

Ciudad Obregón, Sonora, a 20 de Junio de 2013.

Instituto Tecnológico de Sonora  
P r e s e n t e.

El que suscribe Erika Maricruz Valenzuela Guirado, por medio del presente manifiesto bajo protesta de decir verdad, que soy autor y titular de los derechos de propiedad intelectual tanto morales como patrimoniales, sobre la obra titulada Guía de educación sexual en personas con síndrome de Down, en lo sucesivo "LA OBRA", misma que constituye el trabajo de tesis que desarrolle para obtener el grado de Licenciada en Psicología en ésta casa de estudios, y en tal carácter autorizo al Instituto Tecnológico de Sonora, en adelante "EL INSTITUTO", para que efectúe la divulgación, publicación, comunicación pública, distribución y reproducción, así como la digitalización de la misma, con fines académicos o propios del objeto del Instituto, es decir, sin fines de lucro, por lo que la presente autorización la extiendo de forma gratuita.

Para efectos de lo anterior, EL INSTITUTO deberá reconocer en todo momento mi autoría y otorgarme el crédito correspondiente en todas las actividades mencionadas anteriormente de LA OBRA.

De igual forma, libero de toda responsabilidad a EL INSTITUTO por cualquier demanda o reclamación que se llegase a formular por cualquier persona, física o moral, que se considere con derechos sobre los resultados derivados de la presente autorización, o por cualquier violación a los derechos de autor y propiedad intelectual que cometa el suscrito frente a terceros con motivo de la presente autorización y del contenido mismo de la obra.



---

Erika Maricruz Valenzuela Guirado



INSTITUTO TECNOLÓGICO DE SONORA

---

---

---

GUÍA DE EDUCACIÓN SEXUAL EN PERSONAS CON SÍNDROME DE  
DOWN

TESIS

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE  
LICENCIADO EN PSICOLOGIA

PRESENTA

ERIKA MARICRUZ VALEZUELA GUIRADO

CD. NAVOJOA, SONORA

JUNIO DE 2013

## DEDICATORIAS

*Mi trabajo está dedicado primeramente a aquella persona que ha contribuido alrededor de toda mi vida y que me ha permitido llegar hasta donde ahora estoy. A dios, concluir esta meta es dedicada a ti.*

*A mis Padres*

*El haber logrado esta etapa de mi vida es algo que celebro con ustedes, por haber creído en mí, por su cariño, su paciencia, su esfuerzo y por haberme acompañado siempre en este camino lleno de cosas buenas y cosas malas, simplemente sin su apoyo no hubiera logrado estar en donde estoy. Gracias Mamá y Papá.*

*A mis Hermanas*

*Gracias por el apoyo que siempre me han dado, Carmen y América por su cariño y siempre darme la oportunidad de contar con su apoyo.*

*A mis tíos*

*Ustedes también forman parte de esta etapa concluida en mi vida, por haberme dado el apoyo y abrirme sus brazos y las puertas de su hogar, su cariño y su hospitalidad fue algo que indudablemente fue por parte de este logro, muchas gracias tía Francisca y tío Victor.*

*A mis abuelos*

*Los abuelos son una deliciosa mezcla de risa, el cuidado en su definición máxima, historias maravillosas y el amor, aunque para mi tú eres aún más que eso, Catalina y Ramón gracias por abrirme su corazón en esta etapa de mi vida.*

*A mis amigos, Ustedes estuvieron acompañándome durante la mayor parte de este camino, fue difícil algunas veces, otras veces fue fantástico, les agradezco el hecho de haberme permitido compartir tantas cosas con ustedes, me enseñaron mucho durante este periodo. Belen y Vanesa la alegría compartida aumenta su proporción y la tristeza disminuye significativamente.*

*A mi novio, Giovanni gracias por tu paciencia, por tu apoyo incondicional, por darme fuerzas para continuar y acompañarme en este camino, por tu comprensión y por brindarme todo ese amor que aporto muchos granitos de arena para que yo pudiera cumplir esta gran meta, Te Amo.*

## *AGRADECIMIENTOS*

*A mis maestros por haberse esmerado tanto para hacer de mí una profesional, por compartir conmigo sus grandes y valiosos conocimientos y experiencias, y por contribuir conmigo en este trayecto de mi vida profesional.*

*A mi maestro Gilberto Córdova por permitirse tomarse un tiempo para brindarme su valiosa asesoría, por compartir sus grandes conocimientos conmigo y por hacerme sentir que en la vida se pueden obtener muchas cosas, Gracias Maestro.*

*A mi asesor, el maestro Manuel Esquer Sumuano por permitirme haber concluido este proyecto y darme todo su apoyo, conocimientos y su valioso tiempo, Muchísimas gracias maestro.*

*Gracias al ITSON por abrirme sus puertas y permitirme cumplir este logro tan grande en mi vida y darme las herramientas para poder ser una profesional.*

*Agradezco con mucho amor al Centro de Atención Múltiple Estatal por darme la oportunidad de realizar y cumplir mis objetivos en su institución que definitivamente sin ese apoyo no hubiera podido lograr este trabajo que me lleno de tanta satisfacción y dejó grandes conocimientos en mí.*

*Agradezco esta tesis al Centro de Atención Múltiple por abrirme las puertas de su institución y permitirme realizar este trabajo sin ningún impedimento y con gran accesibilidad.*

*Gracias...*

*Con cariño Erika Maricruz Valenzuela Guirado.*

# ÍNDICE

<b>DEDICATORIAS</b> .....	ii
<b>AGRADECIMIENTOS</b> .....	iii
<b>ÍNDICE</b> .....	iv
<b>RESUMEN</b> .....	vi
<b>LISTA DE FIGURAS</b> .....	vii
<b>LISTA DE TABLAS</b> .....	viii

## **CAPITULO I.**

<b>1. INTRODUCCIÓN</b> .....	10
1.1 Antecedentes.....	12
1.2 Planteamiento del problema.....	19
1.3 Hipótesis.....	21
1.4 Objetivo.....	21
1.5 Justificación.....	22
1.6 Limitaciones del estudio.....	23
1.6.1 Delimitaciones del estudio.....	23

## **CAPITULO II. MARCO TEÓRICO**

2.1 Marco de referencia del Síndrome de Down.....	24
2.1.1 La genética del síndrome de Down.....	24
2.1.2 Características del síndrome de Down.....	27
2.1.3 Características físicas del síndrome de Down.....	27
2.1.4 Características cognitivas y psicológicas del síndrome de Down.....	31
2.1.5 Características sociales del síndrome de Down.....	34
2.2 Marco de referencia de la Sexualidad.....	35
2.2.1 Concepto de sexualidad.....	35
2.2.2 Términos correspondientes a la sexualidad.....	37
2.2.3 Desarrollo psicosexual en la persona Down.....	40
2.2.4 La educación sexual.....	43
2.2.5 La importancia de la educación sexual.....	44

2.2.6 Desarrollo de la educación sexual.....	46
2.2.7 Temáticas de la educación sexual.....	47
2.2.8 La dimensión genésica o reproductora.....	49
2.2.9 La dimensión erótica o del placer.....	50
2.2.10 La dimensión afectiva y relacional.....	51
2.3 Marco de referencia de la persona Síndrome de Down y su sexualidad.....	52
2.3.1 Desarrollo sexual en la persona Down.....	52
2.3.2 Fomentar una educación sexual en personas Down.....	57
2.3.3 La importancia de la educación sexual por parte de los padres.....	58
2.3.4 La educación sexual en la escuela.....	60
<b>CAPITULO III. METODOLOGÍA.....</b>	<b>62</b>
3.1 Participantes.....	62
3.2 Materiales.....	63
3.2.1 Cuestionario de educación sexual de la persona Down.....	63
3.2.2 Check List.....	63
3.2.3 Programa de seguimiento de la guía de educación sexual.....	64
3.3 Procedimiento.....	65
<b>CAPITULO IV. RESULTADOS.....</b>	<b>67</b>
<b>CAPITULO V. DISCUSIÓN.....</b>	<b>97</b>
5.1 Conclusión.....	99
5.2 Recomendaciones.....	103

**REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

**APÉNDICE A.** Cuestionario

**APÉNDICE B.** Check List

**APÉNDICE C.** Guía de educación sexual para personas con síndrome de Down

## RESUMEN

El objetivo del estudio es conocer si al educar a los padres en sexualidad, estos educan a sus hijos Down en el tema de la sexualidad. Participaron 13 padres de familia de personas síndrome de Down, 9 que asisten al Centro de Atención Múltiple Estatal No. 4 Gabriela Brimmer y 4 al Centro de Atención Múltiple No. 53 ubicado en la ciudad de Navojoa, Sonora. El diseño de la investigación es de tipo preexperimental de variedad cualitativa. El instrumento que se utilizó para realizar este trabajo de investigación fue un cuestionario de educación sexual de la persona Down aplicado a los padres de familia, el cual contenía 26 reactivos de respuestas dicotómicas y 5 preguntas más para la recolección de datos de la muestra, este instrumento se aplicó antes de comenzar el trabajo de investigación y al finalizar este. También se utilizó un registro observacional por medio de un check list, este contiene 5 preguntas de datos de la muestra y un espaciado de las temáticas que contiene la guía de educación sexual. Los resultados obtenidos basados en como fue el seguimiento de la aplicación de la guía se encontró que de 13 participantes, en la aplicación del pretest 6 sujetos presentaron resultados sin seguimiento mientras que 7 participantes obtuvieron un seguimiento moderado, en la aplicación del postest 5 participantes obtuvieron un seguimiento moderado y 8 sujetos obtuvieron un seguimiento completo posterior a la aplicación de la guía. Los resultados muestran que si existen diferencias entre los resultados del pretest y los resultados posteriormente obtenidos después de la aplicación de la guía de educación sexual, es decir que a mayor conocimiento por parte de los padres de familia con síndrome de Down sobre educación sexual mayor calidad en la enseñanza por parte del padre hacia sus hijos.

## LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1.- Nombre de la Institución.....	68
FIGURA 2.- Sexo de los padres de familia.....	68
FIGURA 3.- Edad de los padres de familia.....	69
FIGURA 4.- Estado civil de los padres de familia.....	69
FIGURA 5.- Seguimiento y Estado civil de los padres de familia.....	70
FIGURA 6.- Los chicos y las chicas son diferentes.....	71
FIGURA 7.- El cuerpo y sus funciones.....	71
FIGURA 8.- Lo que es público y lo que es privado.....	72
FIGURA 9.- Masturbación.....	73
FIGURA 10.- Cambios del cuerpo.....	73
FIGURA 11.- Resultados de la guía de educación sexual.....	79

## LISTA DE TABLAS

TABLA 1.- Reactivo No.1 del Pre tratamiento.....	80
TABLA 2.- Reactivo No.2 del Pre tratamiento.....	80
TABLA 3.- Reactivo No.3 del Pre tratamiento.....	81
TABLA 4.- Reactivo No.4 del Pre tratamiento.....	81
TABLA 5.- Reactivo No.5 del Pre tratamiento.....	81
TABLA 6.- Reactivo No.6 del Pre tratamiento.....	82
TABLA 7.- Reactivo No.7 del Pre tratamiento.....	82
TABLA 8.- Reactivo No.8 del Pre tratamiento.....	82
TABLA 9.- Reactivo No.9 del Pre tratamiento.....	83
TABLA 10.- Reactivo No.10 del Pre tratamiento.....	83
TABLA 11.- Reactivo No.11 del Pre tratamiento.....	83
TABLA 12.- Reactivo No.12 del Pre tratamiento.....	84
TABLA 13.- Reactivo No.13 del Pre tratamiento.....	84
TABLA 14.- Reactivo No.14 del Pre tratamiento.....	84
TABLA 15.- Reactivo No.15 del Pre tratamiento.....	84
TABLA 16.- Reactivo No.16 del Pre tratamiento.....	85
TABLA 17.- Reactivo No.17 del Pre tratamiento.....	85
TABLA 18.- Reactivo No.18 del Pre tratamiento.....	85
TABLA 19.- Reactivo No.19 del Pre tratamiento.....	86
TABLA 20.- Reactivo No.20 del Pre tratamiento.....	86
TABLA 21.- Reactivo No.21 del Pre tratamiento.....	86
TABLA 22.- Reactivo No.22 del Pre tratamiento.....	87
TABLA 23.- Reactivo No.23 del Pre tratamiento.....	87
TABLA 24.- Reactivo No.24 del Pre tratamiento.....	87
TABLA 25.- Reactivo No.25 del Pre tratamiento.....	88
TABLA 26.- Reactivo No.26 del Pre tratamiento.....	88
TABLA 27.- Reactivo No.1 del Pos tratamiento.....	89
TABLA 28.- Reactivo No.2 del Pos tratamiento.....	89
TABLA 29.- Reactivo No.3 del Pos tratamiento.....	89

TABLA 30.- Reactivo No.4 del Pos tratamiento.....	90
TABLA 31.- Reactivo No.5 del Pos tratamiento.....	90
TABLA 32.- Reactivo No.6 del Pos tratamiento.....	90
TABLA 33.- Reactivo No.7 del Pos tratamiento.....	90
TABLA 34.- Reactivo No.8 del Pos tratamiento.....	91
TABLA 35.- Reactivo No.9 del Pos tratamiento.....	91
TABLA 36.- Reactivo No.10 del Pos tratamiento.....	91
TABLA 37.- Reactivo No.11 del Pos tratamiento.....	92
TABLA 38.- Reactivo No.12 del Pos tratamiento.....	92
TABLA 39.- Reactivo No.13 del Pos tratamiento.....	92
TABLA 40.- Reactivo No.14 del Pos tratamiento.....	93
TABLA 41.- Reactivo No.15 del Pos tratamiento.....	93
TABLA 42.- Reactivo No.16 del Pos tratamiento.....	93
TABLA 43.- Reactivo No.17 del Pos tratamiento.....	94
TABLA 44.- Reactivo No.18 del Pos tratamiento.....	94
TABLA 45.- Reactivo No.19 del Pos tratamiento.....	94
TABLA 46.- Reactivo No.20 del Pos tratamiento.....	95
TABLA 47.- Reactivo No.21 del Pos tratamiento.....	95
TABLA 48.- Reactivo No.22 del Pos tratamiento.....	95
TABLA 49.- Reactivo No.23 del Pos tratamiento.....	96
TABLA 50.- Reactivo No.24 del Pos tratamiento.....	96
TABLA 51.- Reactivo No.25 del Pos tratamiento.....	96
TABLA 52.- Reactivo No.26 del Pos tratamiento.....	96

## **CAPITULO I**

### **INTRODUCCIÓN**

Los seres humanos desde su nacimiento se relacionan constantemente con personas iguales o diferentes a su sexo, por eso la sexualidad tiene una gran importancia en el desarrollo de cualquier persona, ya que influye en las actitudes, conductas y sentimientos que tiene cada individuo.

Meresman (2012) menciona que se debe tomar en cuenta a la sexualidad como parte esencial del ser humano desde su nacimiento y que esta se encuentra ligada con los factores biológicos, psicológicos y sociales de cada persona. Todos somos seres sexuados, desde que nacemos hasta que morimos y esto es una parte importante de la personalidad que se expresa en todas las acciones que realiza el individuo en su vida. La sexualidad de la persona con discapacidad es sexualidad humana también, no se habla de una sexualidad especial, si no de la sexualidad de cualquier otra persona (Garvía & Miquel, 2004).

Es por eso que el desarrollo sexual de las personas con síndrome de Down es igual al de cualquier ser humano. El grado de afectación intelectual que pueda afectar a la persona con síndrome de Down, no impide manifestar sentimientos e interacciones sociales, al contrario, son personas que también necesitan aprender a conocerse, aceptarse, respetarse como hombres y mujeres, lo cual evitará también que sean más vulnerables a abusos por parte de otras personas, y esto les facilitará integrarse a la sociedad de manera activa.

Sin embargo, la vida sexual de las personas con síndrome de Down está sometida también a toda una serie de mitos, prejuicios y tabúes que turban a las familias y educadores, dichos prejuicios obstruyen a profesionales y educadores al momento de proporcionar información sobre sexualidad, y al fin de cuentas terminan perjudicando el desarrollo sexual de la persona Down. Dichos populares que nos sirven de ejemplo son las siguientes afirmaciones: las personas con síndrome de Down no tienen sexualidad; son eternos niños; la sexualidad en ellos no debe despertarse; no tienen sentimientos sexuales como el resto de la población o; no deben tener actividad sexual (Pineda Pérez & Gutiérrez Baró, 2009).

Todos estos prejuicios condicionan a que estas personas Down se limiten en el conocimiento y exploración de su cuerpo y el descubrimiento del placer sexual. La falta de educación sexual no sólo afecta el desarrollo sexual de la persona Down sino también su integración social. Por esto es importante proporcionar una información necesaria para que estas personas entiendan los cambios fisiológicos de su organismo y así aprendan a primeramente aceptarlo, respetarlo y cuidarlo.

Los actores directos en la educación sexual del niño Down son los padres y los docentes; por esta razón, el propósito de esta investigación fue realizar un estudio exploratorio acerca de la educación sexual que imparten los padres a sus hijos Down.

Dicha investigación se llevó a cabo en dos instituciones de la ciudad de Navojoa, Sonora. Una de ellas es el Centro de Atención Múltiple No. 53, es una escuela de educación especial de control público federal, donde se reciben alumnos desde los 45 días de nacido hasta la edad adulta, es decir del área laboral durante el turno matutino (America, 2013).

La otra institución es el Centro de Atención Múltiple Estatal No. 4 Gabriela Brimmer, es una institución educativa que atiende a niños y niñas con discapacidad de 45 días de nacido hasta los 15 años de edad (SEC, 2013). Se trabajó con los padres de familia de los alumnos con síndrome de Down que asisten a dichas instituciones.

## **1.1 Antecedentes**

La sexualidad forma parte del ser humano, esto sin importar cual sea su condición física, social, sexual o religión, es por eso que la sexualidad no puede desligarse de la población con algún tipo de discapacidad (Rivera Sánchez, 2008). Tomando en cuenta que la sexualidad tiene una importancia esencial en el desarrollo de cualquier persona, la curiosidad por conocer sobre el tema es algo que se manifiesta desde niños hasta la edad adulta y esto va creciendo progresivamente. El medio que nos rodea, la familia, la sociedad y la personalidad son los que van a colaborar en el desarrollo sexual de cada persona. Es por ello que cuando se habla de sexualidad se debe tomar en cuenta que también incluye los sentimientos, la conducta, las relaciones, el afecto, además del acto sexual.

Las personas con síndrome de Down al igual que cualquier otro individuo también presentan un desarrollo sexual, semejante al de cualquier otra persona el cual no dependerá del retraso intelectual de esta. Ruiz Rodríguez (2011) dice que no debemos confundir la capacidad intelectual con la evolución socio afectiva, por ejemplo, si un joven de 16 años tiene una edad mental de 8 años, su edad mental corresponde a una edad diferente de su edad real, pero su edad emocional no, por lo

que es probable que su desarrollo e intereses afectivos sexuales sean propios a los de su edad real.

Es importante dejar claro que las personas con síndrome de Down no son seres sin interés sexual, ni viven una infancia eterna como muchas personas lo piensan. Estas personas son capaces de manifestar interacciones sociales y sentimientos. Cuando un joven con síndrome de Down está por llegarle su etapa de la preadolescencia o bien ya se encuentra en la adolescencia, comienza a sentir un interés natural por relacionarse con otros chicos diferentes a su sexo, es entonces cuando el trabajo más importante se inclina hacia los padres y profesionales, puesto que hablar del tema es un paso significativo para el desarrollo de esta persona, evadir el tema o reprimir las emociones y manifestaciones de estas personas es obstruir su desarrollo sexual; por lo tanto se obstruye su desarrollo integral.

Debemos tomar en cuenta también que la educación sexual al igual que otro tema en personas Down debe impulsarse desde tempranas edades y durante toda su vida. Machín Verdés, Purón Sopena, & Castillo Mayedo (2009) dice que la intervención temprana en los niños con síndrome de Down es una actividad cuya práctica va encaminada a facilitar su comunicación con su mundo social, el tratar de adaptarlos al ambiente en el cual se desenvuelven y crear así el marco más adecuado para un desarrollo socioemocional armónico.

Sin embargo, la educación sexual no se ha implementado debidamente, y su formación teórica así como práctica es un serio problema que afecta el desarrollo de estas personas. En una investigación, donde se realizaron jornadas en León en el año 2004 organizadas por la asociación Amidown, se hizo una invitación a profesionales y padres de familia de personas con síndrome de Down, pero también a personas que se interesaran en este tema. Donde se llevo a cabo el tema de la necesidad de la educación sexual y afectiva en personas con síndrome de Down, en la cuales se tomo en cuenta cuatro ideas básicas; que las familias, instituciones y profesionales se unan para dicho objetivo y así la información fluya entre estos, no

excluir su dimensión sexual y afectiva, reconocer las necesidades sexuales y afectivas de estas personas y promover la formación de familias y profesionales estableciendo grupos de trabajo entre ellos y creando pautas de acción (García, s/f).

Más adelante por esta misma asociación en el año 2007 se realizaron unas segundas jornadas, las cuales se centraron más en las familias y profesionales que pertenecían a la asociación Amidown, el cual incluía un tratamiento particular a tres bandas; uno era para jóvenes con síndrome de Down y otras discapacidades, con el cual se llevo a cabo dos talleres de trabajo, otro era para padres de familia, con los que se trabajo en un taller de trabajo y por ultimo para los profesionales con el que también se trabajo con un taller.

Se puede observar que el trabajo de educación sexual con estas personas es algo que desde hace años atrás se está realizando, los profesionales han tratado de tomar este aspecto como algo importante en la vida de las personas Down haciéndolo activo en sus vida, mediante investigaciones, jornadas, talleres, pero hay que preguntarnos, como ha evolucionado esto, si funciona o no, o si estas personas participan en esto.

