8) Dime que harías en cada una de las siguiente situaciones (Relaciones Interpersonales)

Actividad Social "Si caminas en la calle y encuentras a un (desconocido, familiar y o amigos y conocidos)" ¿Qué harías?"	A Desconocidos		A Familiares		A Amigo y conocido	
	si	no	si	no	si	no
1. Saludarías						
2. Despedirías						
3. Acariciarías (besos y abrazos)						
4. Tuvieses relaciones sexuales						
5. Tocamiento de tus partes íntimas (pene, vulva)						

9) Si algún conocido intenta tocar tus genitales y partes privadas ¿Qué harías?

- a. dejarías que tocara _____
- b. dirías que NO _____
- c. gritarías _____
- d. callarías _____
- e. saldrías corriendo _____
- f. te esconderías _____
- g. le dirías a un adulto _____
- h. otro (especifique) _____

10) Si algún desconocido intenta tocar tus genitales y partes privadas ¿Qué harías?

- a. dejarías que tocara _____
- b. dirías que NO _____
- c. gritarías _____

- d. callarías _____
- e. saldrías corriendo _____
- f. te esconderías _____
- g. le dirías a un adulto _____
- h. otro (especifique) _____

Observaciones

ANEXO N. 4

Universidad de El Salvador
Facultad de Ciencias y Humanidades
Departamento de Psicología



Guía de Observación

Dirigido a Púberes y Adolescentes con Síndrome Down

Objetivo:

* Conocer las reacciones y conductas que manifiestan los púberes y adolescentes con Síndrome Down al propiciar el tema de la sexualidad.

Indicaciones: Marcar con una "X" las conductas que se presentan y que se apeguen a la realidad.