El trabajo que realizo García (s/f) con los jóvenes en los talleres fue preguntarles que dudas o que preguntas tenían acerca de la sexualidad, las cuales se mostraron a los padres y en el taller de los padres y los profesionales se utilizaron técnicas como rol-play y dramatización, el objetivo de las actividades era, el saber qué hacer en caso de que mi hijo o alumno me pregunte algo o se me presente alguna situación sobre sexualidad.

Esto puede ayudar mucho en la idea que tienen los padres sobre sexualidad, ya que al saber que sus hijos tienen dudas y necesitan conocer sobre este tema puede hacer que los padres se den cuenta de que sus hijos necesitan y se interesan sobre aspectos de sexualidad y hacerse conscientes de algo que es real y que muchas veces no lo admiten. Además los padres al tener información sobre sexualidad,

tendrán ya una idea de cómo actuar en una situación de educación sexual con sus hijos.

En la investigación realizada por Machín Verdés, Purón Sopeña, & Castillo Mayedo (2009) se consultaron experiencias en el manejo de niños con síndrome de Down y sus familiares en el servicio de intervención temprana del Hospital Pediátrico Universitario Pedro Borras Astorga. Evaluándose tres variables; la intervención temprana, el acercamiento al problema; Down, familia y comunidad y la reorganización de la familia del síndrome de Down.

Con los resultados de la investigación, García (s/f) constató que es patente la desinformación en varios aspectos sobre la sexualidad y en algunos casos la información es errónea, lo cual revela la necesidad que tienen estas personas de información adecuada. No hay que omitir que algunos jóvenes si supieron plantear sus dudas, pero otros no, algunos no les interesa mucho el tema, mas sin embargo se tiene la obligación de atender a aquellos que si manifiestan intereses sobre sexualidad.

Esto hace constar la importancia que tiene el reconocer y apoyar las necesidades afectivas y sexuales de estas personas y que es necesario que exista un vinculo entre los padres de familias y profesionales para discutir que temas se deben hablar con sus hijos, resolver dudas al respecto y más que nada comprometerse a orientar a estas personas, fomentar espacios de relación y amistad, si se da el caso crear un espacio de intimidad, claro, cuando exista una relación de pareja estable y atender cuando se presente cualquier conducta sexual inapropiada.

No por pensar que la sexualidad es un aspecto sustancial en la vida de la persona Down, debemos maximizar la idea de que estas personas el único interés que tienen es el sexo, o que por las reacciones que tienen, concluyamos que debido a su incapacidad intelectual les es más difícil dominar su impulsos. Esto podría cambiar fácilmente si desde pequeños se les educara sobre aspectos de sexualidad y no

evadir todos estos temas, lo cual durante mucho tiempo se han utilizado como única estrategia cuando se trata de educación sexual; estas estrategias se utilizan pensando que el proporcionar información sobre estos temas solamente los llevara a despertar sus impulsos, es por eso que prefieren evadir este aspecto, pero en realidad esto no es así y solamente perjudicará mas a estas personas.

La sexualidad es un elemento importante en la educación del niño con síndrome de Down, es por eso que los padres deben tener los conocimientos necesarios para hablar con ellos desde las primeras etapas de vida (Pineda Pérez & Gutiérrez Baró, 2009). En base a esto se llevo a cabo una investigación en la Ciudad de La Habana, en el Circulo Infantil Especial Zunzún en el año 2008, llamada, Estrategia de intervención educativa sobre la sexualidad en niños con el síndrome de Down.

En esta investigación se realizó una intervención con diseño de estudio antes y después sobre los conocimientos de la sexualidad que tiene los familiares de niños con síndrome de Down. La población fue de 28 madres y 6 padres de niños con síndrome de Down que asistían a esta Institución. La cual consistió en 3 fases de investigación, en las que se impartieron 3 talleres. En los talleres se hablaron temas como que es la sexualidad, su importancia e influencia en la vida diaria, esquema corporal, identidad de género, características de la sexualidad, sexualidad en niños con síndrome de Down, consejos y recomendaciones a los padres, mitos y prejuicios y la necesidad de la información que deben de tener los padres para orientar sobre sexualidad en diferentes edades a sus hijos.

En otra investigación realizada por Rivera Sánchez (2008) se desmitificaron ideas en torno a la temática sobre educación sexual en personas con discapacidad brindando así las herramientas necesarias para que estas personas desde edades tempranas inicien la educación sexual y sean capaces de sentirse independientes viviendo plenamente dentro de la sociedad.

Realizando el análisis de investigación, se abordaron diferentes puntos de vista para desarrollarla, el primero fue: Murillo y Richmond (2005), afirman que al estudiar los estereotipos asociados a la sexualidad de este grupo poblacional, se aborda una clasificación de mitos: la “asexualización”, la “sobresexualización” y sobre el “temor a la reproducción de las personas con discapacidad” (Rivera Sánchez, 2008).

El siguiente fue en Better Health Channel (2004) afirma que es importante que niños y niñas con discapacidad tenga la oportunidad de ser educados en sexualidad puesto que corren un alto riesgo de ser abusados, tener embarazos no planificados o incrementar el riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual (Rivera Sánchez, 2008).

Otro punto de vista de Baxley y Zendell (2005) la educación sexual para niños, niñas y jóvenes con algún tipo de discapacidad debe centrarse en los siguientes tópicos: reconocimiento de las partes de su cuerpo, comprensión de la diferencia entre hombres y mujeres, comprensión y expresión de sus cambios emocionales, comprensión e importancia de la higiene personal, autoestima, autocontrol, derechos de sí mismo y de los demás, nacimiento de un bebe, abuso físico y sexual, infecciones de transmisión sexual y afectividad (Rivera Sánchez, 2008).

Silverberg (2006) dando su punto de vista los mitos que se tienen sobre personas con discapacidad: las personas con discapacidad no son sexuadas, las personas con discapacidad no son deseadas, las personas con discapacidad no pueden tener sexo, las personas con discapacidad nunca serán agredidos sexualmente y no necesitan educación sexual (Rivera Sánchez, 2008).

En muchas investigaciones se comprueba que la falta de información de los padres sobre temas de sexualidad y el no saber cómo educar a sus hijos, es un problema que hoy en día en muchas instituciones, familias y personas con síndrome de Down presentan y no saben cómo resolverlo. Una de las causas es que aun la sociedad mantiene prejuicios y tabúes respecto a la sexualidad de personas con síndrome de

Down. Todos estos prejuicios impiden que estas personas se desenvuelvan en muchos aspectos de su vida, causando en ellos temores, rechazos, ignorancia, sobreprotección y sobre todo ocultando información que limita su desarrollo desde su infancia, adolescencia y hasta su edad adulta.

Tomando en base lo anterior, Pineda Pérez & Gutiérrez Baró (2009) también concluye que los padres de los niños con síndrome de Down no tienen los conocimientos suficientes sobre sexualidad, y que el llevar a cabo talleres de educación sexual con los padres genera que estos tengan un impacto positivo en el conocimiento acerca de la sexualidad en ellos mismos y cómo manejarla en sus hijos, lo cual contribuye en las esperanzas con relación a la sexualidad futura de sus hijos, lo que anteriormente puede percibirse como algo imposible.

Es por ello, que muchos padres y madres de estas personas no saben cómo educar a sus hijos sobre sexualidad, como hablar con ellos sobre estos temas y es por eso que muchas veces prefieren no hacerlo, porque piensan que van a despertar en ellos una necesidad que creen que esta oculta. El impedir que estas personas desarrollen plenamente su sexualidad o hasta donde sean capaces de hacerlo, es una violación a los derechos sexuales de estas personas, puesto que obstruye el derecho a la propiedad de su cuerpo, a tener privacidad, a recibir información acerca de estos temas, a explorar su cuerpo y a descubrir el placer sexual.

Por último, en otro estudio Daquinta Rico (s/f) destaca la importancia de la educación de la sexualidad en niños con síndrome de Down escolares. Según su estudio, recomienda realizar una estrategia de intervención en la comunidad que incluya la familia, los vecinos y los amigos, donde se realice la impartición de talleres los cuales puedan constituir parte de esta estrategia para la información a los padres desde la edad preescolar, e incorporar otros elementos acordes con el crecimiento del niño, y asumir así las necesidades de cada etapa de la vida.

En base a lo consultado nos damos cuenta que la posibilidad de desarrollo sexual, la expresión de sentimientos, la comunicación y el amor, de estas personas aun está limitada por la sociedad y la familia, el problema es que estas personas no se encuentran totalmente orientadas acerca del tratamiento de la sexualidad en personas Down, por lo que necesitan más información. Y un punto importante sobre el desarrollo sexual de estas personas, es que no se debe esperar a que el niño, adolescente o adulto necesite de esta orientación, es sustancial iniciar la educación sexual desde las primeras etapas del niño Down y a lo largo de toda su vida, lo cual ayudara a que el desarrollo sexual sea mucho más fácil.

## **1.2 Planteamiento del problema**

Tal y como se ha mencionado anteriormente, la educación sexual es un aspecto fundamental para el desarrollo de toda persona, por lo tanto, ésta debe iniciarse desde edades tempranas, desde que el niño o niña empieza a gatear, caminar, a asearse de manera independiente, al ingresar a la edad preescolar, al iniciar con sus primeros cuestionamientos sobre el tema o durante la adolescencia (Rivera Sánchez, 2008).

La educación sexual es necesaria para cualquier persona y también para las personas con síndrome de Down, pues esta implica una parte importante de los conocimientos y habilidades que una persona necesita para desarrollarse saludablemente y desempeñarse de la mejor manera en el mundo. Esto les ayudara a desarrollar su madurez y tener sentimientos positivos de sí mismos, simplemente la salud sexual es una parte importante del ser humano y la educación sexual es un derecho que las personas deben de respetar, promover y compartir con ellos.

Es necesario que personas con Down tengan el conocimiento amplio de lo que es sexualidad, desde sus primeros años el conocer su propio sexo, la enseñanza del cuerpo, diferencias de género, la higiene y aseo personal, la intimidad, el contacto y los limites con otras personas, son temas que la persona con Down deben conocer.

Conforme vaya creciendo a estas personas se le debe educar en mas temas, ya acorde a su edad o capacidad intelectual se le tendrá también que explicar sobre las relaciones, la prevención de abusos, la menstruación en las mujeres y los sueños húmedos y eyaculación en los hombres, la educación emocional, métodos anticonceptivos, como se hace un bebe entre muchos otros más.

Todos estos conocimientos podrán influir en estas personas teniendo la capacidad de prevenirse en un embarazo no deseado, en una enfermedad de transmisión sexual, en un abuso sexual u otros problemas relacionados con la sexualidad. Pero no solo la educación sexual se basa en todo lo que tiene que ver con genitalidad, sino también la afectividad, abarcando la autoestima del individuo, relaciones afectivas, experiencias sobre el noviazgo y matrimonio.

El desarrollo sexual de cualquier persona sigue reglas y piensa en sus acciones sobre este tema antes de cualquier decisión o acción, sin embargo la persona con Down actúa con ingenuidad, espontáneamente y algunas veces podemos tomar estas acciones como algo inmoral. El abordar el tema de sexualidad con personas Down lo vemos a veces complicado, porque simplemente es difícil ser objetivo, y cualquier mención a su sexualidad nos remite a la nuestra, mezclándola con nuestras propias inquietudes (Garvía & Miquel, 2004).

Rivera Sánchez (2008) Menciona que cada uno de los modelos que se presenten a lo largo de su desarrollo, serán fundamentales para tomarlos de ejemplo para crecer, por lo tanto, los adultos deben orientar su aprendizaje hacia espacios que le permitan vivir la expresión de su sexualidad de manera saludable, así como establecer habilidades sociales adecuadas de acuerdo a su edad.

Por eso es importante que los educadores y familiares de estas personas tengan una guía sobre el manejo y orientación de la información y los temas relacionados con el proceso de desarrollo de la sexualidad. La cual debe ser individualizada y entendible,

buscando estrategias y técnicas para poder explicarles aspectos reproductivos físicos, afectivos, sociales y psicológicos, puesto que cada persona experimenta la sexualidad de distinta forma.

Existen en la actualidad instituciones que tienen como objetivo el integrar a personas con discapacidad, en este caso síndrome de Down a la sociedad y al mundo laboral, sin embargo en algunas de estas el tema sobre educación sexual no se aborda de la manera más adecuada o en algunas ocasiones simplemente no se acata.

Además debemos tomar en cuenta que los padres son los principales formadores en la educación de sus hijos, por lo que la poca participación de los padres de familia para hablar de estos temas tampoco beneficia mucho a estas personas. Uno de los problemas por lo que ocurre esto puede deberse a que los padres de familia al igual que los educadores no tienen las estrategias necesarias para poder orientar a personas Down respecto a sexualidad o que simplemente no tiene la información necesaria sobre cómo hacer esto. Por ende el propósito de esta investigación fue explorar la dinámica de educación sexual que realizan los padres de familia a con su hijo Down.

### **1.3 Hipótesis**

A mayor conocimiento por parte de los padres de familia de personas con síndrome de Down sobre educación sexual mayor calidad en la enseñanza por parte del padre hacia sus hijos sobre el tema de sexualidad.

### **1.4 Objetivo**

Los objetivos del presente estudio son:

Objetivo general

- Conocer si al educar a los padres en sexualidad, estos educan a sus hijos Down en el tema de la sexualidad.

#### Objetivos específicos

- Identificar la calidad de la orientación sexual por parte de los padres hacia las personas con síndrome de Down por medio de una encuesta.
- Identificar las dificultades que enfrentan los padres al educar sexualmente a sus hijos Down.

### **1.5 Justificación**

En muchas de las ocasiones el no tener las estrategias o la información necesaria para educar sobre sexualidad a personas con síndrome de Down, como primera base a nuestros hijos, es la justificación principal que tenemos para no hacerlo. Pero al momento de no hacer esto, ocurre que los hijos reciben información a veces equivocada fuera del ambiente familiar y ocasiona ideas incorrectas en la persona. Es entonces cuando los padres no saben cómo acercarse a sus hijos y prefieren pensar que estos no necesitan tal información ya sea porque los ven como eternamente niños o por otras razones. Pero aunque los principales educadores de personas con síndrome de Down son los padres estos necesitan de los educadores o maestros para que la información sobre sexualidad llegue de manera correcta a las personas Down.

Por consecuente, la educación sexual en personas con síndrome de Down es sumamente importante, puesto que son personas que tienen un desarrollo físico, emocional y sexual el cual deben tener conocimiento de ello para aprender a relacionarse con las demás personas y conocerse a ellos mismos, así mismo

prevenir primeramente un daño afectivo, el abuso sexual, el embarazo precoz o en alguno de los casos las enfermedades de transmisión sexual.

Por lo cual al contribuir en el conocimiento de los padres sobre cómo educar de sexualidad a estas personas con síndrome de Down, obteniendo cualquiera de los resultados, se podrá obtener conocimientos sobre si existe educación sexual de parte de los padres hacia las personas con síndrome de Down, también se sabrá de qué forma los padres abordan este tema con ellos, ya que en ocasiones no basta con tener el conocimiento, sino también las estrategias que utilizo para promover el conocimiento en el niño. Lo cual beneficiara primeramente a las personas con síndrome de Down para que desde edades tempranas puedan iniciar con una educación sexual y tengan más posibilidad de ser independientes y vivir en una mejor integración social. Posteriormente se beneficiará a los padres de familia de estos y a educadores y profesionales que colaboren con estas personas.

## **1.6 Limitaciones del estudio**

El trabajo de investigación se realizó con los padres de familia de 13 alumnos síndrome de Down de las instituciones; Centro de Atención Múltiple y Centro de Atención Múltiple Estatal.

### **1.6.1 Delimitaciones del estudio**

Las delimitaciones de la presente investigación son las siguientes:

- La poca población que existe de personas con síndrome de Down en la localidad.
- Poca información científica relacionada con la educación sexual para la persona con síndrome de Down.

## **CAPITULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **2.1 Marco de referencia del Síndrome de Down**

##### **2.1.1 La genética del síndrome de Down**

El síndrome de Down es una condición congénita que también se caracteriza por retraso mental y malformaciones asociadas; es la principal causa genética de retraso mental.

La genética humana se transmite de generación a generación por medio de unas estructuras llamadas cromosomas, normalmente todos tenemos en nuestro cuerpo 46 cromosomas agrupados en pares, cuando ocurre la fecundación, el óvulo de la mujer cuenta con 22 cromosomas y el espermatozoide del hombre con otros 22, que al ocurrir esto se forman 22 pares de cromosomas, estos contienen información

necesaria para que el individuo obtenga sus características particulares, es por eso que se le llaman autonómicos (Ortega Tamez, 1997).

Estos 22 pares de cromosomas no son sexuales, por lo cual solo faltaría el cromosoma sexual, el cual lleva información solo para determinar el sexo del individuo, la mujer tiene el par sexual cromosómico XX y el hombre un cromosoma X y uno Y, se formara una niña si se concierne una pareja de cromosomas X, y un niño si el par sexual se conforma de un cromosoma Y y otro X, formándose así los 23 pares de cromosomas.

El síndrome de Down ocurre cuando es afectado el cromosoma 21, a esta afectación se le conoce como trisomía 21. Esto sucede al momento en el que el óvulo o el espermatozoide aportan 24 cromosomas en vez de 23, correspondientes al par 21, es decir al momento de unirse los 46 pares, en el par 21 se agruparan 3 por lo cual, en lugar de tener 2 cromosomas en cada par, en este se anexara uno más siendo tres y acumulando 47 pares en total.

Este desequilibrio de genes originado por la presencia del cromosoma extra es el causante de las modificaciones estructurales y funcionales que se manifiestan en una persona con síndrome de Down (Castro Volio, 2007). Se debe tomar en cuenta que la palabra síndrome es un término médico, este define el conjunto de síntomas y signos que suelen aparecer de manera agrupada lo cual demuestra la presencia de una alteración médica concreta.

Ahora bien, el médico inglés John Langdon Down, es quien descubrió y definió en el año de 1866 este síndrome, es por eso que se nombró igual que su apellido. En la década del siglo XX ya se pensaba que el síndrome de Down podría deberse a alguna anomalía cromosómica, pero no fue hasta el año de 1959 que se confirmó que el síndrome de Down si se debía a una anomalía cromosómica con un desequilibrio causado por la presencia de tres cromosomas en el par 21 (Borrel Martínez, 2010).

El origen de este síndrome se manifiesta si la fecundación ocurre tempranamente antes de que el proceso enzimático esté listo, la separación puede fallar y producirse una disyunción, es decir, se debe a la mala separación de la pareja 21 al formarse el óvulo o el espermatozoide. Es por eso que ambas cromosomas emigran o se trasladan hacia el mismo polo celular formando la trisomía. Este error ocurre con mayor frecuencia en el óvulo más que en el espermatozoide.

La causa de esta disyunción aun se desconoce, pero se sabe que entre mayor sea la edad de la madre, es decir, a partir de los 35 años, hay una mayor probabilidad de que engendre un hijo con este síndrome. Esto no salva de que cualquier mujer pueda engendrar a un hijo con síndrome de Down a cualquier edad.

Anteriormente se mencionó que el síndrome de Down se debía a una disyunción, esta causa se presenta en el 95% de la población. En el 3 o 4%, la trisomía 21 es debida a una translocación, esto sucede al separarse los dos cromosomas 21 en la formación del óvulo o el espermatozoide, uno de ellos, o un trozo o segmento de ellos queda unido a otro cromosoma, en la mayoría de los casos al cromosoma 14, formando así un solo cromosoma (García Escamilla, 1990).

Las translocaciones pueden ocurrir durante la fertilización pero también puede ser debido a una herencia de los progenitores, causado por una condición cromosómica materna o paterna, esto no quiere decir que el padre o la madre tengan síndrome de Down, pero durante la fertilización el óvulo o espermatozoide pueden aportar 2 cromosomas 21 que se sumarán al cromosoma 21 de su cónyuge. Este es el único caso de síndrome de Down que puede prevenirse, pues al saber que algunos de los progenitores tienen una translocación balanceada puede efectuarse un asesoramiento médico y un estudio genético.

Por último el 1 o 2% de la trisomía 21 es debido a casos por mosaicismo cromosómico, esto se debe a que solo una fracción de células del organismo tiene

trisomía 21, esto ocurre en una fase posterior a la concepción, debido a una mala segregación de los cromosomas 21 en alguna de las divisiones iniciales de las células, es por eso que las células que se derivan de la célula donde hubo mala segregación tendrán trisomía.

### **2.1.2 Características del síndrome de Down**

Una persona normal es parecida a una persona con síndrome de Down, pero existen características propias de esta persona que lo hacen un poco diferente a los demás, características físicas, psicológicas, cognitivas y características sociales.

El crecimiento de los bebés con síndrome de Down es muy parecido al desarrollo de los demás niños, aunque lo hacen de una forma más lenta, esto es porque en su etapa infantil el sistema inmunológico aún es inmaduro y es más fácil que pueda atrapar infecciones, algunas de las principales son respiratorias, intestinales, problemas del corazón, causas principales que en esta etapa pueden llevar al niño a la muerte. Las personas con síndrome de Down tienen muchísimas más características que las hacen ser personas únicas y diferentes, las cuales se describen más adelante.

### **2.1.3 Características físicas del síndrome de Down**

Las personas con síndrome de Down apropiadas un gran número de características físicas que lo hacen diferente a una persona normal. Una de las características presentes en la mayoría de las personas Down es la talla baja, al nacer la longitud de los niños es menor que la de las niñas. Estas personas nacen un poco antes del periodo normal, a las 38 semanas de gestación y su peso normal es aproximadamente de 2 kilos y medio. Es por esto que en edades tempranas presentan talla y peso menor. Pero al crecer, a partir de la adolescencia tienden a la obesidad pero su talla sigue siendo de igual forma baja.

Al nacer, estas personas son pálidas, su piel es inmadura, fina y delgada. Los problemas cutáneos que con mayor frecuencia presentan son trastornos tróficos de

la piel, como la xerosis, que es cuando presentan piel seca, pueden desarrollar otras enfermedades de la piel con la cual se debe tener especial cuidado en la higiene de la piel, ya que tienden a presentar a partir de la pubertad piodermatitis y forunculosis. El cutis de las personas Down suele ser marmorata, la piel parece amoratada y manifiesta más pronto el envejecimiento, con mayor frecuencia en las zonas que están expuestas a las radiaciones solares (Borrel Martínez, 2010).

Las vías respiratorias de estas personas también son una característica peculiar, puesto que suelen presentar problemas de asma, ronquido y síndrome de apnea obstructiva del sueño, este último se produce por la obstrucción de las vías respiratorias, lo cual provoca la reducción de la cantidad de oxígeno disponible en la sangre y despertares que dan lugar a un sueño interrumpido.

Otra característica específica del síndrome de Down son los labios, estos tienden a ser secos y con fisuras, debemos recordar que estas personas también tienen problemas para respirar y es por eso que al mantener mucho tiempo la boca abierta sus labios se vuelven de esta forma, a una edad más grande en los varones los labios se vuelven blancos y gruesos.

La cavidad bucal de estas personas es pequeña, la forma de la lengua es redondeada o en forma de roma en la punta, la dentición se presenta tardíamente, apareciendo entre los 9 a los 20 meses, la raíz es más pequeña y presentan una baja incidencia de caries y es relativamente frecuente la boca entreabierta por falta de tono muscular. Las encías sufren una resorción prematura con pérdida de piezas dentales, lo cual dificulta la alimentación. Esto puede traer consecuencias como malformación congénitas, es decir signos de obstrucción digestiva, trastornos en la función de la masticación donde la erupción dental está frecuentemente retrasada conduciendo a una adquisición tardía del hábito masticatorio, trastornos en la deglución que origina con frecuencia atragantamientos e, incluso, aspiración de alimentos o líquidos, estreñimiento y celiaquía (García Escamilla, 1990).

La nariz de la mayoría de estas personas es pequeña, el puente nasal es aplanado, la parte cartilaginosa es ancha y triangular y la mucosa es gruesa. En los ojos, el iris presenta ciertas manchas de color morado o blanquizco llamadas manchas de Brushfield, en el 75% de las personas con síndrome Down presentan problemas oculares, los más comunes son la refracción, el estrabismo, hipermetropía y miopía (Ortega Tamez, 1997).

En el oído, el pabellón auricular es generalmente pequeño, el doble del antelix es grueso y grande, la implantación es baja, y estas personas generalmente presentan malformaciones en el conducto auditivo interno y otitis crónica.

El cuello de estas personas es corto y ancho, el occipital es plano y el crecimiento del cabello comienza muy bajo. Sus extremidades son cortas, las proporciones de los huesos son largos, sus dedos son reducidos, el meñique es curvo y la mayoría de las veces le falta la falangina, el pulgar es pequeño, sus manos son planas, la línea de su mano llamada línea del corazón es transversal, los pies son redondos y el primer dedo está separado de los otros cuatro, siendo el tercer dedo el más grande de todos los demás (Borrel Martínez, 2010).

El pecho de las personas Down es redondo, la espina dorsal no presenta la curvatura normal, esta tiende a ser muy recta o con xifosis dorso lumbar y a veces suelen presentar 11 pares de costilla.

El cabello de estas personas suele ser fino, lacio y sedoso pero durante el crecimiento el cabello se pone seco apareciendo la calvicie.

Los genitales, son otro carácter que difiere a las personas Down de los demás, los caracteres sexuales primarios y secundarios de estas personas generalmente suelen aparecer tardíamente y en ocasiones quedan incompletos.

En el hombre se diferencia porque su pene suele ser más pequeño que en cualquier otra persona normal, otra característica es que aproximadamente solo a la mitad de los hombres con síndrome de Down les desciende los testículos por lo cual nunca alcanzan su pleno desarrollo. El vello púbico de estas personas es escaso y en las axilas no presentan vello.

En las mujeres la menstruación se presenta de manera tardía y la mayoría de las veces de forma irregular, la menopausia al contrario se presenta en una edad más joven. El vello púbico tiende a ser lacio y escaso. Las mujeres con síndrome de Down generalmente son fértiles, en cambio los hombres no lo son.

Aproximadamente en un 50% de los niños que nacen con síndrome de Down presentan cardiopatía congénita, esto debido a que el desarrollo embrionario o fetal del corazón no se ha efectuado normalmente por lo cual existe una abertura que conecta a las dos partes laterales del corazón (Borrel Martínez, 2010). Si esto no se detecta rápidamente, pueden ocurrir entonces muchos problemas cardiacos para estas personas, provocando fallecimiento en los niños Down en su primer año.

Por las características físicas que presentan estas personas, nos damos cuenta que están propensas también a contraer muchas enfermedades. En las personas con síndrome de Down de cualquier edad, aumenta el riesgo de contraer alteraciones tiroideas, lo cual requiere ser detectado a tiempo si esta enfermedad se presenta, puesto que el crecimiento del cuerpo al igual que el desarrollo cognitivo requiere que los niveles de la hormona tiroidea sean normales. Los signos de hipotiroidismo pueden ser muy delicados y fáciles de detectar en estas personas, estos a su vez pueden ser confundidos por las características propias de este síndrome, es por esto que a veces pasan desapercibidos.

Finalmente, al llegar a una edad mayor, es decir, a la vejez, las personas con síndrome de Down frecuentemente presentan anomalías cerebrales de la enfermedad del Alzheimer, esto debido a que un gen participe en el desarrollo de la

enfermedad del Alzheimer esta en el cromosoma 21, en consecuencia de esto se debe prevenir o estar alerta en la aparición de síntomas de demencia o algunos otros que caractericen a esta enfermedad (Castro Volio, 2007).

#### **2.1.4 Características cognitivas y psicológicas del síndrome de Down**

Las personas con síndrome de Down suelen tener poca iniciativa, poca capacidad para cohibirse, menor capacidad de respuesta y de reacción frente al ambiente, le ponen poco empeño a las tareas y utilizan la capacidad social para esquivarlas, en ocasiones suelen ser colaboradores, sociables y muy afectuosos. Cuando entran al mundo laboral tienden a mostrarse constantes, perseverantes, puntuales y responsables al realizar sus tareas (Ruiz Rodríguez, 2011a y 2011b).

Estas personas suelen tener también dificultad para mantener la atención, si hay interés en la actividad es probable que exista la atención, dependerá del grado de motivación que tenga la persona. Pero si no es así, es probable que exista dificultad para centrar la atención durante periodos de tiempo prolongados.

Las personas Down suelen ser muy propensos a caer en la distracción frente a estímulos diversos y novedosos. Presentan lentitud al procesar información y al interpretarla, le cuesta trabajo resolver problemas y atender diferentes situaciones a la vez. En la orientación espacial y temporal también presentan dificultad y en los problemas con el cálculo aritmético. Sabemos que la persona Down presenta deficiencia intelectual es por ello que les cuesta entender instrucciones que son dadas en orden secuencial, estas personas pueden entender textualmente lo que les dicen pero no entienden ni las bromas, ni las frases que son con doble sentido.

La percepción es una característica de las personas con síndrome de Down, estas suele presentarse en una cognición donde el procesamiento y el recuerdo basado en la información visual es mucho mejor que la información que procesan por medio de lo que oyen, es decir, el medio verbal (García Escamilla, 1990).

Esto confirma que desde bebés, a diferencia de los otros niños, los niños con síndrome de Down desde pequeños van progresando y aprendiendo de una manera diferente a los otros, esto sucede porque en la cognición al igual que en la comunicación perciben distinto y no solo existe retrasos en el desarrollo, sino que también estas personas van estableciendo su aprendizaje de forma diferente.

Las habilidades que muestran tener las personas con síndrome de Down según sus características, es que su memoria visual a corto plazo es más mejor que su memoria verbal. Es así como estas personas aprenderán más fácilmente si se les presenta información de manera visual, es decir de forma que pueda ser vista por ellos.

A pesar de tener estas habilidades, las dificultades que presentan con la memoria verbal a corto plazo son importantes, pues la mayoría de la información que se recibe en el transcurso del día es de manera verbal, las personas se dirigen al niño brindándole información a partir de lo que les dicen y de lo que le hablan, ofreciendo la información al niño de forma verbal, la cual el niño Down va a procesar y recordar con dificultad (Ortega Tamez, 1997).

No solo esta desventaja tienen estas personas al presentar problemas con su memoria verbal. Una persona para aprender hablar necesita aprender palabras, aprender frases, y la memoria verbal a corto plazo es un elemento importante para llevar a cabo este aprendizaje, recordemos que para pensar y razonar es necesario utilizar las habilidades del lenguaje. Y en estas personas el nivel lingüístico va por detrás de su nivel lector, de su capacidad social y de su inteligencia general, es por eso que presentan dificultad para dar respuestas verbales, en estas personas el retraso en el lenguaje les traerá dificultades para realizar las actividades cognitivas necesarias, pero hay que tomar en cuenta que su lenguaje comprensivo es mejor que el expresivo.

Otra característica es el desenvolvimiento psicológico del niño Down, este suele ser lento, al igual que los patrones de aprendizaje, como ya se mencionó anteriormente, el grado de desarrollo mental que logre alcanzar la persona Down dependerá de su genética, del ambiente, la estimulación y la educación a la que el niño este expuesto (Ruiz Rodríguez, 2011a y 2011b). Recordemos que la genética es el único factor que no se puede modificar, pero los demás son susceptibles de ser modificados.

En su desarrollo motor, las personas con síndrome de Down presentan ausencia de reflejo motor e hipotonía muscular, esto implica retardo en el desarrollo motor. En la etapa inicial estas personas suelen seguir los mismos pasos de desarrollo motor que los demás niños, pero a estos les lleva más tiempo desarrollar la fuerza y el control motor, por lo cual necesitan tener más práctica para poder desarrollarse.

Las habilidades motoras que realizan son torpes, tanto la gruesa, donde se utilizan brazos y piernas, como la fina, es decir, la coordinación ojo y mano, estas suelen ser menos controladas y solo pueden alcanzar un mejor desarrollo mediante la práctica. Estas personas tienen también articulaciones más flexibles es por eso que presentan lentitud en sus realizaciones motrices, por lo cual les lleva más tiempo desarrollar el equilibrio para mantenerse de pie y andar. Presentan mala coordinación y dificultades con lo antigravitatorio, es decir saltar y subir, por esto sucede que estas personas tienden al sobrepeso (Ortega Tamez, 1997).

Una característica psicológica peculiar que presentan las personas Down es la tendencia a la persistencia de las conductas y resistencia al cambio, es decir, la obstinación, esto es debido por su deficiencia mental lo cual les impide cambiar rápidamente de actitud o de una actividad a otra, cuando se les pide que realicen algo, es probable que estas personas se nieguen y traten de imponer su voluntad, repitiendo una y otra vez las actividades que les gustan o les place realizar.

La imitación es otra característica de estas personas, y es normal no solo en ellos, sino también en cualquier otro individuo. Esta característica puede ser un elemento

positivo en estas personas, pues les ayuda a reforzar su aprendizaje y además colaborar en la comunicación, en el habla y el lenguaje.

Por último la afectividad es una característica más de la persona Down, esta es una de las que más destacan, pues su forma de ser tiene mucho que ver con esta propiedad. Cuando una persona Down crece en un ambiente familiar estable y que exista afecto es más probable que progrese intelectual y socialmente mejor, y al brindarle cariño y afecto será un aspecto positivo en los valores afectivos que esta persona desarrolle. Estas personas también suelen ser afables, les gusta bailar, cantar y palmeo lo cual también representa un aspecto positivo en el desarrollo del niño si este se le fomenta.

### **2.1.5 Características sociales del síndrome de Down**

Cuando un bebé con síndrome de Down nace, en sus primeras etapas el desarrollo social es un punto fuerte, pues en la interacción social y en la sonrisa su retraso es leve comparado al retraso que presentan en el desarrollo motor, aprendizaje y lenguaje. Por ejemplo, en la comunicación estas personas suelen tener facilidad para comunicarse mediante sus gestos pero mediante el habla les suele ser más difícil, es por eso que comprenden más de lo que pueden decir.

Desde que nacen estas personas tienen la característica de ser muy sociables, cuando el bebé comienza a mirar y sonreír ya se va desarrollando lo emocional y social de esta persona, aprenden a comprender las expresiones faciales, los tonos de voz, las posturas corporales, esto sucede porque son medios por los que expresamos como nos sentimos y para ellos es fácil comprenderlo.

García Escamilla (1990) menciona que los niños con síndrome de Down son excesivamente sociales y afectivos con las personas que lo rodean, si desde pequeños se les motiva mediante aprendizajes e ideas ellos suelen actuar con simpatía y buen sentido del humor. Se adaptan fácilmente al medio, y aunque su lenguaje de expresión es acotado, son capaces de hacerse entender. Cuando se

presenta un ambiente de indiferencia estas personas suelen inhibirse y entonces suelen comportarse de mal carácter.

Debemos tomar en cuenta que estas personas tienen un coeficiente social mayor al coeficiente intelectual, pero que depende también el ambiente familiar e integración para la adaptabilidad social en el que se desarrolle esta persona, es decir, si no existe una intervención consecuente en este aspecto, la persona puede llegar presentar un nivel de interacción bajo.

Las personas Down no suelen ser agresivas como muchos piensan, mientras convivan en un ambiente adecuado, pero si el ambiente es hostil es probable que establezcan esta conducta ya sea por imitación o defensa propia. Es por ello que debe existir una educación de doble dirección, preparar a la persona con síndrome de Down para el acercamiento con la sociedad y concientizar a la sociedad de la necesidad de admitir a todo tipo de personas, aceptando sus diferencias.

## **2.2 Marco de referencia de la Sexualidad**

Es importante conceptualizar el tema de sexualidad y las diversas ramas que lo componen, es por ello que en este apartado se hablara del tema de sexualidad, sin dejar de lado el síndrome del Down.

### **2.2.1 Concepto de sexualidad**

Hoy en día, la sexualidad se percibe como un todo de condiciones biológicas, psicológicas, cognitivas, afectivas y sociales que distinguen a una persona de las demás, como perteneciente a un sexo. Lo cual puede determinar la manera de comportarse de cada individuo tomando en cuenta su género y cultura (Ruiz Rodríguez, 2011a y 2011b). De esta manera, se puede decir que la sexualidad se manifiesta en la función biológica influyendo totalmente en las características propias de cada persona. En el cual al comunicarse y expresar afectos con otras personas puede obtener un grado de profundidad e importancia.

Valverde Hernández (1994) menciona que la sexualidad se forma y está influida por las tradiciones, costumbres y prácticas de crianza infantil de cada cultura, además interviene la moral y la creencia religiosa, como ejemplo, la forma de vestir de la madre y padre, es uno de los muchos factores de como los niños y niñas van aprendiendo de sus padres la manera de comportarse y de actuar. Dice también que la sexualidad también es una relación humana, puesto que los seres humanos viven por naturaleza en sociedad, lo que implica comunicarse con otras personas con la finalidad de crear vínculos de solidaridad, afecto, confianza, amistad, seguridad y respeto.

Por ello se debe dejar claro que la sexualidad va mas allá de lo que es el sexo, es un tema que se debe abordar desde una visión más extensa, tomando en cuenta aspectos como la autonomía, la autoestima, las reglas de cortesía básica, la amistad y la integración social, lo cuales aportaran en la identidad de la persona, contribuyendo en su proyecto de vida y las diferentes dimensiones que permitan que la persona ejerza responsablemente su sexualidad.

La sexualidad es una parte importante en la vida de cualquier persona, primeramente porque todos somos seres sexuados, y en ella existen distintas formas de vivirla, sentirla y ejercerla. Nuestra sexualidad se desarrolla desde el día en que se nace y va cambiando a lo largo de la vida. Los aspectos biológicos de la sexualidad están básicamente definidos por los componentes genéticos, es decir, la estructura de los órganos genitales, la capacidad para procrear, y los demás componentes de la sexualidad son los que ayudan a definir con quien nos relacionamos ya sea de forma sexual o no, para brindarse placer o no, para colaborar en la creación de un nuevo ser y aspectos que nos hacen ser una persona sexuada.

Según la Organización Mundial de la Salud, la sexualidad es un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de toda su vida. Abarca al sexo, las identidades y los

papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual (Rivera Sánchez, 2008).

Menciona Sigmund Freud, que en la sexualidad de las personas está incluido el amor en un sentido amplio, tal como lo hablan los poetas (Meresman, 2012). Abarcando en la sexualidad humana aspectos como el erotismo, la búsqueda del placer, el derecho a la privacidad, al deseo, los cuales se involucran totalmente con los sentimientos, las emociones, los afectos y las sensaciones, características que hacen distinguir al ser humano de otras especies. Entonces, al hablar de sexualidad no solo nos referimos a las relaciones sexuales, sexualidad alude al conjunto de relaciones que los individuos establecen entre si y que te hacen ser una persona sexuada.

## **2.2.2 Términos correspondientes a la sexualidad**

Es fundamental dejar claro el significado de varios términos que se relacionan con sexualidad, los cuales son importantes que personas encargadas de la educación sexual entiendan cada uno de estos significados y así puedan comprender que el hablar de sexualidad no solo se limita a la genitalidad o a la relación coital, si no a una totalidad que va mas allá del desarrollo integral de la persona que fundamenta la importancia de educar sobre este tema.

### **Sexo**

El termino sexo, desarrolla una definición equivocada que tienen las personas, cuando se piensa que al mencionar la palabra sexo nos referimos a la práctica sexual, pero técnicamente no es así, el sexo es el encargado de clasificar a los seres humanos en dos grupos, uno es el masculino y otro es el femenino.

Barragán Madero (1991) Dice que cuando vemos a una persona podemos identificar su sexo guiándonos simplemente por su aspecto físico, a esto se le llama sexo somático. Que es cuando vemos solamente las características sexuales secundarias de la persona, pero para determinar detalladamente el sexo de una persona, es

necesario basarnos en su sexo genital, es decir, la presencia de un pene o una vagina, las características sexuales primarias.

Otro criterio que puede definir también el sexo de una persona, que requiere un análisis más especializado, es por medio del sexo gonadal, es decir por medio de los testículos y los ovarios. El sexo genético es otra forma de definir el sexo de una persona, este se determina por medio de los cromosomas.

Los criterios mencionados anteriormente son formas de definir el sexo ya sea física o biológica, pero también existen psicológicas, esto se refiere a la forma o actitud que toma la persona respecto a su sexo, ya sea si se considere mujer u hombre indistintamente de su sexo genital.

Entonces el sexo es el conjunto de características biológicas que definen a los seres vivos en dos grupos: hembras y machos, este inicia en la fecundación y se prolonga a lo largo del desarrollo y la maduración (MEP, 2007). En el caso de los seres humanos se denominan: hombres y mujeres (Rivera Sánchez, 2008).

### **Identidad sexual**

Es la convicción y aceptación de ser hombre o mujer, puede corresponder al sexo biológico o no. Esta creencia interna puede reflejar o no la apariencia externa o el rol de género que impone la sociedad o que uno desarrolla y prefiere. Por lo general la identidad de género y la identidad sexual van de acuerdo.

### **Orientación sexual**

Se refiere a la preferencia, atracción erótica y/o afectiva de una persona hacia otra persona, se define a partir de su identidad sexual. Los términos homosexual, heterosexual y bisexual son los que se utilizan para clasificar las orientaciones sexuales.

**Homosexual**

Se refiere a aquellas personas cuya atracción erótica-afectiva está orientada a personas que poseen el mismo sexo.

**Heterosexual**

Se refiere a aquellas personas cuya atracción erótica-afectiva está orientada a personas que poseen el otro sexo.

**Bisexual**

Se refiere a aquellas personas cuya atracción erótica-afectiva está orientada a personas que poseen su mismo sexo o el otro, o ambos indistintamente.

**Género**

Se refiere a los aspectos psicológicos, sociales y culturales que se adjudican a las personas, básicamente, de acuerdo con su sexo. Alude a los procesos de socialización de la masculinidad y feminidad, que se llevan a cabo en hombres y mujeres.

**Relaciones sexuales**

En tanto toda persona es un ser sexuado, relaciones sexuales se refiere a las interacciones entre seres humanas/seres humanos. También se le llaman relaciones humanas.

**Genitalidad**

Se refiere al uso y función de los órganos genitales, específicamente refiere al contacto y/o roce entre genitales.

**Coito**

Relación sexual genital o no, que implica penetración pene-vagina, pene-ano.

## **Afectividad**

Capacidad de vincularse consigo mismo(a) y con los(as) demás para el autocuidado, el cuidado y el crecimiento mutuo.

## **Placer**

Son todas aquellas sensaciones agradables producidas por la satisfacción de necesidades primarias como hambre, sed, excreción de heces fecales, entre otras, hasta llegar a las propias excitaciones genitales.

La importancia de definir todos estos términos es que en muchas ocasiones el concepto que se tiene de sexualidad está muy distorsionado, es entonces donde entra la problemática sobre cómo hablar con nuestros hijos sobre este tema, en ocasiones existe la incomodidad y la vergüenza al hablar aspectos sobre sexualidad, o el no saber cómo hacerlo es una incógnita que manifiesta el problema que presentan las personas, ya sea adultos y jóvenes que desde pequeños no han tenido la orientación necesaria sobre sexualidad por parte de sus padres.

### **2.2.3 Desarrollo psicosexual en la persona Down**

Freud afirma que la sexualidad la trae el ser humano desde el momento en que es fecundado, la cual se va desarrollando a lo largo de su crecimiento y por ende es de suma importancia en la vida de cualquier persona, sin descartar a la persona con síndrome de Down. Freud divide el desarrollo del ser humano en cinco etapas psicosexuales; la oral, la anal, la fálica, latencia y genital (Papalia Diane, Wendkos Olds, & Duskin Feldman, 2005).

La primera etapa ya mencionada es la oral, a esta también se le llama etapa simbólica o de la confianza básica, abarca desde el nacimiento hasta los 18 meses de edad. Durante esta etapa la boca es la zona de satisfacción, por eso su nombre, y a lo largo de esta etapa se presenta una interdependencia entre el niño y la madre, una manifestación es la succión del pecho de la madre durante la alimentación.