DATOS GENERALES

Nombre: _____

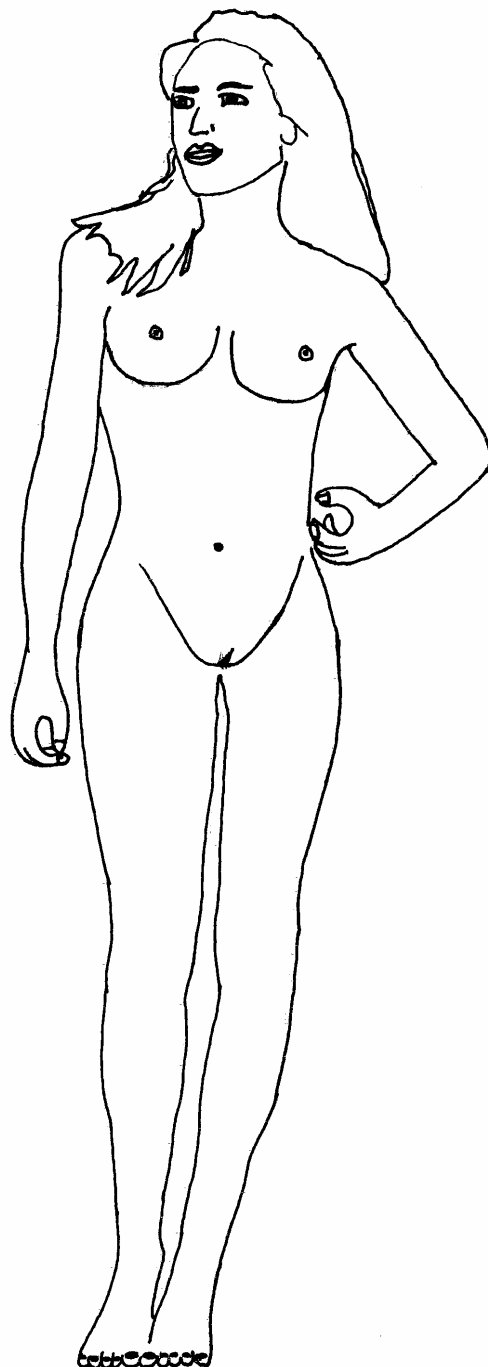
Edad: _____ Nivel de Estudios: _____

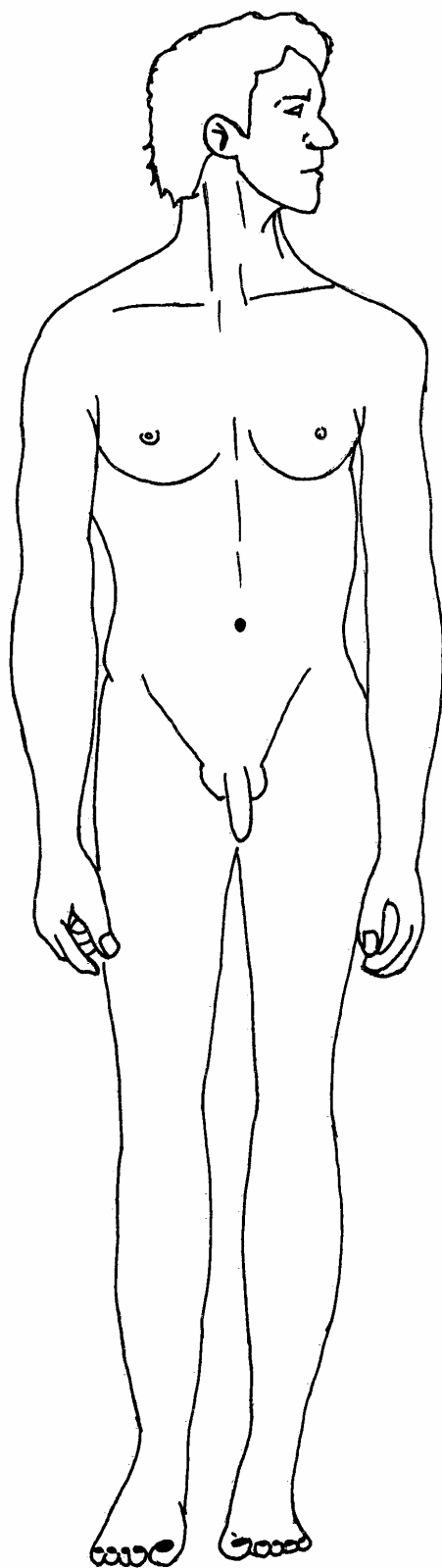
Fecha: _____ Hora: _____ Entrevistadora: _____

DATOS ESPECÍFICOS

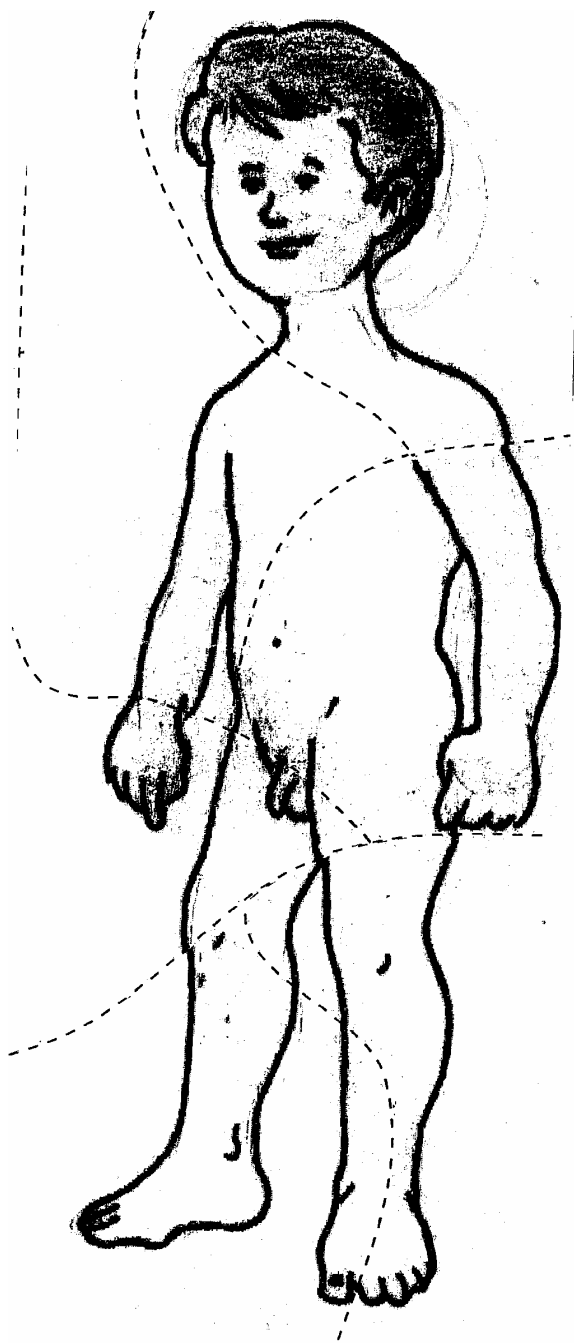
CONDUCTA PRESENTADA	SÍ	NO
Conductas Verbales		
1. Vocabulario Soez		
2. Vocabulario Técnico		
3. Vocabulario Popular		
4. Uso de muletillas o monosílabos		
5. Se expresa con fluidez		
6. Tartamudea al hablar		
7. Habla lento		
8. Tono de voz suave		
9. Tono de voz moderado		
10. Tono de voz fuerte		
11. Facilidad de comunicación		
12. Existe coherencia en lo que expresa		
13. Responde a las preguntas que se le hacen		
14. Responde impulsivamente		
15. Evade las respuestas (No responde a lo que se le pregunta)		
16. Piensa sus respuestas		