En el niño con síndrome de Down esta etapa se alarga mucho más, la cual puede quedar permanente durante un tiempo prolongado de su vida, esto debido a que para algunas madres esta dependencia no se limita y para el niño es necesario para sobrevivir. La conducta de succionar puede manifestarse también en otras edades, como por ejemplo en la adolescencia cuando chupamos una paleta, o una joven Down se chupa el dedo o cuando besamos, se experimenta el sentir placer. La etapa oral termina cuando el niño sea capaz de diferenciar entre su mundo interno y pueda interpretar el externo.

La etapa anal inicia al finalizar la etapa oral, básicamente a los 18 meses y dura hasta los 3 años de edad, también se le llama etapa de separación. En esta etapa inicia la aparición del lenguaje, lo cual permite que el niño tenga una mayor clarificación de lo que piensa y siente, a esta edad el niño Down solo es capaz de pronunciar palabras, algunas las domina, en ocasiones solamente emiten susurros o sonidos.

En esta fase también el niño aprende a caminar y comienza la separación con la madre, al dar sus primeros pasos el niño está marcando ya su independencia y autonomía, en los niños con síndrome de Down esto suele retrasarse un poquito más por lo cual debe haber más vigilancia y cuidado, lo cual afecta un poco la independencia del niño. En esta etapa también se desarrollan las relaciones interpersonales y el niño es capaz de comprender lo que el adulto le ordena, siendo capaz de saber que si hace caso se le premiará y si no lo hace se le castigará.

En la etapa fálica, también llamada como identificación primera, comienza en niños de 2 años de edad y termina a los 6 años. En esta etapa la zona que tiene mayor placer se localiza en los genitales, es por ello que la masturbación es un acto que se presenta a esta edad, la cual proporciona al niño conocer sus genitales, descubrir el placer de tocarlos.

En la persona síndrome de Down esto se presenta en la edad de la adolescencia. En esta etapa también se presenta el conocimiento de los diferentes sexos, y la diferencia que existe entre ellos, esto debido a que a esta edad comienza la socialización con diferentes personas, ya sea en la escuela e inicia la convivencia diaria, el intercambio de experiencias y sentimientos.

En esta fase el niño es capaz de reconocer porque es hombre y el descubrimiento de sus genitales le ofrece un símbolo de seguridad y hasta orgullo de poseer sus órganos masculinos. En cambio en las niñas al saber que sus genitales son diferentes a lo de los varones esto les puede manifestar la sensación de que les hace falta algo, o asustarse por que los hombres tienen algo diferente a ellas. Por ello y por los roles sociales que la familia presenta, se puede presentar el complejo de castración, lo cual impulsa a que se presente el complejo de Edipo.

Esto se debe a la relación triangular que existe en la familia, ya sea del hijo a la madre y al padre o de la hija al padre y la madre, si el complejo de Edipo se da en el hijo, en este la madre se convierte en el único centro exclusivo de amor, por lo cual ahora tendrá que competir con el padre, lo mirara como rival, ya que es el único que lo excluye de la madre como actividad genital. Y en la niña será igual pero ahora con el padre. Los sentimientos que el niño exprese hacia sus padres, el amor hacia su madre y el hecho de tener que renunciar ocasionan que rechace de alguna forma a su padre por miedo a ser castrado y su necesidad de identificarse para afirmar su identidad sexual.

En las personas con síndrome de Down es diferente, estas buscan otras maneras distintas de sentir placer y la necesidad de relacionarse con el sexo femenino en caso de los varones y masculino en caso de las mujeres, y el complejo de Edipo tiene otras variantes, puede ser remplazada la mamá por la maestra o ya sea una compañera de la escuela y es por eso que pueden existir besos y abrazos a personas de la instituciones, ya sean compañeros, maestros, etc. La manera de que se resuelva el complejo de Edipo dependerá en gran medida en la manera en la que

la persona valore su propia anatomía, se acepte a sí misma y pueda relacionarse con personas de su mismo sexo sin aislarlos o aislarse de ellos.

La etapa de latencia se presenta entre los 6 y 11 años de edad, en esta etapa los niños comenzaran a construir el súper yo social y colectivo. Comienzan a tener un contacto más amplio con su mundo externo y los elementos de su yo consolidan su personalidad, en esta fase también es importante la búsqueda de su identidad sexual.

En el caso de las personas con síndrome de Down la búsqueda de su identidad sexual es de suma importancia, puesto que si la persona pertenece a una institución donde solo se relaciona con personas de su mismo sexo, puede provocar una orientación sexual equivocada, ya sea porque no tuvieron la oportunidad de relacionarse con personas de su diferentes sexo. Al terminar esta etapa el joven debe ser capaz de lograr su identificación psicosexual, donde tendrá que comportarse de acuerdo a su sexo y jugar el rol que le corresponde.

Por último, la etapa genital comienza entre los 10 y 11 años de edad, en esta fase ya existe el interés por las actividades sexuales, el ajuste heterosexual aparece hasta la pubertad, en esta etapa aprender a centrarse en sus impulsos sexuales y manifiestan por última vez el sexo genital del adulto. En la persona con síndrome de Down esto puede alcanzarse en algunas ocasiones y en algunas no.

El desarrollo psicosexual se presenta en cualquier persona, siendo este también en la persona con síndrome de Down, este determinara el comportamiento de la persona y su desarrollo y maduración sexual dependerá en gran parte del individuo pero también del mundo que lo rodea.

#### **2.2.4 La educación sexual**

La educación sexual es un proceso de conocimiento personal integral, físico, psicológico y sociocultural, que le permite a cada individuo mejorar su calidad de

vida, no solamente su salud reproductiva. De este modo se convierte en una educación más integral y cumple así su propósito de integración del individuo a la familia y la comunidad, (Pick de Weiss & Vargas Trujillo, 1990).

Barragán Madero (1991) entiende a la educación sexual como el proceso de construcción de un modelo de representación y explicación de la sexualidad humana acorde a nuestras potencialidades, con el único límite de respetar la libertad de las demás personas como un proceso de construcción de las diferentes nociones sexuales, considerando que la sexualidad es un conjunto amplio de manifestaciones permanentes durante toda la vida del ser humano.

Para poder llevar a cabo una educación sexual, se deben considerar dos aspectos importantes, uno es la formación y el otro es la información. La formación es el proceso de adquisición de aprendizaje sobre sexualidad que se da primordialmente desde la familia, que incluye valores, normas, actitudes acerca de la sexualidad. La información se refiere a todos los conocimientos que se adquieren de manera formal o informal sobre la sexualidad ya sea desde nuestra casa, por partes de nuestros amigos o hermanos, desde la escuela o desde instituciones que solo proporcionan información para educar.

### **2.2.5 La importancia de la educación sexual**

Aun existen muchos mitos y tabús sobre cómo educar sexualmente, se cree que son temas complicados y difíciles de abordar, y aunque hoy en día este tema se trata más abiertamente, aun siguen existiendo incógnitas sobre cómo hacerlo.

Valverde Hernández (1994) señala que la sexualidad siempre es un tema polémico, esto debido a que muchos padres de familia han sido educados en silencio y crecen con la idea de que estos temas son reservados y prohibidos. Piensan que la sexualidad solo se puede hablar con personas grandes y que no debe abordarse con los niños, es por eso que algunos padres se niegan aceptar que sus hijos desde que nacen poseen sexualidad y deseos.

Si esto sucede al momento de iniciar con una educación sexual, estar podría variar en aquellos niños que nunca tuvieron ninguna información clara sobre sexualidad o que siempre en su ámbito familiar se evadió el tema. En estas personas lo que pasa normalmente es que buscan información por parte de otra fuente que no es su familia, ya sea por parte de un amigo.

En cambio en las personas que recibieron siempre información, su sexualidad siempre fue aceptada de manera natural y pertenecieron a un ambiente familiar donde hablar de este tema no era algo prohibido, es probable que dispongan de una realidad más compleja, menos distorsionada y de conocimientos que le ayudaran a manifestar su desarrollo sexual y de las relaciones interpersonales.

En personas con síndrome de Down es aun más complicado esto, puesto que se piensa que estas personas son tan inocentes y que seguirán siendo así durante toda su vida, cuando a una niña le llega su primera menstruación, comienza el miedo de que pueda salir embarazada. Pero se debe tomar en cuenta que el desarrollo al igual que el crecimiento es algo que no se puede detener ni ignorar, es por ello la importancia de que la persona Down conozca su cuerpo, aprenda cómo cuidarlo y sepa todos los cambios que en le van a ocurrir. Y esto solo podrá suceder si se le brinda la información necesaria para que pueda comprender todos los cambios que le ocurrirán, ya sean fisiológicos o psicológicos, y sea capaz de aceptarlos.

Estos temas deben ser tratados de la manera más sencilla, sin darle tantas vueltas, para que la educación sexual sea efectiva esta debe ser individualizada y comprensible, concentrándose no sólo en los aspectos físicos reproductivos, sino poniendo una gran atención en el toma de decisiones, las normas culturales, las presiones de los pares, las relaciones, las destrezas sociales y las oportunidades (Walker Hirsch, 2012).

### **2.2.6 Desarrollo de la educación sexual**

La educación sexual debe comenzar desde las primeras edades de la persona y esta no solo debe darse por parte de la institución escolar, la familia también juega un papel muy importante en el desarrollo sexual de la persona, es entonces como en conjunto se podrá dar una adecuada educación sexual (Ruiz Rodríguez, 2011a y 2011b). Ya sea platicando con ellos sobre sexualidad, escucharlos, orientarlos, responder a sus preguntas con afecto, respeto, comprensión y con la verdad, son herramientas necesarias para brindar una buena educación.

Si desde temprana edad iniciamos con la educación sexual esto influirá en gran parte en el comportamiento sexual de la persona en un tiempo posterior. Por ejemplo, la sexualidad comienza desde que se nace, es entonces cuando los bebés son capaces de tocarse su propio cuerpo para conocerse, como lo hacen también para conocer el mundo.

Pero la educación sexual no solo se acaba ahí, si no que se debe abordar durante toda la vida de la persona. Cuando el niño comienza a jugar con sus pies, sus manos, sus brazos o cualquier parte de su cuerpo también está conociéndose y es parte de su sexualidad. Y al igual que se tocan sus pies también tienen curiosidad por tocarse sus órganos sexuales, en algunas ocasiones, se les regaña por hacer esto, pero debemos comprender que a esa etapa también existe el interés por conocer y entender las diferencias que existen.

Cuando el niño conoce completamente su cuerpo y descubre que hay diferencias entre los niños y las niñas, comenzarán a ocurrir inquietudes sexuales, a veces suelen ver a un niño o niña de su diferente sexo y no se percatan de las diferencias que tiene, pero esto tarde o temprano sucederá y puede ocurrir a diferentes edades, por lo general entre los 5 y 9 años (Shaffer, 2000).

Es entonces cuando también puede ocurrir que encontremos a una niña tocando a un niño y viceversa, y esto solo forma parte de su exploración, es normal, mientras

no exista una diferencia de edades entre los que exploran, pero también es señal de que es hora de comenzar a platicar con ellos, explicarles acorde a su edad porque sucede esto, y como deben de hacerlo.

Durante la adolescencia la orientación sexual que se recibe es muy importante, pues esto ayudara a la persona a consolidar su sexualidad, evitando prejuicios, angustias, temores y frustraciones (Gonzales, 2003). En esta etapa el desarrollo sexual influye mucho en las relaciones sociales, primero los jóvenes se relacionan con personas de su mismo sexo, para crear lazos de amistad y compartir experiencias, después surge el interés por relacionarse con personas de su otro sexo para crear vínculos de relaciones más que amistosas y comenzar a consolidar su sexualidad. Para después establecer conductas interpersonales, ya más maduras, responsables y respetuosas y crear vínculos con otras personas que tengan diferentes valores, ideas y actitudes.

Es así como se manifiesta la sexualidad, creando lazos que mantenemos con otras personas. Por esto es primordial que los jóvenes tengan información completa y correcta de lo que es la sexualidad, puesto que a esta etapa comienzan también a presentarse cambios del cuerpo, que tiene que ver con la sexualidad de la persona, da inicio la madurez de los órganos sexuales, cambios de humor, la menstruación, las erecciones, los sueños húmedos, la masturbación. Y todos estos cambios pueden provocar confusión, creando problemas de inseguridad.

### **2.2.7 Temáticas de la educación sexual**

Para abordar temas sobre educación sexual debemos de iniciar desde las primeras edades, esto debido a que es importante que desde las primeras etapas de vida brindemos información sobre el desarrollo sexual (Familume, 2001). Se podría comenzar con el conocimiento del cuerpo, el cuidado de este y el cuidado en la higiene personal. Es importante fomentar en ellos actividades como el baño diario, el secado del cuerpo, el cambio de ropa interior, etc.

El aseo de los órganos genitales es un aspecto importante que se debe de enseñar a cómo hacerlo, en el hombre es importante que al bañarse eliminen la secreción normal que se acumula en el pene, en la parte de el glande, esta secreción se le conoce como esperma y su acumulación por falta de higiene puede ocasionar irritación provocando infecciones. En las mujeres al bañarse su limpieza debe ser de manera muy cuidadosa, al limpiar sus genitales externos deben de cuidar también evitar la acumulación de secreción, la cual le trae las mismas consecuencias que a los hombres (Barragán Madero, 1991).

En la adolescencia a las mujeres durante la menstruación es importante informar porque ocurre esto, decirles que no es nada malo y que es algo normal en la vida de una mujer, que puede ocurrir dolor cuando se presente, llamados cólicos, que el sangrado durara alrededor de 3 a 7 días y que el periodo viene cada mes, que cuando suceda se deben utilizar toallas sanitarias que evitarán que manche su ropa interior, se debe enseñar cuando cambiarlas y como usarlas, y que aunque esto suceda ella debe seguir yendo a la escuela y realizar las mismas actividades que hacían, es importante practicar los cuidados higiénicos y enseñarles a que reconozcan el momento en el que les llegará la regla.

En los hombres antes de que les llegue su primera erección, es importante hablar de esto, se les puede decir que son erecciones que se presentan de forma involuntaria y que a todos los adolescentes les pasa, que estas no son motivadas por un estímulo sexual y que ocurren de manera inesperada, estas pueden ser ocasionadas por el ejercicio físico o la presión de ropa ajustada.

Otro aspecto a educar es la eyaculación, se debe dejar claro que esta es parte del principio de la pubertad, se presentan entre los 12 y 16 años de edad, ocurre la mayoría de las veces en las noches, por eso se les llaman sueños húmedos. Mas que una eyaculación se trata en realidad de una descarga del semen, esto debido a que la vesícula seminal se encuentra llena. Es importante mencionar que la

eyaculación son simplemente mecanismos fisiológicos y que también se presentan en los jóvenes con síndrome de Down.

Ahora bien, la masturbación es algo natural en el adolescente, este presenta una sensación placentera al estimular su genitales, es por ello que tiende a repetirse. Muchas veces se hace simplemente para cambiar estados de ánimos, ya sea porque esta aburrido o angustiado. Se debe dejar claro que estos sentimientos son naturales y normales.

En los jóvenes con síndrome de Down también se presenta, el problema es que muchas veces al no tener información sobre esto, tienden a manifestarse como ellos lo creen conveniente, y es por eso que en algunas ocasiones lo hacen en lugares públicos, ya sea porque sienten deseo. La masturbación es una experiencia normal, y no causará ningún problema, a menos que este se realice con gran frecuencia afectando otras actividades que el joven realiza.

### **2.2.8 La dimensión genésica o reproductora**

La dimensión genésica o reproductora se refiere a la infraestructura que tiene que ver con los mecanismos reproductores, es decir los órganos y sus funciones que aluden a la procreación, como los aspectos hormonales, fisiológicos y genéticos (Arbesú Afanias, 2000).

Se debe de tomar en cuenta que en personas con síndrome de Down, este aspecto es muy importante, puesto que en los hombres y en algunas mujeres existen dificultades en el aspecto de la procreación. En los hombres la capacidad de procreación es casi nula, esto se debe a que la creación de espermatogénesis suele ser defectuosa, espermatogénesis es el mecanismo encargado de la producción de espermatozoides, y esta al ser defectuosa causa en el hombre con síndrome de Down esterilidad. En cambio en las mujeres si existe la procreación, cuando una mujer con síndrome de Down queda embarazada tiene un 50% de probabilidad de tener un bebé con síndrome de Down.

Hasta este momento solo estamos hablando de la procreación, pero el hecho de que presenten esta dificultad no quiere decir que sus órganos no experimenten placer, al contrario, estas personas tienen la capacidad de sentir excitación y placer como todas las demás, y por ello es muy importante el nivel de madurez y de competencias que estas personas desarrollen en base a este aspecto, del cual dependerá en la manera en que entablen las relaciones sexuales.

Preocupan situaciones determinadas, como la constitución de una pareja con discapacidades diferentes en la que uno de sus miembros tiene mayor desarrollo cognitivo y lo que está claro para uno no lo está tanto para el otro. En este sentido, el miembro más desfavorecido de la pareja puede encontrarse haciendo cosas para las que no está preparado. En este caso es absolutamente necesaria la educación sexual, tanto en relación al comportamiento como para la información en cuanto a la anticoncepción (Garvía & Miquel, 2004).

Lo aconsejable sería que aprendieran hacerlo con toda libertad, responsabilidad y que este no les cause riesgos para su salud física y emocional, como enfermedades de transmisión sexual, un maltrato ya sea físico o psicológico, por esto es significativo y valiosa la educación e información que se les proporcione.

### **2.2.9 La dimensión erótica o del placer**

Diríamos que la dimensión erótica alude a la sensualidad, al placer que acompaña a las caricias, a la copulación o a la masturbación; pero también al placer presente en las conductas de cortejo y en la seducción, al de las fantasías y los sueños; al placer del amor cortésano y de su sublimación (Arbesú Afanias, 2000).

El erotismo suele ser por su instinto sexual de causar placer una motivación muy fuerte en las relaciones sociales y humanas que satisface una necesidad fundamental en la persona. La capacidad de sentir este placer y este erotismo en las personas con síndrome de Down es igual a cualquier otra, al sentir contacto con

otras personas, al tentar su cuerpo o el de otros, al tener un acto sexual, al sentir afecto, sentirán placer en mayor o menor medida que cualquier otra persona.

Pero cuando hablamos de placer a veces lo manifestamos con vergüenza, miedo o ansiedad y es por esa razón que es tan difícil hablarlo puesto que en nuestra educación es lo que nos han enseñado y aun es más difícil abordarlo con las personas que presentan alguna discapacidad.

Garvía & Miquel (2004) Dicen que las personas con una discapacidad severa tienen un comportamiento sexual que se limita a la masturbación, entendida como una manera de auto-estimulación rítmica, con la única función de descarga y sin una fantasía sexual que la acompañe. La discapacidad moderada permite atravesar por etapas psicosexuales en busca de placer que se reduce a la masturbación sin buscar el coito. Las personas con discapacidad leve o ligera pueden acceder a una sexualidad plena siempre y cuando reciban una educación en este sentido y se admita que tienen sexualidad.

### **2.2.10 La dimensión afectiva y relacional**

Se refiere a las relaciones interpersonales derivadas del amor, de los noviazgos o del matrimonio; de las relaciones de pareja, de los celos y situaciones de dependencia, de la compañía y apoyo mutuo, del cariño y el vínculo afectivo que se dan en el amor. Se trata siempre de relaciones muy complejas y muy mediatizadas socialmente (Arbesú Afanias, 2000).

Si hablamos entonces de la dimensión afectiva y relacional, estamos hablando también de las relaciones interpersonales en donde la familia juega el primer vínculo donde se desarrolla la persona, es por ello que las conductas y costumbres que tenga la persona dependerán en gran parte de este vínculo.

Y es donde se desarrollarán las habilidades sociales de la persona que le ayudarán a conocer cómo expresar sus emociones, establecer relaciones interpersonales, ser

socialmente aceptable y controlar sus sentimientos. En las personas Down esto les ayudara a no besar o abrazar a la primera persona que vean, a ser prudentes, querer y cuidar su cuerpo, el tener la capacidad para mirar a la cara a la otra persona, saber comunicarse por medio del lenguaje verbal y no verbal.

Este aprendizaje les ayudara a ser más independientes, desarrollar la autonomía, saber manejar sus actitudes y emociones, mantener relaciones interpersonales, conocer las diferencias y las igualdades de géneros, respetar y manifestando todas estas características en un futuro quizás puedan mantener una relación afectiva.

Es importante no sobreprotegerlos para que así aprenda la necesidad de los límites, vínculos afectivos y las normas de los intercambios sociales, así pueden ir aprendiendo a evitar las fantasías compensatorias de enamorarse de un imposible como un artista de cine o cantante, que pueden darse hasta extremos patológicos. Por esto hay que responder a su curiosidad sobre las relaciones amorosas, desde pequeños, con naturalidad y sencillamente (Garvía & Miquel, 2004).

### **2.3 Marco de referencia de la persona Síndrome de Down y su sexualidad**

Como se ha mencionado durante todos los apartados la sexualidad no se separa de las personas con síndrome de Down, el amor, el placer y la ternura forman parte también de ellos y especialmente en estas personas su discapacidad no afecta relativamente en nada a su deseo sexual. En este apartado se abordara la sexualidad de la persona Down.

#### **2.3.1 Desarrollo sexual en la persona Down**

El desarrollo sexual de la personas Down es muy semejante al de cualquier otra persona. Cuando están en la infancia presentan conductas de exploración del cuerpo así como de sus genitales, son capaces de sentir sensaciones agradables a través de la exploración, lo cual es muy natural. Cuando esto sucede el adulto debe estar

preparado para primero que nada aceptar que es algo muy natural y enseñarle al niño que tiene todo el derecho de explorar su cuerpo.

Es muy importante el contacto que el niño tenga con los padres, ya sea por medio de abrazos, caricias y besos, esto lo preparara a la sensibilidad genital cuando el niño comience con la masturbación, los padres deben tomarlo como algo normal y fomentar la privacidad en el niño.

Rivera Sánchez (2008) menciona que desde el nacimiento a los cinco años exploran su cuerpo para conocerlo físicamente y para conocer sus sensaciones. La fascinación por sus genitales es parte de esta etapa, por lo que las emociones que experimentan durante el baño, o al acariciar sus genitales le permiten conocerse a sí mismo/misma.

Cuando sucede esto debemos aprovechar para explicar cuáles de esas actividades se hacen en público o en privado, enseñarles las partes del cuerpo nombrándolas correctamente, de esta forma podrán luego identificarse a sí mismos.

A los 4 años de edad, las pulsiones se organizan bajo la primacía de los órganos genitales. A diferencia de la organización genital puberal, el niño y la niña no reconocen, en esta fase, más que un órgano genital, el masculino; y la diferencia de sexos equivale a tener o no tener pene. Muchas personas con síndrome de Down permanecen, a nivel psicoafectivo, ancladas en esta fase y tienen dificultades para entender las diferencias anatómicas (Garvía & Miquel, 2004).

El descubrir las diferencias que existen entre el niño o la niña es realmente importante y durante esta etapa es probable que comiencen preguntas sobre estas diferencias, es necesario poder responderlas de la manera más clara posible, esto ayudara al desarrollo sexual del niño y que pueda lograr identificar su propio sexo. Enseñarles las partes del cuerpo y sus funciones podrá ayudar a que identifiquen las

diferencias entre hombres y mujeres. En esta etapa la niña siempre trata de imitar a la madre y el niño al padre.

En torno a los 5 años en un niño normal se presentan unas características que posiblemente duren hasta la pubertad, los intereses sexuales que despertaron disminuyen y es cuando aparece el asco por el sexo contrario, se enfocan más en otras cosas que aspectos de sexualidad. En cambio en el niño Down el paso por estas etapas es un poco más lento, esta fase llega hasta los 7 u 8 años, es probable que a esta edad un niño comience a tocarse el pene cuando un niño normal lo hace a los 4 años y no por ello debemos pensar que se está masturbando o es un niño precoz.

El poder saber en qué etapa evolutiva de desarrollo sexual se encuentra una persona Down es algo que implica mucho conocimiento de la persona y debemos tratar de no interpretar una acción si no conocemos en qué fase de desarrollo se encuentra.

En la adolescencia es cuando aparecen las manifestaciones sexuales. La adolescencia es la etapa que conjuga el desarrollo y la maduración del ser humano, caracterizada por toda una serie de cambios biológicos, psicológicos y sociales. Debuta con la pubertad y alcanza hasta la juventud. Es una época de crisis que implica un funcionamiento inestable, incluso, aparentemente anómalo del sujeto.

La pubertad, previa a la adolescencia, va unida a los cambios corporales, al desarrollo de los signos genitales externos y a la capacidad de procrear. Implica un cambio hormonal que genera toda una transformación, pero no sólo corporal, sino también metabólica y psíquica. También se produce una crisis de la imagen y el esquema corporal. No se es mayor, pero tampoco se es pequeño. Surgen regresiones y cambios bruscos: un día actúan como adultos y al día siguiente como niños pequeños, y el impulso es tan pujante que hay una tendencia a la acción, a la actuación, que durante la adolescencia aparece como normal. Los desequilibrios por los que pasa un adolescente son importantes, pero también normales y necesarios

para crecer, ya que surgen de la naciente libre expresión de la personalidad (Garvía & Miquel, 2004).

Cuando se presenta la etapa de la adolescencia en la persona con síndrome de Down es un poco complicado, su desarrollo corporal y biológico se manifiesta igual que una persona sin discapacidad, aparece el incremento de los niveles hormonales, la aparición de las características sexuales primarias y secundarias y él sabe que ya no es un niño y que ahora es un adolescente, pero los cambios que su cuerpo presentan y los pensamientos de inseguridad que aparecen es lo que hace difícil esta etapa, puesto que si no existe información es probable que el adolescente esté más que confundido.

En los hombres aunque su desarrollo es gradualmente parecido al de cualquier otro adolescente la aparición del vello facial suele retrasarse un poco, en algunos adolescentes los órganos sexuales son más pequeños y la secreción hormonal es menor. Pero esto no los salva de los sueños húmedos y las poluciones nocturnas.

En las mujeres la menstruación aparece en la mayoría entre los 12 y 13 años, y en cuestiones emocionales las conductas rebeldes suelen aparecer también como en cualquier otra chica de su edad, los estados de ánimo cambian y el humor. Y lo difícil es cuando la persona con Down no está preparada con la suficiente madurez e información para presentar esta nueva fase.

Meresman (2012) menciona que el adolescente con discapacidad intelectual necesitará de más educación y más apoyo para comprender los cambios que implica la pubertad y para adaptarse a ellos. Probablemente, emergerán impulsos y experiencias del cuerpo sin que logre tener una clara representación o comprensión de lo que siente. Aún así, comprenderá que a través de algunas zonas del cuerpo, puede experimentar sensaciones placenteras. Sin saber qué es exactamente lo que ocurre con su cuerpo, si es bueno o malo o cuándo y dónde debe ser “acomodado”, lo disfrutará y no podrá evitar desearlo.

Es entonces cuando la masturbación será un problema para el adolescente y la familia, cuando este manifieste esta conducta repetidamente y frente a otras personas en situaciones inadecuadas, es entonces cuando sabremos que la información es un punto importante que debíamos haber tomado con estas personas desde edades tempranas, y si esto sucede es mejor hablar del tema en vez de castigar al adolescente.

Se debe contribuir entonces en la orientación de estas personas para que aprendan a respetar su privacidad y la de otros, no solo diciéndoselos también fomentándolo durante su etapa de crecimiento, aspectos importante que desde niños se pueden ir educando como; ir al baño sola, ver que los demás se dan vuelta cuando alguien se cambia, encontrar que hay lugares y momentos que toda la familia trata y respeta como íntimos.

Después de la adolescencia será necesario informarlos acerca de las relaciones sexuales, las formas de prevenir un embarazo y las infecciones de transmisión sexual. En relación con el embarazo, es necesario explicarles cómo funciona el cuerpo del hombre y de la mujer, en qué consiste la fertilidad y de qué manera queda embarazada una mujer. También es muy importante brindarles información sobre las infecciones de transmisión sexual y las formas de prevenirlas (Rivera Sánchez, 2008).

En el adolescente y en el adulto a veces los sentimientos son muy confusos, para estas personas lo son aun mas y presentaran conflictos tanto emocionales como situaciones que no sabrán cómo manejar. El decirles qué hagan no lo solucionara, si no el ayudarlos a que sean independientes a que alcancen un sentimiento de individualidad y darles ciertas responsabilidades para que puedan tomar sus propias decisiones.

Fomentar la privacidad en ellos, dejarlos que escojan a sus amigos, que se integren a grupos sociales y enseñarles todos los temas necesarios de educación sexual que

necesiten ayudara a que estas personas desarrollen plenamente su sexualidad y su autonomía.

### **2.3.2 Fomentar una educación sexual en personas Down**

Cuando comenzamos hablar de educación sexual lo primero que debemos de fomentar es confianza, en una persona que tiene síndrome de Down lo primordial es creer que esa persona tiene los recursos necesarios para desarrollar una sexualidad plena y que tiene capacidades para convertirse en una persona adulta. Es entonces cuando podremos dar una buena orientación que le ayuda a pasar plenamente por sus distintas etapas.

Cuando proporcionamos una ayuda excesiva ya sea en aspectos de higiene, cuidado personal u otros estamos generando una intromisión a la intimidad de la persona Down, es entonces cuando la persona Down al no percatarse de su espacio intimo exterioriza acciones que son inadecuadas. Y no solo al realizar estas conductas le provocamos un bloqueo a su desarrollo, cuando tenemos la idea de que estas personas no deben enamorarse ni tener parejas estamos también obstaculizando su sexualidad.

El pensar que las personas Down no son capaces de establecer relaciones amorosas, que no tiene experiencia o el miedo de que esto ocurra nos proporciona un bloqueo al momento de educarlos en estos aspectos, ocultándoles información o evadiendo el tema, sin embargo, es importante asegurarles la posibilidad de que pregunten y pidan información de educación sexual, puesto que necesitan de estos conocimientos para relacionarse con las demás personas.

Freud decía que a los niños se les oculta la información sexual por miedo a despertar su deseo. Y por eso, por temor a despertar el deseo sexual, no damos información, no hablamos de sexualidad. Este esquema, el de niño, se aplica frecuentemente a las personas adultas con síndrome de Down y no se les habla de sexualidad para no “despertar el deseo” (Garvía & Miquel, 2004).

La educación sexual ayudará a que estas personas comprendan las relaciones que establecen con los demás, a sentirse bien consigo mismos, con su cuerpo y sus emociones. A poder reconocer lo que sienten, sea positivo o negativo, a protegerse en caso de un intento de abuso sexual, a ser respetados y sentirse valorados. Enseñar sobre sexualidad es algo que debería ocurrir durante toda la vida, no debemos esperar a que se presente una situación de crisis. Por eso es sumamente necesario darles información, dejarlos que pregunten y responderles con la verdad. El silencio y las mentiras refuerzan los temores, pongamos a un lado los miedos que nos generan los temas y las situaciones que nos incomodan o que no comprendemos.

### **2.3.3 La importancia de la educación sexual por parte de los padres**

Los padres son los primeros educadores de la sexualidad de sus hijos e hijas con síndrome de Down ya que desde el nacimiento sirven de modelos, enseñando mensajes sobre el amor, el afecto, el contacto y las relaciones. Las propias actitudes, sentimientos y conocimientos sobre estos temas de los padres, influirán en su reacción ante la exteriorización de las necesidades socio- sexuales de sus hijos (Ruiz Rodríguez, 2011a y 2011b).

El educar sobre sexualidad es difícil para cualquier persona, ahora bien, para las personas con síndrome de Down el ser educado sobre estos temas es aun más complicado, debido a que a ellos se les necesita enseñar algo que para otros chicos lo aprenden de manera más espontanea. Sin embargo, la dependencia que los padres establecen con estas personas, la poca socialización que se les permite, el no dejarlos tomar decisiones, el ayudarlos a realizar sus necesidades básicas, cuidarlos en todo momento y la sobreprotección implica un limitado acceso a una información adecuada.

Cuando el niño o niña necesita ir al baño, vestirse, desvestirse, moverse debe siempre fomentarse autonomía o en todo caso privacidad, es importante que se le

enseñe al niño pedir cuando necesite un espacio a solas y se pueden impulsar estas reglas pidiendo permiso cuando se les va a ayudar, preguntar si desean hacer algo, el hacer esto ayuda a que la persona Down establezca límites personales.

El establecer autonomía y enseñarles a reconocer aquello que no les gusta o les hace sentir mal y a no tener miedo a decir que no, es muy importante, puesto que el brindarles estas herramientas los ayudaran a prevenir abusos detectando las situaciones de riesgo lo más pronto posible para interrumpirlas y escapar siempre del peligro de la manera que esté más de acuerdo a su edad o posibilidades. Para ello, es fundamental darles información y educarlos acerca de la sexualidad, ayudándolos a comprender cómo relacionarse y qué precauciones tomar.

Se debe tomar en cuenta también que el desarrollo sexual que el Down tenga dependerá de la educación que reciba sobre sexualidad durante su infancia y adolescencia, pero sería importante tomar en cuenta la educación que los padres y maestros tienen sobre sexualidad, si a ellos se les educó para tener las herramientas necesarias y poder abordar estos temas con las personas Down.

Por ello sería importante que los padres de familia reciban una orientación sobre cómo educar a sus hijos en aspectos de sexualidad, el tener estas herramientas ayudara a que la información que reciban los hijos o alumnos provenga de una asesoría adecuada y no de otras fuentes no confiables. Ruiz Rodríguez (2011a y 2011b) Dice que una actitud abierta y comunicativa conseguirá un estado afectivo, social y sexual armonioso sobre el cual ellos puedan decidir.

La educación sexual también se transmite cuando en la familia se habla sobre de donde vienen los niños, porqué, la historia de un amor, y otros temas que cuando se abordan en el hogar están fomentando ya una educación sexual, pero también se presenta una educación sexual cuando no hablamos de estos temas.

A través de la comunicación entre los padres, hermanos y otros familiares, estas personas construyen su forma de valorar los sentimientos y comprenden aspectos

importantes de la relación entre hombres y mujeres, que les serán de utilidad para relacionarse con otras personas. Es a través de estos vínculos que tienen lugar algunos de los procesos psicológicos que determinarán su identidad sexual.

La persona Down debe recibir información clara basadas en respeto, intimidad y la privacidad y debemos considerar educar diariamente, resolviendo dudas, inquietudes, basarnos en imágenes, muñecos, videos, dibujos, libros y material didáctico que permita que la información sea más fácil. Se debe tomar en cuenta la edad y desarrollo de la persona Down, no podemos explicar un tema que aun no está a su alcance o que no lo entenderá y al mismo tiempo poder resolver sus necesidades.

Hay que posibilitar las relaciones de chicos y chicas al salir de la escuela y muy, especialmente en la transición hacia su vida adulta para que tengan oportunidad de establecer relaciones amorosas y aprendan a controlarlas y autodirigirse. Estando el adulto en disposición receptiva y apoyándoles en las dificultades que se presenten en este terreno. Y permitir las relaciones sexuales adultas, cuando son recíprocamente consentidas y deseadas, protegiendo el encuentro y evitando las alternativas de la ocultación y en condiciones mucho menos seguras.

Los derechos de los hijos con retraso mental no están por encima de los derechos de sus padres. El apoyo y el compromiso para que puedan realizarse humanamente deben ser los razonables y nunca deben suponer actos heroicos que impidan la propia calidad de vida de los segundos (Arbesú Afanias, 2000).

#### **2.3.4 La educación sexual en la escuela**

La escuela es un aspecto importante en la educación de la persona Down y la información sexual debe formar parte de la enseñanza escolar, se debe fomentar los derechos que tienen brindándoles información de este tema para que sean capaces de tomar decisiones personales que influirán a lo largo de sus vidas. Debe existir una

relación entre los padres y la escuela para establecer los temas que se deben hablar y las necesidades que se deben de cubrir.

La educación sexual en la escuela también es de importancia para proteger a estas personas de la violencia y promover que valoren de manera positiva su cuerpo, su bienestar y su salud (Meresman, 2012).

En esta se deben de abordar conocimientos vinculados al cuerpo, la reproducción y la afectividad, hablando temas como diferencia de género, derechos de hombres y mujeres, identidad sexual de cada persona, entre otros más, haciéndolo en el momento más oportuno de acuerdo a los intereses y las edades.

Y como en todos los demás vínculos de la persona Down en la escuela para establecer estos temas también se debe establecer un ambiente de confianza y respeto para que exista comunicación entre el alumno y el maestro y que los temas relacionados con sexualidad se aborden de una forma abierta.

El alumno debe sentirse en un espacio donde pueda expresar sus dudas, sentimientos, inquietudes, emociones lo cual le ayudara a que su aprendizaje sea más completo y que sea capaz de comprender el mensaje que se le está dando. Podrá entonces comprender al otro, a él mismo y respetar los derechos de los demás.

## **CAPÍTULO III**

### **METODOLOGÍA**

La investigación que aquí se presenta es de tipo Preexperimental debido a que el grado de control de la situación experimental es mínimo, consiste en la aplicación de un pretest y un posttest a un grupo de sujetos, es decir, medida del grupo antes y después del tratamiento. El objetivo principal de este diseño es obtener una información profunda y de variedad cualitativa; enriqueciendo así el conocimiento sobre la dinámica de la educación sexual que realizan los padres a con sus hijos Down.

#### **3.1 Participantes**

Se llevo a cabo el trabajo de investigación con 13 padres de familia de personas síndrome de Down, 9 que asisten al Centro de Atención Múltiple Estatal No. 4

Gabriela Brimmer y 4 al Centro de Atención Múltiple No. 53 ubicado en la ciudad de Navojoa, Sonora. Se trabajo con la muestra de padres de familias de personas síndrome de Down del sexo femenino y del sexo masculino cuyas edades correspondían entre los 1 y 25 años de edad.

## **3.2 Materiales**

### **3.2.1 Cuestionario de educación sexual de la persona Down**

El instrumento que se utilizo para realizar este trabajo de investigación fue un cuestionario de educación sexual de la persona Down. Este contiene 26 reactivos de respuestas dicotómicas las cuales son correspondientes a evaluar la guía de educación sexual y contiene también cinco preguntas más para la recolección de datos de la muestra. El tiempo de aplicación del instrumento es de aproximadamente 10 minutos. El instrumento se aplicó antes de comenzar el trabajo de investigación y al finalizar este. El instrumento fue creado por el autor de la tesis con el objetivo de conocer el grado de conocimiento adquirido por las intervenciones donde se utilizó una guía de educación sexual. Este Instrumento se aplicó a los padres de las personas Down.

### **3.2.2 Check List**

Para realizar el trabajo de investigación y llevar a cabo el análisis de resultados además del cuestionario de educación sexual también se utilizó un registro observacional por medio de un check list, este contiene cinco preguntas de datos de la muestra y un espaciado de las temáticas que contiene la guía de educación sexual. Las instrucciones del check list menciona que se deben palomear las temáticas que ya se abordaron con los hijos de los padres de familia y posteriormente poner un comentario sobre cómo se trato dicho tema. El objetivo de este instrumento para el trabajo de investigación era darle seguimiento a la implementación de la guía y conocer si los temas vistos en la guía de educación se

estaban abordando y cómo se estaban abordando por parte de los padres de familia con las personas Down. El tiempo de aplicación del check list es de 15 a 20 minutos.

### **3.2.3 Guía de educación sexual.**

Para el trabajo de investigación se utilizó una Guía de Educación Sexual creado por el autor de la tesis que consta primeramente de una introducción sobre la educación sexual de la persona síndrome de Down, posteriormente el contenido de la guía de educación sexual contiene los objetivos de la guía y algunas recomendaciones sobre los temas que se pueden abordar con la persona Down cuando presenten alguna situación referida a el tema de sexualidad.

Más adelante en el contenido de la guía se encuentran las temáticas de educación sexual, las edades y etapas correspondientes a cada tema y estrategias de aprendizaje para cada temática. La guía contiene doce temáticas correspondientes al tema de sexualidad de las cuales surgen otros subtemas, estos son; los chicos y las chicas son diferentes, el cuerpo y sus funciones, lo que es público y lo que es privado, relaciones interpersonales, como nace un bebe, masturbación, afectos y sentimientos, cambios del cuerpo, relación de pareja, embarazo, enfermedades de transmisión sexual y matrimonio. Los temas de contenido de la guía de educación sexual se abordaron durante cuatro sesiones.

En la primera sesión se abordaron los temas; los chicos y las chicas son diferentes en el cual su contenido de subtemas es diferencias sexuales y físicas y diferencias culturales y psicológicas. El siguiente tema fue el cuerpo y sus funciones donde el contenido de sus subtemas es cuidado del cuerpo e higiene personal. El otro tema visto fue lo que es público y lo que es privado con los subtemas partes del cuerpo, lugares y actividades. El tiempo de duración de cada tema era de alrededor de 5 a 10 minutos dependiendo también de las preguntas y comentarios que los padres hacían.

En la segunda sesión se abordaron las temáticas; relaciones interpersonales con su contenido de subtemas familia, amigos y desconocidos. El otro tema visto fue como nace un bebe y por ultimo masturbación.

En la tercera sesión se vieron los temas; afectos y sentimientos que contenía el subtema contacto físico, cambios del cuerpo en el cual su contenido de subtemas eran menstruación, sueños húmedos y masturbación, relación de pareja con su contenido de relaciones sexuales y orientación sexual, y por ultimo embarazo con el subtema de métodos anticonceptivos.

En la cuarta sesión se abordaron los temas de enfermedades de transmisión sexual y matrimonio.

### **3.3 Procedimiento**

Para llevar a cabo la investigación se acudió al Centro de Atención Múltiple Estatal No. 4 y posteriormente al Centro de Atención Múltiple No. 53 con el fin de establecer la aprobación de la directora de cada plantel para llevar a cabo el proyecto de investigación. Después se entregaron los citatorios a los padres de familia de cada institución para convocar a la primera reunión. Se llevaron a cabo 4 sesiones en cada institución, una con el grupo de padres de familia de las personas con síndrome de Down del Centro de Atención Múltiple y otra con los padres del Centro de Atención Múltiple Estatal.

Después se llevo a cabo la capacitación de la guía de educación sexual para personas con síndrome de Down durante el periodo de un mes, se trabajaron cuatro sesiones durante el mes, una sesión por semana con una duración de una hora. El instrumento de educación sexual se aplico antes de comenzar la primera sesión y al finalizar la última sesión.

En la primera sesión se llevo a cabo primeramente con la presentación por parte del instructor hacia los padres de familia, después se prosiguió con la propuesta del proyecto de la guía de educación sexual para personas Down y se siguió con la aplicación del instrumento. Se dio una introducción sobre educación sexual en personas Down y se explico la guía de educación sexual, como usarlas, durante esta primera sesión se observo la edad de los hijos de los padres de familia y se comenzaron a seleccionar temas de forma personal para abordarlos con sus hijos durante una semana, es decir hasta la próxima sesión. La sesión duro 1 hora.

En la segunda sesión primeramente se entrego el check list, los padres de familia debían anotar que temas abordaron con sus hijos, como lo hicieron y que dudas tuvieron, durante la primera parte de la sesión se revisó el check list y se resolvieron dudas. En la segunda parte de la sesión se explicaron otros temas de la guía de educación sexual, seleccionando también las temáticas siguientes que se abordarían con los hijos. La sesión duro 1 hora.

Durante la tercera sesión se realizó lo mismo que la segunda sesión, se entregó el check list, los padres escriben sus experiencias, las comparten y se resuelven dudas, abordamos mas temáticas de la guía de educación y al finalizar seleccionamos temas, si acorde a la edad de los hijos ya no se presentaron más temas que hablar reforzaremos los anteriores o se piensa cómo en un futuro se hablará de otros temas con las personas Down. La sesión duro 1 hora.

Durante la cuarta y última sesión se revisa por última vez el check list, se siguen los mismo paso que en la sesión pasadas, resolviendo dudas, aclarando temáticas y al finalizar se aplicó el instrumento post test para la evaluación de la guía de educación.