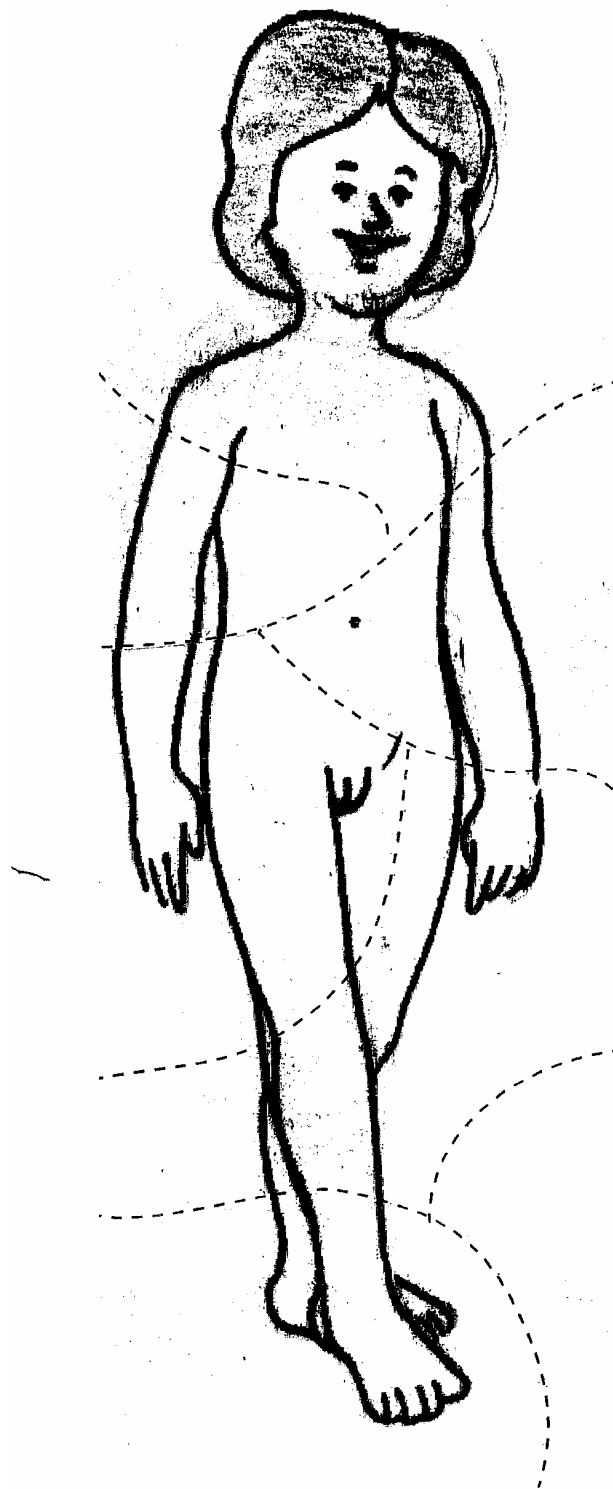
ANEXO N. 5
DIBUJOS DE FIGURAS HUMANAS PARA COLOREAR DIRIGIDAS A
PUBERES Y ADOLESCENTES CON SINDROME DOWN





ANEXO N. 6
ROMPECABEZAS UTILIZADO PARA ENTREVISTA
CON PUBERES Y ADOLESCENTES





ANEXO N. 8**LISTADO DE PUBERES Y ADOLESCENTES INSCRITOS EN ASAPAED**

N.	NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	NIVEL EDUCATIVO
1	J.D.H	28 DIC.1995	9 AÑOS	NIVEL II
2	R.J.M.H.	17 FEB. 1995	9 AÑOS	
3	E.R.M.M.	11 MAR. 1995	9 AÑOS	NIVEL II
4	M.C.F.D.	15 ENE. 1994	10 AÑOS	NIVEL I
5	K.A.G.C.	15 JUN. 1994	10 AÑOS	NIVEL I
6	G.A.J.H.	29 FEB. 1992	12 AÑOS	NIVEL IV
7	C.A.A.D.	16 QCT. 1991	13 AÑOS	NIVEL II
8	J.M.S.R.	13 JUN. 1990	14 AÑOS	NIVEL III
9	D.E.H.	19 JUN. 1990	14 AÑOS	NIVEL III
10	C.G.U.M.	20 SEP. 1989	15 AÑOS	NIVEL III
11	O.E.L.	2 MAR. 1989	15 AÑOS	NIVEL III
12	A.A.A.	31 OCT. 1988	16 AÑOS	NIVEL IV
13	E.J.P.	10 MAY. 1988	16 AÑOS	NIVEL V