## **CAPITULO IV**

### **RESULTADOS**

En el presente capitulo se describen los resultados obtenidos en la investigación derivados de los instrumentos aplicados para evaluar el trabajo de estudio.

En el estudio de investigación que se realizó participaron 13 padres de familia de personas con síndrome de Down, perteneciendo 4 al Centro de Atención Múltiple No. 53 y 9 al Centro de Atención Múltiple Estatal No.4 de la Ciudad de Navojoa (Figura 1). En cuanto al sexo de los padres de familia, 1 participante (7.69%) es de sexo masculino y 12 (92.31%) del sexo femenino (Figura 2).

En cuanto a la edad de los padres de familia, 1 sujeto (7.69%) tiene entre 20 y 25 años de edad, 3 sujetos (7.69%) se encuentran entre los 31 y 35 años de edad, 4 (23.08%) tienen entre 36 y 40 años de edad, 4 (30.77%) está entre los 41 y 45 años y 4 (30.77%) entre los 46 y 50 años de edad (Figura 3).

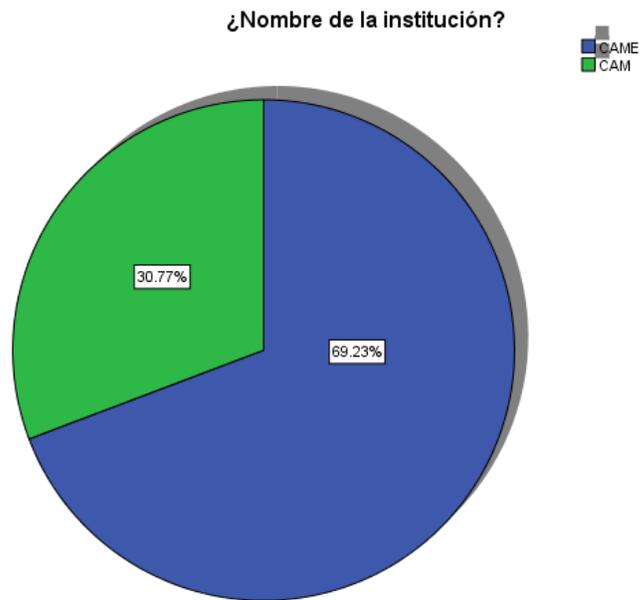


Fig. 1 Nombre de la Institución

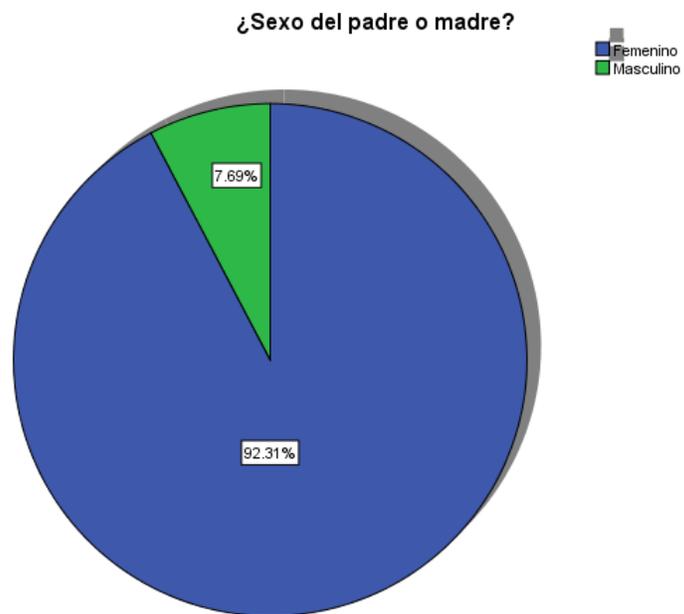


Fig. 2 Sexo de los padres de familia

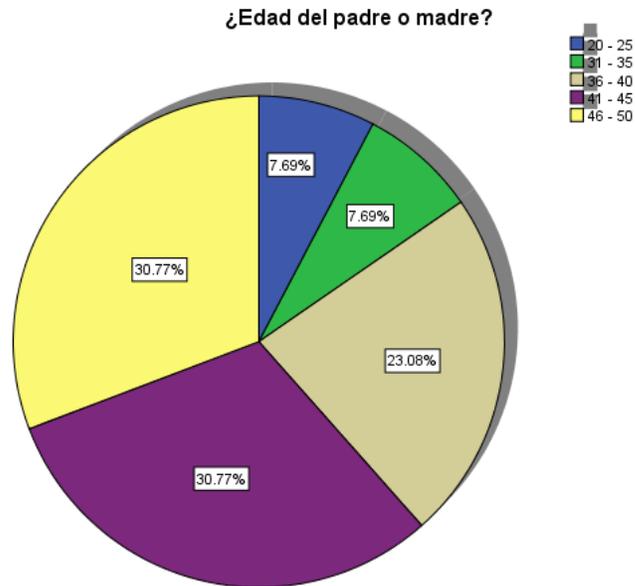


Fig. 3 Edad de los padres de familia

En la presente investigación un resultado que destaca la influencia de la educación de los padres hacia sus hijos con síndrome de Down son los siguientes: Con respecto a el estado civil de los padres 3 sujetos (23.08%) su estado civil es soltero y 10 (76.92%) su estado civil es casado (Figura 4).

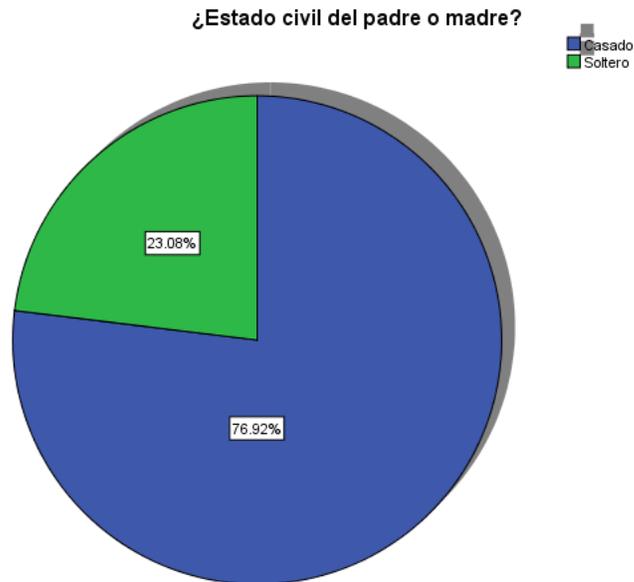


Fig. 4 Estado civil de los padres de familia

De acuerdo a lo anterior y analizando el estado civil de los padres de familia con la constancia que tuvieron en el seguimiento de la aplicación “guía de educación sexual”, 5 sujetos con estado civil casado le dieron un seguimiento moderado a la guía, 5 sujetos con estado civil casado le dieron un seguimiento completo, mientras que 3 sujetos de estado civil soltero le dieron un seguimiento completo a la guía (Figura 5).

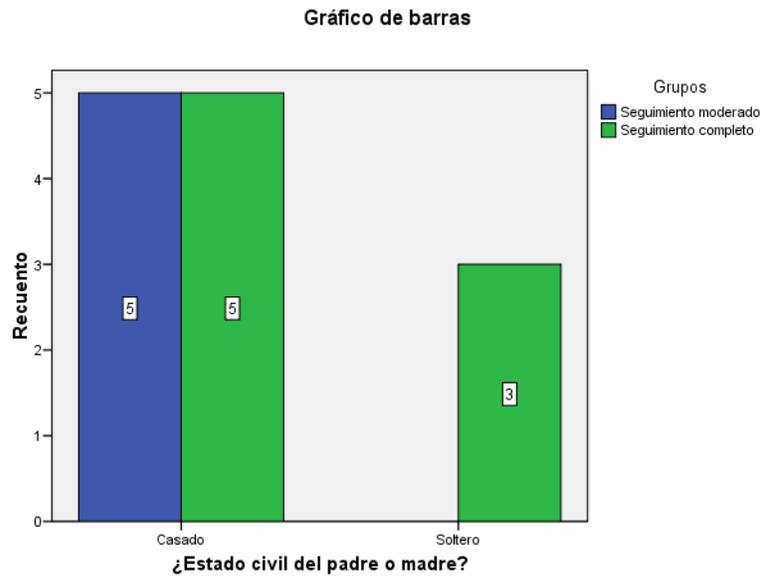


Fig. 5 Seguimiento y Estado civil de los padres de familia

Con respecto a los resultados obtenidos mediante la aplicación de una lista de chequeo, en base a las temáticas que se abordaron y cuantos sujetos fueron los que les dieron seguimiento, los resultados obtenidos de algunas temáticas fueron los siguientes. Se debe tomar en cuenta que al mencionar “no visto” es que el tema no se abordó por parte del padre hacia el hijo durante el tratamiento pero pudo haberse abordado fuera del tratamiento o no. En el tema de “los chicos y las chicas son diferentes” solo 1 sujeto de entre 0 y 5 años no lo vio mientras que 2 sujetos de 0 a 5 años, 6 sujetos de 6 a 10 años de edad, 3 sujetos de entre 11 y 15 años de edad y 1 sujeto de entre 21 y 25 años de edad si lo vieron (Figura 6).

Mientras que en la temática “el cuerpo y sus funciones”, 3 sujetos de entre 0 y 5 años de edad y 1 sujeto de entre 6 y 10 años de edad no vieron dicho tema, en cambio 5

sujetos de entre 6 y 10 años de edad, 3 sujetos de 11 a 15 años de edad y 1 sujeto de entre 21 y 25 años de edad si lo vieron (Figura 7).

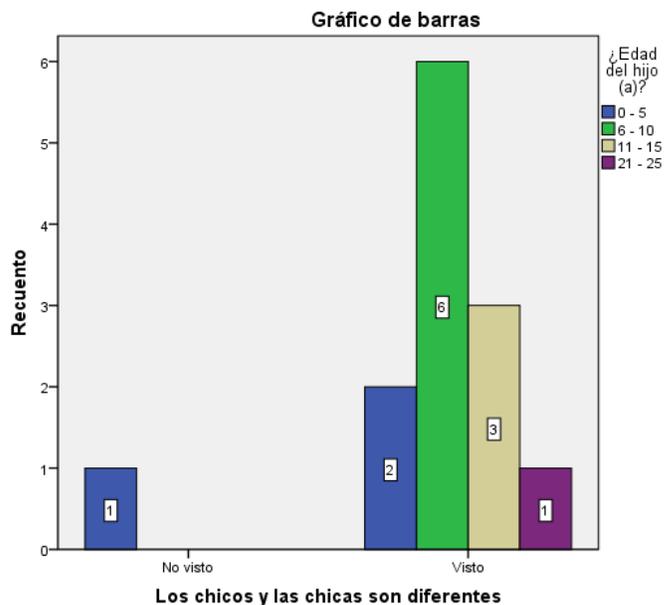


Fig. 6 Tema: Los chicos y las chicas son diferentes

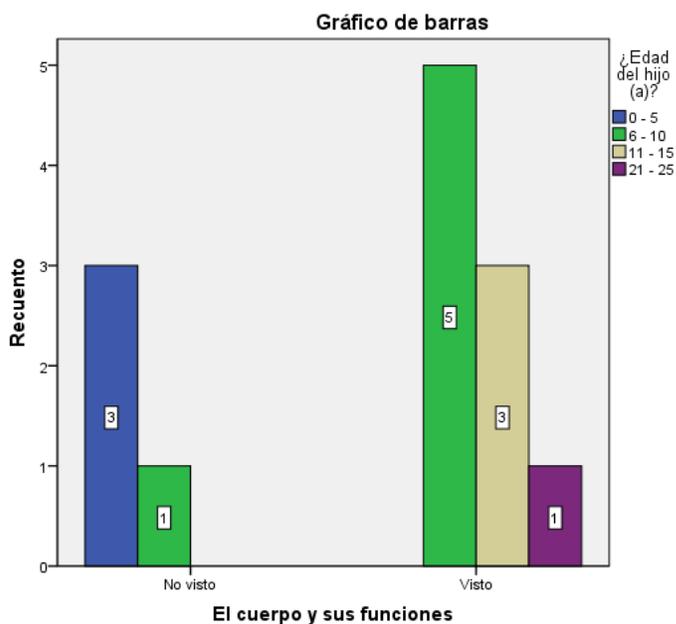


Fig. 7 Tema: El cuerpo y sus funciones

Continuando en el tema “lo que es público y lo que es privado”, los resultados arrojaron que 1 sujeto de entre 0 y 5 años no vio el tema, mientras que 2 sujetos de entre 0 y 5 años, 6 sujetos entre 6 y 10 años de edad, 3 sujetos de 11 a 15 años y 1 sujeto de entre 21 y 25 años de edad si vieron dicha temática (Figura 8).

Posteriormente en el tema “masturbación”, los resultados obtenidos fueron, 3 sujetos de entre 0 y 5 años de edad, 4 sujetos de 6 a 10 años de edad, 2 sujetos de 11 a 15 años y 1 sujeto de entre 21 y 25 años de edad no vieron la temática de masturbación, solo 2 sujetos de 6 a 10 años de edad y 1 sujeto de entre 11 a 15 años de edad si vieron dicha temática (Figura 9). En el tema “cambios del cuerpo” 3 sujetos de entre 0 y 5 años de edad, 6 sujetos entre 6 y 10 años de edad, 1 sujeto de 11 a 15 años no vieron el tema, y solo 2 sujetos de 11 a 15 años y 1 sujeto de entre 21 a 25 años de edad si vieron el tema (Figura 10).

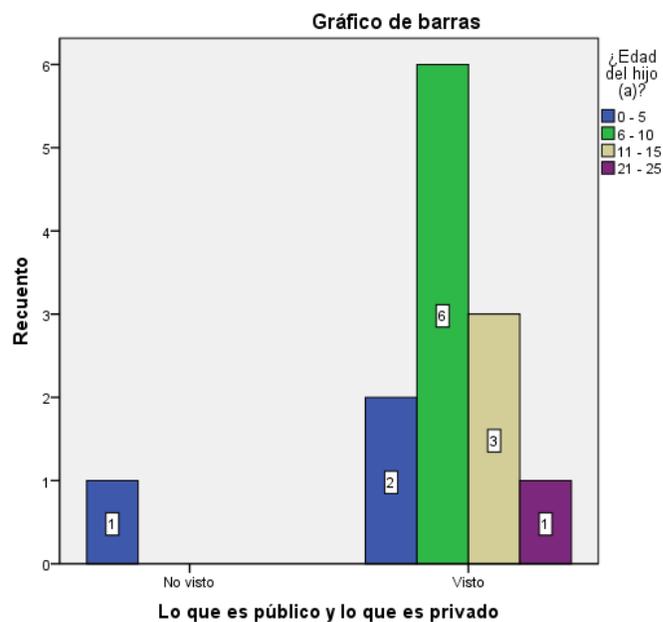


Fig. 8 Tema: Lo que es público y lo que es privado

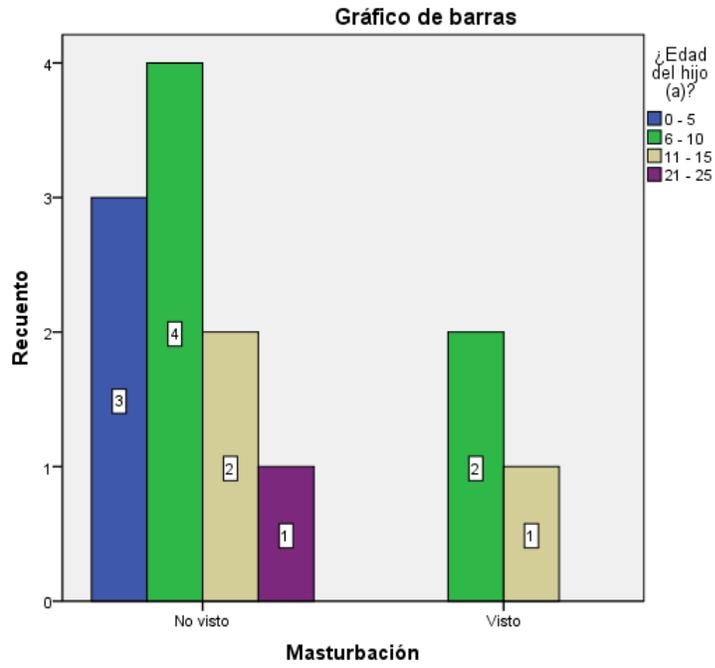


Fig. 9 Tema: Masturbación

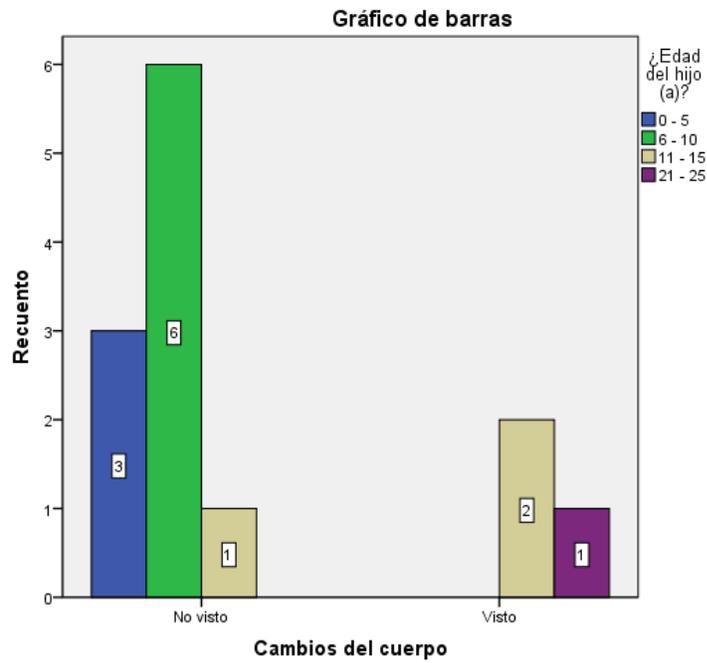


Fig. 10 Tema: Cambios del cuerpo

## Análisis del discurso

Se presentan los comentarios generados por los padres dentro de la lista de chequeo con base a las observaciones de los temas abordados con sus hijos:

- Tema: “Los chicos y las chicas son diferentes”.
- ✓ Familiar 1: Explique todas las diferencias, los cambios y gustos de cada uno de ellos, hombre y mujer.
- ✓ Familiar 2: Trato de explicarle cuando juego con él, con unos muñecos que tiene, las diferencias entre él y una niña.
- ✓ Familiar 3: Se explicó al niño las partes de la niña y lo que tiene el, el niño se reía y después le preguntaba que tenía un niño y que tenía una niña y me contestaba.
- ✓ Familiar 4: Con la ayuda de un libro de la escuela se le explico las partes del cuerpo del hombre y la mujer y sus diferencias.
- ✓ Familiar 5: Le enseñe un libro para explicarle las diferencias entre los hombres y las mujeres, el niño casi no habla pero el aplaude para decir que si, y cuando le explicaba la preguntaba que si entendía y él me aplaudía.
- ✓ Familiar 6: Le explique que son diferentes los niños y las niñas porque las niñas tienen vagina y los hombres pene y que por sus partes las niñas van a menstruar y se le explico cómo y cuándo.
- ✓ Familiar 7: Le mencione que los niños tienen una parte de su cuerpo que los hace diferentes de las niñas, que los hombres tienen pene y las mujeres vagina, y que todos los niños tienen los mismos derechos pero que no son iguales.
- ✓ Familiar 8: Explique cuáles eran las diferencias entre una mujer y un hombre.
- ✓ Familiar 9: Cuando me baño con él le explico que yo tengo algo diferente a él y que todas las niñas y mujeres tenemos lo mismo y los hombres lo mismo que tienen ellos.
- ✓ Familiar 10: Con imagines en la computadora observamos las diferencias entre un hombre y una mujer.

- ✓ Familiar 11: En la escuela le enseñaron las diferencias y yo se las volví a explicar.
  - ✓ Familiar 12: La niña miro a su papa y pregunto sobre su pene, entonces yo le explique las diferencias entre niño y niña.
- Tema: “El cuerpo y sus funciones”.
- ✓ Familiar 1: Explique por donde hace pipi el niño (a) y como se llama, miro ilustraciones en computadora, también todo los cambios que va haber en su cuerpo (La niña se mostraba con poca pena y escondía su carita cuando le explicaba las cosas).
  - ✓ Familiar 2: Parece que no le tomo mucha importancia.
  - ✓ Familiar 3: Le explique que a los niños le sale el vello en las axilas, pecho y pene y las niñas en las axilas y sus partes intimas y sobre la menstruación que es cada mes y que dura de 3 a 7 días y que puede darle cólicos.
  - ✓ Familiar 4: Miramos unas imágenes y le enseñe cuales son las partes de su cuerpo y para qué sirve, también le estoy enseñando a limpiarse solo cuando va al baño porque a veces lo hace mal.
  - ✓ Familiar 5: Le explique cuáles eran las partes del cuerpo y sus funciones, también le estoy diciendo cada día que debe lavarse bien los dientes y lo dejo mas que se bañe solo.
  - ✓ Familiar 6: El ya sabe cuáles son las partes del cuerpo pero yo le explique que cuando crezca será diferente, que su cuerpo cambiara y será como su hermano.
  - ✓ Familiar 7: Lo estoy enseñando a que vaya solo al baño, aun usa pañal pero creo que para su edad ya debe ir solo.
  - ✓ Familiar 8: Con ayuda de un libro de él, miramos unas figuras y le explique las partes del cuerpo y sus funciones.
  - ✓ Familiar 9: Se le explico que los niños y las niñas se parecen pero que también tiene diferencias en su cuerpo como el pene y la vagina y le explique las funciones de cada parte de su cuerpo.

- Tema: “Lo que es público y lo que es privado”.
- ✓ Familiar 1: Explique todo lo referente a las cosas que debe de hacer frente a las personas, extraños, también todo lo referente a su intimidad.
- ✓ Familiar 2: Explique que no debe salir desnuda del baño, que debe cerrar la puerta del baño cuando lo use, que debe cambiarse con la puerta cerrada.
- ✓ Familiar 3: Si se quita la ropa para cambiarse le digo que lo va hacer en su cuarto, pero que cuando ande afuera no puede hacer lo mismo.
- ✓ Familiar 4: Le dije que no debe de exhibir sus partes del cuerpo intimas enfrente del público y que cuando se cambio o tenga que hacer algo intimo que debe hacerlo en privado y el solo donde nadie lo vea.
- ✓ Familiar 5: Se le dijo que se debe de cambiar en privado y pues que en público no se hace.
- ✓ Familiar 6: Se le explicó que en los lugares públicos debe de tener más cuidado y en casa le enseñó que debe de cerrar la puerta del baño cuando está haciendo sus necesidades o cuando se está vistiendo.
- ✓ Familiar 7: Le explique que no debe de andar desnudo en la casa y que solo debe hacerlo cuando se bañe o cuando este en su cuarto y que nadie puede verlo solo su mama o papa.
- ✓ Familiar 8: Se le dijo que debe bañarse con la puerta cerrada, cuando haga del baño y que debe cambiarse en un lugar privado.
- ✓ Familiar 9: Se le explico que el lugar privado es cuando él está solo en su cuarto o baño y el lugar público donde hay mucha gente y lo que debe hacer en esos dos lugares.
- ✓ Familiar 10: Le enseñe que no debe mostrarles sus partes íntimas a las demás personas que es su cuerpo y el solo debe verlo.
- ✓ Familiar 11: Le explique el tema público y privado para que aprenda que no debe dejarse ver por otras personas y su cuerpo es de ella.
- ✓ Familiar 12: Juntos platicamos que debe hacer cuando se baña, cuando hace del baño, cuando se cambia y quien puede verlo.

- Tema: “Relaciones interpersonales”.
  - ✓ Familiar 1: Aquí sobre las diferencias entre amigos, familiares, padres, etc. Lo que se debe de hacer con cada uno de ellos.
  - ✓ Familiar 2: Cuando se va su papa al trabajo y sus hermanos a la escuela le digo que les dé un beso de despedida, que si puede besarlos porque son su familia pero a las personas que no conoce no.
  - ✓ Familiar 3: Se le explico que no debe dejar que una persona desconocida lo bese o lo toque y que debe avisar si esto pasa.
  - ✓ Familiar 4: Se le explico que a los de la familia se les debe saludar con un beso y un abrazo y a las personas desconocidas solamente con la mano.
  - ✓ Familiar 5: Le dije quienes eran los amigos, la familia y las personas desconocidas y a quienes debe besarlos y saludarlos.
  - ✓ Familiar 6: Miramos fotos de sus abuelos y tíos y hablamos de que puede saludarlos con besos o la mano pero que a las personas que no conoce no debe besarlas.
  - ✓ Familiar 7: Hablamos de sus amigos y que hace con ellos, como los saluda y cuando alguien que no conoce como lo saluda.
  - ✓ Familiar 8: Le dije que cuando alguien que no conoce lo besos o lo toque de forma incorrecta que debe alejarse y avisarme a mí.
  - ✓ Familiar 9: Su papa lleo y lo beso y yo le dije que cuando alguien más lo haga y no lo conozca no debe dejarse y le pregunte a quien si debe saludar y darle besos y abrazos.
  - ✓ Familiar 10: Le explique el tema relaciones interpersonales y el entendió y me decía que no le gusta dar besos.
  - ✓ Familiar 11: Yo y su hermana le explicamos que era una familia, que eran los amigos y quienes eran las personas que no conocíamos.
  
- Tema: “Como nace un bebe”.
  - ✓ Familiar 1: Aquí explique cómo se formo ella, como nació, por donde nació su hermana y ella utilizando las palabras correctas y adecuadas.
  - ✓ Familiar 2: Se le enseñó un video de cómo nace un bebe y se le explico.

- ✓ Familiar 3: Se le explico cómo nace un bebe, que nacen por la vagina y por medio de la panza y que se le llama cesárea.
  - ✓ Familiar 4: Su tía está embarazada y la niña le pregunto cómo iba a nacer su bebe y juntas le explicamos, pero no supe cómo llamarle a la parte por donde nace el bebe.
- Tema: “Masturbación”.
- ✓ Familiar 1: Se le explico que no debe de tocarse enfrente de las demás personas.
  - ✓ Familiar 2: Le dije que no debe hacerlo cuando están los demás o en la escuela.
  - ✓ Familiar 3: Yo le dije que era algo normal cuando se toca pero nadie más lo hiciera.
- Tema: “Afectos y sentimientos”.
- ✓ Familiar 1: Yo le explique que el amor es lo que sentimos yo y su papa y que cariño es lo que sienten los amigos, también le dije a la familia podemos besarla pero a los desconocidos no, que solo podemos saludarlos de mano.
  - ✓ Familiar 2: Le dije que era el cariño, el amor y quienes lo sienten.
  - ✓ Familiar 3: Se le explico quienes se aman y quienes se quieren y a quien debes de besar y abrazar.
- Tema: “Cambios del cuerpo”.
- ✓ Familiar 1: Le explique que es la menstruación y cuanto tiempo dura, le enseñe una toalla y le dije que eso usara y que a lo mejor le da cólicos que es un dolor pero que a todas las mujeres les pasa que es normal.
  - ✓ Familiar 2: Le explique que son los sueños húmedos como lo dijo la psicóloga y que es normal.
  - ✓ Familiar 3: Hablamos de los cambios del cuerpo, la llegada de la menstruación y como su cuerpo cambiara.

- Tema: “Relaciones de pareja”.
  - ✓ Familiar 1: Le explique que es una relación de pareja, le dije que no solo es tener novio que debemos ser responsables y que cuando queramos tener una relación sexual debemos tener más cuidado aun.
  
- Tema: “Embarazo”.
  - ✓ Familiar 2: Hablamos de que a veces alguien puede embarazarse por tener relaciones y que es importante usar métodos anticonceptivos.

Ahora bien en cuanto a los resultados obtenidos mediante el pretest y el postest que se aplico respecto al seguimiento de la aplicación de la “guía de educación sexual” y si la aplicación fue favorable se encontró: que de 13 participantes, en la aplicación del pretest 6 sujetos (23.08%) presentaron resultados sin seguimiento (el no haber manejado temáticas de índole sexual con sus hijos) mientras que 7 participantes (26.92%) obtuvieron un seguimiento moderado, con base a la aplicación del postest los resultados arrojados fueron que: 5 (19.23%) participantes obtuvieron un seguimiento moderado y 8 (30.77%) sujetos obtuvieron un seguimiento completo posterior a la aplicación de la guía de educación sexual (Figura 11).

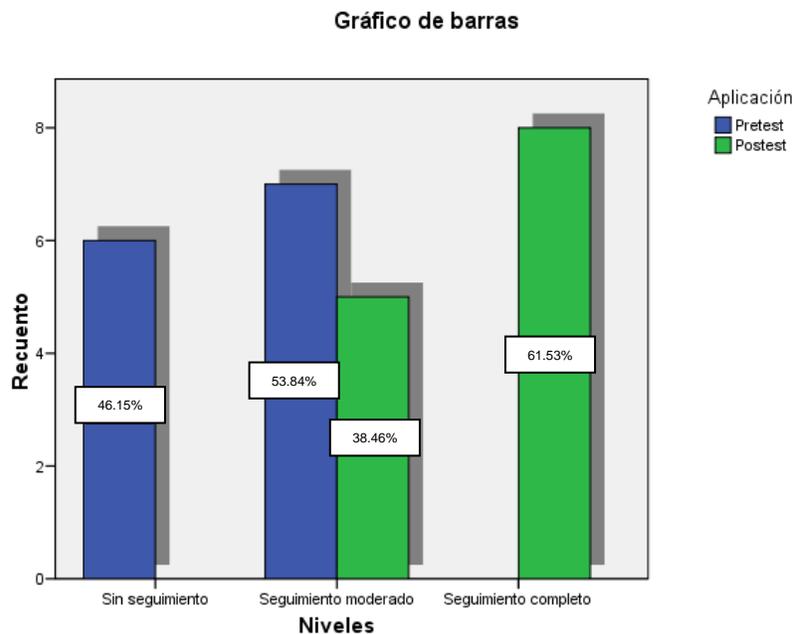


Fig. 19 Resultados de la guía de educación sexual

A continuación se presentan los resultados obtenidos del análisis por reactivo del cuestionario aplicado del pre tratamiento. En el primer reactivo del cuestionario los resultados arrojaron que del 100% de la población el 53.8% no ha hablado con su hijo ningún tema de sexualidad mientras que el 46.2% si ha hablado temas de sexualidad con su hijo (Tabla 1).

**¿Has hablado con tu hijo (a) sobre algún tema de sexualidad?**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	7	53.8	53.8	53.8
	Si	6	46.2	46.2	100.0
Total		13	100.0	100.0	

Tabla 1 Reactivo No.1 del Pre tratamiento

En el segundo reactivo los resultados muestran que el 7.7% de la población considera que no es importante hablar con su hijo sobre sexualidad y el 92.3% piensa que si es importante (Tabla 2). En el tercer reactivo los resultados arrojaron que del 100% de la población en el instituto donde asiste su hijo el 53.8% no abordan temas de educación sexual y en el 46.2% de la población si abordan temas de sexualidad (Tabla 3). En el cuarto reactivo del cuestionario los resultados muestran que el 38.5% de la población no han tenido o tienen algunas dudas sobre como orientar a su hijo en aspectos de sexualidad y el 61.5% si han tenido dudas (Tabla 4). En el reactivo número cinco los resultados arrojaron que el 7.7% de la población no está dispuesto a colaborar con la educación sexual de su hijo y el 92.3% si está dispuesto a colaborar (Tabla 5).

**¿Consideras que es importante el hablar con tu hijo (a) sobre sexualidad?**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	1	7.7	7.7	7.7
	Si	12	92.3	92.3	100.0
Total		13	100.0	100.0	

Tabla 2 Reactivo No.2 del Pre tratamiento

**¿En el instituto donde asiste tu hijo (a) abordan temas de educación sexual?**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	7	53.8	53.8	53.8
	Si	6	46.2	46.2	100.0
	Total	13	100.0	100.0	

Tabla 3 Reactivo No.3 del Pre tratamiento

**¿Has tenido o tienes algunas dudas sobre como orientar a tu hijo (a) en su sexualidad?**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	5	38.5	38.5	38.5
	Si	8	61.5	61.5	100.0
	Total	13	100.0	100.0	

Tabla 4 Reactivo No.4 del Pre tratamiento

**¿Estás dispuesto a colaborar con la educación sexual de tu hijo (a)?**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	1	7.7	7.7	7.7
	Si	12	92.3	92.3	100.0
	Total	13	100.0	100.0	

Tabla 5 Reactivo No.5 del Pre tratamiento

En el reactivo número seis los resultados muestran que el 69.2% de la población no ha buscado apoyo para saber cómo orientar a su hijo en temas de sexualidad mientras que el 30.8% si ha buscado apoyo (Tabla 6). En el reactivo siete se muestra que el 15.4% de la población no creen que la sexualidad es una parte significativa en la vida de las personas con síndrome de Down mientras que el 84.6% si cree que es una parte vital (Tabla 7). En el reactivo 8 el 23.1% de la población piensan que a su hijo no les interesa conocer temas sobre sexualidad sin embargo el 76.9% piensa que si les interesa (Tabla 8).

**¿Has buscado apoyo para saber cómo orientar a tu hijo (a) en temas sobre sexualidad?**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	9	69.2	69.2	69.2
	Si	4	30.8	30.8	100.0
	Total	13	100.0	100.0	

Tabla 6 Reactivo No.6 del Pre tratamiento

**¿Crees que la sexualidad es una parte vital en la vida de las personas con síndrome de Down?**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	2	15.4	15.4	15.4
	Si	11	84.6	84.6	100.0
	Total	13	100.0	100.0	

Tabla 7 Reactivo No.7 del Pre tratamiento

**¿Piensas que tu hijo (a) le interese conocer temas sobre sexualidad?**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	3	23.1	23.1	23.1
	Si	10	76.9	76.9	100.0
	Total	13	100.0	100.0	

Tabla 8 Reactivo No.8 del Pre tratamiento

En el reactivo numero 9 los resultados muestran que el 46.2% de la población les es difícil hablar con sus hijos sobre sexualidad mientras que el 53.8% no es difícil para ellos (Tabla 9). En el reactivo 10 los resultados arrojados mencionan que el 15.4% de la población no apoyan completamente la sexualidad de su hijo sin embargo el 84.6% si la apoyan (Tabla 10). En el reactivo 11 el 15.4% de la población piensa que en un futuro sus hijos no son capaces de establecer una relación afectiva en cambio el 84.6% piensan que si son capaces de establecer una relación afectiva (Tabla 11).

**¿Es difícil para ti hablar con tu hijo (a) sobre afectividad?**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	6	46.2	46.2	46.2
	No	7	53.8	53.8	100.0
Total		13	100.0	100.0	

Tabla 9 Reactivo No.9 del Pre tratamiento

**¿Apoyas completamente la sexualidad de tu hijo?**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	2	15.4	15.4	15.4
	Si	11	84.6	84.6	100.0
Total		13	100.0	100.0	

Tabla 10 Reactivo No.10 del Pre tratamiento

**¿Piensas que en un futuro tu hijo (a) sería capaz de establecer una relación afectiva?**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	2	15.4	15.4	15.4
	Si	11	84.6	84.6	100.0
Total		13	100.0	100.0	

Tabla 11 Reactivo No.11 del Pre tratamiento

En el reactivo 12 los resultados muestran que el 15.4% de la población los padres no apoyarían en una relación sexual a su hijo si así lo quisieran mientras que el 84.6% si lo apoyarían (Tabla 12). En el reactivo 13 del 30.8% de la población no apoyarían la idea de que su hijo se casara sin embargo el 69.2% si (Tabla 13). En el reactivo número 14 se muestra que del 69.2% de la población no piensan que es posible que su hijo pueda procrear mientras que el 30.8% piensa que si (Tabla 14). En el reactivo 15 el 38.5% de la población sus hijos no conocen la diferencia entre un hombre y una mujer mientras que el 61.5% si conocen la diferencia entre un hombre y una mujer (Tabla 15).

**¿Apoyarías a tu hijo (a) en una relación sexual futura si él o ella así lo quisieran?**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	2	15.4	15.4	15.4
	Si	11	84.6	84.6	100.0
	Total	13	100.0	100.0	

Tabla 12 Reactivo No.12 del Pre tratamiento

**¿Apoyarías la idea de que tu hijo (a) se casara?**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	4	30.8	30.8	30.8
	Si	9	69.2	69.2	100.0
	Total	13	100.0	100.0	

Tabla 13 Reactivo No.13 del Pre tratamiento

**¿Piensas que es posible que tu hijo (a) pueda procrear?**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	9	69.2	69.2	69.2
	Si	4	30.8	30.8	100.0
	Total	13	100.0	100.0	

Tabla 14 Reactivo No.14 del Pre tratamiento

**¿Tu hijo (a) conoce la diferencia entre un hombre y una mujer?**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	5	38.5	38.5	38.5
	Si	8	61.5	61.5	100.0
	Total	13	100.0	100.0	

Tabla 15 Reactivo No.15 del Pre tratamiento

En el reactivo numero 16 los resultados muestran que el 23.1% de la población no han informado a su hijo sobre higiene personal mientras que el 76.9% si (Tabla 16). En el reactivo 17 se muestra que el 46.2% no han hablado con sus hijos sobre relaciones de amigos, novios y desconocidos mientras que 53.8% si ha hablado (Tabla 17). En el reactivo 18 los resultados arrojaron que el 53.8% de la población consideran que no es importante abordar con sus hijos temas como partes reproductoras del cuerpo, poluciones nocturnas, masturbación y menstruación y el 46.2% consideran que si es importante (Tabla 18).

**¿Has informado a tu hijo (a) sobre higiene personal?**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	3	23.1	23.1	23.1
	Si	10	76.9	76.9	100.0
	Total	13	100.0	100.0	

Tabla 16 Reactivo No.16 del Pre tratamiento

**¿Has hablado con tu hijo (a) sobre las relaciones de amigos, novios, desconocidos?**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	6	46.2	46.2	46.2
	Si	7	53.8	53.8	100.0
	Total	13	100.0	100.0	

Tabla 17 Reactivo No.17 del Pre tratamiento

**¿Consideras que es importante abordar con tu hijo los temas como las partes reproductoras del cuerpo, masturbación, menstruación y poluciones nocturnas?**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	7	53.8	53.8	53.8
	Si	6	46.2	46.2	100.0
	Total	13	100.0	100.0	

Tabla 18 Reactivo No.18 del Pre tratamiento

En el reactivo 19 los resultados arrojaron que el 15.4% de la población no están dispuestos hablar con sus hijos sobre métodos anticonceptivos, embarazos, sexo y enfermedades de transmisión sexual mientras que el 84.6% si está dispuesto (Tabla 19). En el reactivo numero 20 se muestra que el 15.4% de la población al observar acciones realizadas por su hijo que relacionan con sexualidad reaccionan regañándolo y el 84.6% no reaccionan regañándolo (Tabla 20). En el reactivo 21 los resultados arrojaron que el 61.5% al observar acciones realizadas por su hijo sobre sexualidad se alarman y se preocupan mientras que el 38.5% no (Tabla 21).

**¿Acorde a su edad, estas dispuesto hablar con tu hijo (a) sobre métodos anticonceptivos, embarazos, sexo y enfermedades de transmisión sexual?**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	2	15.4	15.4	15.4
	Si	11	84.6	84.6	100.0
	Total	13	100.0	100.0	

Tabla 19 Reactivo No.19 del Pre tratamiento

**¿Al observar acciones realizadas por su hijo (a) que usted relaciona con sexualidad, usted reacciona regañándolo?**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	2	15.4	15.4	15.4
	No	11	84.6	84.6	100.0
	Total	13	100.0	100.0	

Tabla 20 Reactivo No.20 del Pre tratamiento

**¿Al observar acciones realizadas por su hijo (a) que usted relaciona con sexualidad, usted se alarma y se preocupa?**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	8	61.5	61.5	61.5
	No	5	38.5	38.5	100.0
	Total	13	100.0	100.0	

Tabla 21 Reactivo No.21 del Pre tratamiento

En el reactivo número 22 los resultados muestran que el 38.5% al observar acciones realizadas por su hijo relacionado con sexualidad no lo orientan ni buscan información especializada mientras que el 61.5% si lo orientan y buscan información (Tabla 22).

**¿Al observar acciones realizadas por su hijo (a) que usted relaciona con sexualidad, usted lo orienta o busca información especializada?**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	5	38.5	38.5	38.5
	Si	8	61.5	61.5	100.0
	Total	13	100.0	100.0	

Tabla 22 Reactivo No.22 del Pre tratamiento

En el reactivo numero 23 los resultados arrojados muestran que el 7.7% de la población no considera peligroso que su hijo no esté bien informado sobre aspectos de sexualidad mientras que el 92.3% considera que si es peligroso (Tabla 23). En el reactivo 24 el 30.8% de la población piensan que su hijo no es vulnerable hacia un abuso sexual mientras que 69.2% piensa que si lo son (Tabla 24).

**¿Considera usted peligroso que su hijo (a) no esté bien informado de la sexualidad?**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	1	7.7	7.7	7.7
	Si	12	92.3	92.3	100.0
	Total	13	100.0	100.0	

Tabla 23 Reactivo No.23 del Pre tratamiento

**¿Usted piensa que su hijo (a) es vulnerable hacia un abuso sexual?**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	4	30.8	30.8	30.8
	Si	9	69.2	69.2	100.0
	Total	13	100.0	100.0	

Tabla 24 Reactivo No.24 del Pre tratamiento

En el reactivo número 25 los resultados muestran que el 61.5% de la población no han informado a su hijo para prevenir un abuso sexual y 38.5% si los han informado (Tabla 25). En el reactivo 26 se muestra que el 61.5% de la población no ha recibido información sobre cómo educar sobre sexualidad a personas con síndrome de Down mientras que el 38.5% si ha recibido información (Tabla 26).

**¿Ha informado a su hijo (a) para prevenir un abuso sexual?**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	8	61.5	61.5	61.5
	Si	5	38.5	38.5	100.0
	Total	13	100.0	100.0	

Tabla 25 Reactivo No.25 del Pre tratamiento

**¿Anteriormente, ha recibido información sobre cómo educar de sexualidad a personas con síndrome de Down?**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	8	61.5	61.5	61.5
	Si	5	38.5	38.5	100.0
	Total	13	100.0	100.0	

Tabla 26 Reactivo No.26 del Pre tratamiento

Posteriormente se presentan los resultados obtenidos del análisis por reactivo del cuestionario aplicado del pos tratamiento. En el primer reactivo del cuestionario los resultados arrojaron que del 100% de la población el 7.7% no ha hablado con su hijo ningún tema de sexualidad mientras que el 92.3% si ha hablado temas de sexualidad con su hijo (Tabla 27). En el segundo reactivo los resultados muestran que el 100% de la población considera que si es importante hablar con su hijo sobre sexualidad (Tabla 28). En el tercer reactivo los resultados arrojaron que del 100% de la población en el instituto donde asiste su hijo el 7.7% no abordan temas de educación sexual y en el 92.3% de la población si abordan temas de sexualidad en el instituto (Tabla 29).

**¿Has hablado con tu hijo (a) sobre algún tema de sexualidad?**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	1	7.7	7.7	7.7
	Si	12	92.3	92.3	100.0
	Total	13	100.0	100.0	

Tabla 27 Reactivo No.1 del Pos tratamiento

**¿Consideras que es importante el hablar con tu hijo (a) sobre sexualidad?**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	13	100.0	100.0	100.0

Tabla 28 Reactivo No.2 del Pos tratamiento

**¿En el instituto donde asiste tu hijo (a) abordan temas de educación sexual?**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	1	7.7	7.7	7.7
	Si	12	92.3	92.3	100.0
	Total	13	100.0	100.0	

Tabla 29 Reactivo No.3 del Pos tratamiento

En el cuarto reactivo del cuestionario los resultados muestran que el 15.4% de la población no han tenido o tienen algunas dudas sobre como orientar a su hijo en aspectos de sexualidad y el 84.6% si han tenido dudas (Tabla 30). En el reactivo número cinco los resultados arrojaron que el 100% de la población si está dispuesto a colaborar con la educación sexual de su hijo (Tabla 31). En el reactivo número seis los resultados muestran que el 23.1% de la población no ha buscado apoyo para saber cómo orientar a su hijo en temas de sexualidad mientras que el 76.9% si ha buscado apoyo (Tabla 32). En el reactivo siete se muestra que el 100% de la población creen que la sexualidad es una parte vital en la vida de las personas con síndrome de Down (Tabla 33).

**¿Has tenido o tienes algunas dudas sobre como orientar a tu hijo (a) en su sexualidad?**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	2	15.4	15.4	15.4
	Si	11	84.6	84.6	100.0
	Total	13	100.0	100.0	

Tabla 30 Reactivo No.4 del Pos tratamiento

**¿Estás dispuesto a colaborar con la educación sexual de tu hijo (a)?**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	13	100.0	100.0	100.0

Tabla 31 Reactivo No.5 del Pos tratamiento

**¿Has buscado apoyo para saber cómo orientar a tu hijo (a) en temas sobre sexualidad?**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	3	23.1	23.1	23.1
	Si	10	76.9	76.9	100.0
	Total	13	100.0	100.0	

Tabla 32 Reactivo No.6 del Pos tratamiento

**¿Crees que la sexualidad es una parte vital en la vida de las personas con síndrome de Down?**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	13	100.0	100.0	100.0

Tabla 33 Reactivo No.7 del Pos tratamiento

En el reactivo 8 los resultados muestran que el 7.7% de la población piensan que a su hijo no les interesa conocer temas sobre sexualidad sin embargo el 92.3% piensa que si les interesa (Tabla 34).

**¿Piensas que tu hijo (a) le interese conocer temas sobre sexualidad?**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	1	7.7	7.7	7.7
	Si	12	92.3	92.3	100.0
Total		13	100.0	100.0	

Tabla 34 Reactivo No.8 del Pos tratamiento

En el reactivo numero 9 los resultados muestran que el 38.5% de la población les es difícil hablar con sus hijos sobre sexualidad mientras que el 61.5% no es difícil para ellos (Tabla 35). En el reactivo 10 los resultados arrojados mencionan que el 7.7% de la población no apoyan completamente la sexualidad de su hijo sin embargo el 92.3% si la apoyan (Tabla 36). En el reactivo 11 el 7.7% de la población piensa que en un futuro sus hijos no son capaces de establecer una relación afectiva en cambio el 92.3% piensan que si son capaces de establecer una relación afectiva (Tabla 37).

**¿Es difícil para ti hablar con tu hijo (a) sobre afectividad?**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	5	38.5	38.5	38.5
	No	8	61.5	61.5	100.0
Total		13	100.0	100.0	

Tabla 35 Reactivo No.9 del Pos tratamiento

**¿Apoyas completamente la sexualidad de tu hijo?**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	1	7.7	7.7	7.7
	Si	12	92.3	92.3	100.0
Total		13	100.0	100.0	

Tabla 36 Reactivo No.10 del Pos tratamiento

**¿Piensas que en un futuro tu hijo (a) sería capaz de establecer una relación afectiva?**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	1	7.7	7.7	7.7
	Si	12	92.3	92.3	100.0
	Total	13	100.0	100.0	

Tabla 37 Reactivo No.11 del Pos tratamiento

En el reactivo 12 los resultados muestran que el 100% de la población los padres si apoyarían una relación sexual a su hijo si así lo quisieran (Tabla 38). En el reactivo 13 del 15.4% de la población no apoyarían la idea de que su hijo se casara sin embargo el 84.6% si (Tabla 39). En el reactivo número 14 se muestra que del 69.2% de la población no piensan que es posible que su hijo pueda procrear mientras que el 30.8% piensa que si (Tabla 40). En el reactivo 15 el 7.7% de la población sus hijos no conocen la diferencia entre un hombre y una mujer mientras que el 92.3% si conocen la diferencia entre un hombre y una mujer (Tabla 41).

**¿Apoyarías a tu hijo (a) en una relación sexual futura si él o ella así lo quisieran?**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	13	100.0	100.0	100.0

Tabla 38 Reactivo No.12 del Pos tratamiento

**¿Apoyarías la idea de que tu hijo (a) se casara?**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	2	15.4	15.4	15.4
	Si	11	84.6	84.6	100.0
Total		13	100.0	100.0	

Tabla 39 Reactivo No.13 del Pos tratamiento

**¿Piensas que es posible que tu hijo (a) pueda procrear?**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	9	69.2	69.2	69.2
	Si	4	30.8	30.8	100.0
Total		13	100.0	100.0	

Tabla 40 Reactivo No.14 del Pos tratamiento

**¿Tu hijo (a) conoce la diferencia entre un hombre y una mujer?**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	1	7.7	7.7	7.7
	Si	12	92.3	92.3	100.0
Total		13	100.0	100.0	

Tabla 41 Reactivo No.15 del Pos tratamiento

En el reactivo numero 16 los resultados muestran que el 7.7% de la población no han informado a su hijo sobre higiene personal mientras que el 92.3% si (Tabla 42). En el reactivo 17 se muestra que el 15.4% no han hablado con sus hijos sobre relaciones de amigos, novios y desconocidos mientras que 84.6% si ha hablado (Tabla 43). En el reactivo 18 los resultados arrojaron que el 100% de la población consideran que es importante abordar con sus hijos temas como partes reproductoras del cuerpo, poluciones nocturnas, masturbación y menstruación (Tabla 44).

**¿Has informado a tu hijo (a) sobre higiene personal?**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	1	7.7	7.7	7.7
	Si	12	92.3	92.3	100.0
Total		13	100.0	100.0	

Tabla 42 Reactivo No.16 del Pos tratamiento

**¿Has hablado con tu hijo (a) sobre las relaciones de amigos, novios, desconocidos?**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	2	15.4	15.4	15.4
	Si	11	84.6	84.6	100.0
	Total	13	100.0	100.0	

Tabla 43 Reactivo No.17 del Pos tratamiento

**¿Consideras que es importante abordar con tu hijo los temas como las partes reproductoras del cuerpo, masturbación, menstruación y poluciones nocturnas?**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	13	100.0	100.0	100.0

Tabla 44 Reactivo No.18 del Pos tratamiento

En el reactivo 19 los resultados arrojaron que el 100% de la población si están dispuestos hablar con sus hijos sobre métodos anticonceptivos, embarazos, sexo y enfermedades de transmisión sexual (Tabla 45). En el reactivo numero 20 se muestra que el 15.4% de la población al observar acciones realizadas por su hijo que relacionan con sexualidad reaccionan regañándolo y el 84.6% no reaccionan regañándolo (Tabla 46). En el reactivo 21 los resultados arrojaron que el 38.5% al observar acciones realizadas por su hijo sobre sexualidad se alarman y se preocupan mientras que el 61.5% no (Tabla 47). En el reactivo número 22 los resultados muestran que el 7.7% al observar acciones realizadas por su hijo relacionado con sexualidad no lo orientan ni buscan información especializada mientras que el 92.3% si lo orientan y buscan información (Tabla 48).

**¿Acorde a su edad, estas dispuesto hablar con tu hijo (a) sobre métodos anticonceptivos, embarazos, sexo y enfermedades de transmisión sexual?**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	13	100.0	100.0	100.0

Tabla 45 Reactivo No.19 del Pos tratamiento

**¿Al observar acciones realizadas por su hijo (a) que usted relaciona con sexualidad, usted reacciona regañándolo?**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	2	15.4	15.4	15.4
	No	11	84.6	84.6	100.0
	Total	13	100.0	100.0	

Tabla 46 Reactivo No.20 del Pos tratamiento

**¿Al observar acciones realizadas por su hijo (a) que usted relaciona con sexualidad, usted se alarma y se preocupa?**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	5	38.5	38.5	38.5
	No	8	61.5	61.5	100.0
	Total	13	100.0	100.0	

Tabla 47 Reactivo No.21 del Pos tratamiento

**¿Al observar acciones realizadas por su hijo (a) que usted relaciona con sexualidad, usted lo orienta o busca información especializada?**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	1	7.7	7.7	7.7
	Si	12	92.3	92.3	100.0
	Total	13	100.0	100.0	

Tabla 48 Reactivo No.22 del Pos tratamiento

En el reactivo numero 23 los resultados arrojados muestran que el 100% de la población considera peligroso que su hijo no esté bien informado sobre aspectos de sexualidad (Tabla 49). En el reactivo 24 el 7.7% de la población piensan que su hijo no es vulnerable hacia un abuso sexual mientras que 92.3% piensa que si son vulnerables (Tabla 50).

**¿Considera usted peligroso que su hijo (a) no esté bien informado de la sexualidad?**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	13	100.0	100.0	100.0

Tabla 49 Reactivo No.23 del Pos tratamiento

**¿Usted piensa que su hijo (a) es vulnerable hacia un abuso sexual?**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	1	7.7	7.7	7.7
	Si	12	92.3	92.3	100.0
	Total	13	100.0	100.0	

Tabla 50 Reactivo No.24 del Pos tratamiento

En el reactivo número 25 los resultados muestran que el 15.4% de la población no han informado a su hijo para prevenir un abuso sexual y 84.6% si los han informado (Tabla 51). En el reactivo 26 se muestra que el 100% de la población ha recibido información sobre cómo educar sobre sexualidad a personas con síndrome de Down (Tabla 52).

**¿Ha informado a su hijo (a) para prevenir un abuso sexual?**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	2	15.4	15.4	15.4
	Si	11	84.6	84.6	100.0
	Total	13	100.0	100.0	

Tabla 51 Reactivo No.25 del Pos tratamiento

**¿Anteriormente, ha recibido información sobre cómo educar de sexualidad a personas con síndrome de Down?**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	13	100.0	100.0	100.0

Tabla 52 Reactivo No.26 del Pos tratamiento

## **CAPITULO V**

### **DISCUSIÓN**

En la elaboración de la presente investigación, se ha logrado conocer que tanto influye la implementación de una guía de educación sexual en padres de familia del Centro de Atención Múltiple y del Centro de Atención Múltiple Estatal y el avance en la educación sexual por parte de estos hacia sus hijos con Síndrome de Down.

La educación sexual en las personas con síndrome de Down es un tema que se ha estudiado desde hace mucho tiempo y a pesar de que se conoce la gran importancia que tiene esta, hasta hoy aun existen muchas limitaciones para contribuir en la educación sexual de la persona con síndrome de Down. Recientes investigaciones hablan de su importancia y sus limitaciones.

Pineda Pérez & Gutiérrez Baró (2009) Mencionan que la sexualidad es un elemento sumamente importante en la educación de la personas con síndrome de Down, es

por eso que los padres deben de tener los conocimientos necesarios para hablar con ellos desde las primeras etapas y a lo largo de toda su vida.

El poder contribuir con la instrucción y orientación de los padres de familia es un objetivo que muchas instituciones, profesionales y colaboradores tienen como meta, puesto que el informar a padres de familia, en este caso de personas con síndrome de Down lograra que el desarrollo y la educación de estas personas sea más amena.

En una investigación realizada por Cunningham (1996) concluyo que la tasa de divorcio en la cohorte siempre ha sido más baja que el promedio nacional y solamente un 14% sentían que tener un hijo con síndrome de Down había tenido un efecto negativo en su matrimonio. Por lo tanto, la mayoría de las familias informaron que son pertenecientes de buenas relaciones maritales. Esto también ha sido presentado recientemente en una muestra australiana (Cuskellyy Dodds, 1992).

Observando los resultados que se obtuvieron del estado civil de los padres de familia con la constancia que tuvieron en el seguimiento de la aplicación “guía de educación sexual” y confirmándolo con el marco de investigación se puede verificar que son escasos los padres de familia divorciados y que existen más padres que mantienen un matrimonio aun teniendo un hijo con síndrome de Down, ahora bien podemos preguntarnos a que se debe que la responsabilidad de los padres ya sean casados o divorciados sea mayor o menor.

El hecho de que muchas familias afrontan bien los problemas es un testimonio de su compromiso con el niño, su adaptabilidad y fuerza más que una falta de problemas y que padres solteros también se hacen de su responsabilidad debido a que el único sostén de esta persona es ella misma. Encontramos que la mayoría de los padres independientemente de su estado civil (60 a 70%) en la cohorte eran armoniosas con altos niveles de cohesión familiar y con satisfacción con la vida y con niveles relativamente normales de estrés. Se habían adaptado positivamente a su hijo con síndrome de Down y no presentaron efectos psicológicos negativos persistentes en

sus vidas o en sus hijos. En realidad tendían a sentir que el niño había contribuido positivamente a la familia (Cunningham, 1996).

Las situaciones que puede dar pie a la irresponsabilidad de los padres o a la educación no adecuada puede deberse a que las familias experimentan dificultades reflejadas en mayor estrés y menor satisfacción con la vida. Lo cual puede estar asociado con las características del niño de menor habilidad mental, problemas de comportamiento, temperamento excitable e infecciones recurrentes. También estaba asociado con un grupo de características familiares como por ejemplo menores niveles de recursos utilitarios asociados con el dinero, vivienda y empleo, menores niveles de apoyo social, problemas de salud de los padres y recursos psicológicos como personalidad y el uso de estrategias sin efecto.

## **5.1 Conclusión**

En la presente investigación los resultados obtenidos muestran que si existen diferencias entre los resultados del pretest y los resultados posteriormente obtenidos después de la aplicación de la guía de educación sexual, es decir la guía tuvo un impacto favorable en los padres de familia de personas con Síndrome de Down.

Lo que pudo constatar que anteriormente los padres tenían una idea de cómo educar a sus hijos sobre educación sexual y utilizaban herramientas básicas para informarles sobre temas de sexualidad, sin embargo posterior a la aplicación de la “guía de educación sexual” se observa que existe un mejor conocimiento en los padres de familia sobre la sexualidad en las personas con síndrome de Down por ende la educación y la información de los padres a sus hijos fue favorable y adecuada después de darle seguimiento a la guía de educación sexual.

Lo anterior se puede comprobar con los comentarios escritos que escribieron los padres de familia en la lista de chequeo, en ellos se puede observar que los primeros temas que corresponden a edades de la edad infantil son los temas que más se

abordaron debido a que la población correspondía más en esa edad, sin embargo en edad adolescente también se presentaron padres que vieron temas como afectos y sentimientos, cambios del cuerpo y relación de pareja con sus hijos que correspondía a la edad adolescente, y debido a que solo había un adulto los temas correspondientes a esta edad como relaciones de pareja, embarazo si se abordaron. Los temas que nadie vio y que correspondía a la edad adulta fueron enfermedades de transmisión sexual y matrimonio.

En base al estudio que se realizó sobre el análisis por reactivo del cuestionario que se aplicó antes y después del tratamiento los resultados permiten concluir que los padres de familia están necesitados de información sobre sexualidad, así como de estrategias para abordar las temáticas con sus hijos Down; más aún, los resultados de la pre evaluación indican que las instituciones no están abordando la temática. Esto puede reflejar que el docente frente al grupo de las instituciones educativas tienen poco conocimiento o dejan en segundo término el tema de sexualidad, debido a las diversas problemáticas conductuales, psicológicas y médicas que enfrentan estos niños.

Por otra parte, el análisis del reactivo también permite concluir que son necesarios los programas educativos sobre sexualidad del niño especial dirigidos al padre de familia, ya que aunque manifiestan tener dudas en este tema, también muestran que no hay una tendencia por la búsqueda de respuestas a sus dudas. Las respuestas dadas al reactivo 21 en la pre evaluación pueden sugerir que la falta de iniciativa de los padres en la búsqueda de información para resolver sus dudas, o en el interés por educar a sus hijos en la sexualidad, está marcado por cierto temor ante las manifestaciones sexuales del niño. Probablemente este rechazo hacia la sexualidad del niño Down esté relacionada con aspectos culturales.

Resulta interesante que el padre del niño Down está convencido que la falta de información sexual recibida por el niño lo vuelve vulnerable a los delitos sexuales; sin embargo, el considerar la falta de información como peligro para el delito sexual no le

hace sentir una emoción que lo motive a documentarse e informar a su hijo sobre sexualidad, protegiéndolo así de actos sexuales delictivos. Esta última idea es confirmada por las respuestas dadas al reactivo 25, donde la mayoría confirma no informar a los hijos sobre el abuso sexual.

Observando lo anterior se puede ultimar que en la mayoría de la población se efectuó un cambio de actitud referido a lo que se pensaba de la sexualidad en la persona con síndrome de Down y aspectos que se relacionan en gran medida con la sexualidad de estas personas. Las actitudes son adquiridas, se aprenden, y pueden ser modificadas o cambiadas las cuales dependen en gran medida de la motivación, las necesidades, la autoevaluación, el compromiso, la libre acción, el diálogo, los valores entre otras que tiene las personas, estos contribuyen en gran medida cuando se generan cambios en las actitudes.

Analizando los resultados arrojados antes y después del tratamiento se puede demostrar que los padres de familias de las personas con síndrome de Down pudieron manifestar un cambio de actitud en muchas variables que tienen que ver con aspectos de sexualidad de sus hijos. En algunas ocasiones los cambios de actitudes es algo muy difícil de modificar en las personas pero mediante la intervención que se realizó con los padres de familia se pudieron obtener resultados favorables que contribuyeron en el desarrollo sexual de estas personas.

En este sentido, se puede decir que a mayor conocimiento por parte de los padres de familia con síndrome de Down sobre educación sexual mayor calidad en la enseñanza por parte del padre hacia sus hijos. Confirmando así nuestra hipótesis de investigación.

García (s/f) en una investigación que realizo sobre la educación sexual en personas con síndrome de Down concluye que es patente la desinformación en varios aspectos sobre la sexualidad y en algunos casos la información es errónea, lo cual revela la necesidad que tienen estas personas de tener una información adecuada.

Tomando en base lo anterior, Pineda Pérez & Gutiérrez Baró (2009) también concluye que los padres de los niños con síndrome de Down no tienen los conocimientos suficientes sobre sexualidad, y que el llevar a cabo talleres de educación sexual con los padres genera que estos tengan un impacto positivo en el conocimiento acerca de la sexualidad en ellos mismos y cómo manejarla en sus hijos, lo cual contribuye en las esperanzas con relación a la sexualidad futura de sus hijos, lo que anteriormente puede percibirse como algo imposible.

En base a estas investigaciones asociadas a la presente investigación muestran claros resultados de cómo influye totalmente que los padres estén informados sobre el tema de sexualidad y sean capaces de resolver cualquier duda que tenga al respecto para que así pueda actuar correctamente en la orientación y educación de estas personas. La problemática que mucho limita al desarrollo sexual de estas personas tiene que ver con la educación que reciben primeramente por parte de los padres de familia y de los educadores, es por ello que se puede constatar el impacto que tuvo la presente guía de educación sexual con los padres de familia.

Esto no puede significar que los hijos de estas personas tendrán en este momento un pleno desarrollo sexual, pero sí que están siendo educados para poder alcanzarlo. Y las ventajas que pueden obtener las personas con síndrome de Down al ser educadas e informadas en aspectos de desarrollo sexual son que podrán ir generando en ellos mayor independencia y autonomía, que estén preparados para cualquier riesgo de abuso físico o sexual, no caer en un embarazo no planificado o contraer infecciones de transmisión sexual, conocerse a ellos mismos, comprender todos los cambios sexuales que tendrán a lo largo de su vida y poder alcanzar un desarrollo sexual pleno.

## **5.2 Recomendaciones**

Los resultados que se obtuvieron en la presente investigación pueden servir de ayuda a investigaciones futuras que vayan encaminadas hacia la importancia de la educación sexual en personas con discapacidad de Síndrome de Down.

Se sugiere a las autoridades escolares, tomen en cuenta los resultados obtenidos de la presente investigación para crear programas o talleres dirigidos a la educación sexual de las personas con síndrome de Down.

Si se pretende realizar un trabajo con la guía de educación sexual utilizada en la presente investigación se recomienda que la guía sea dirigida no solo a los padres de familia si no también a los educadores de estas personas y que las familias, instituciones y profesionales estén en constante acuerdo y se unan para dicho objetivo y así la información fluya en conjunto.

Es importante también comenzar con la educación sexual desde edades tempranas y se debe dejar claro que para comprometerse con la educación del hijo es sumamente importante influir en tres aspectos en conjunto; el cuidado de la persona Down, la supervisión y el aspecto afectivo.

Durante la implementación de la guía de educación sexual se recomienda que se reconozcan primordialmente las necesidades sexuales y afectivas de estas personas. Esta guía también se puede utilizar en personas con otras discapacidades, solo se recomienda estar muy pendiente de las características de las personas que pueden no influir en el contenido de la guía de educación sexual.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

América, P. (2013). *Centro de atención múltiple num.53*. Recuperado el 09 de abril de 2013, de Pueblos América: <http://mexico.pueblosamerica.com/c/centro-atencion-multiple-num-286>

Arbesú Afanias, A. (2000). La sexualidad de las personas con retraso mental. En M. A. Verdugo, *Familias y Discapacidad Intelectual*. Madrid: FEAPS.

Barragán Madero, F. (1991). *La educación sexual; guía, teoría y práctica*. España: Paidós.

Borrel Martínez, J.M. (2010). *Programa Español de Salud para Personas con Síndrome de Down*. España: ZINK soluciones creativas.

Castro Volio, I. (2007). El síndrome de Down en el siglo XXI. *Revista Enfermería Actual en Costa Rica*, 5(011), 1 - 13.

Cunningham, C. (1991). Familias de niños con síndrome de Down. *Revista de la universidad John Moores*.

Daquinta Rico N. (s/f). *Programa de Educación Sexual Venga la Esperanza*. Recuperado el 2 de marzo de 2013, de Policlínico Docente y Comunitario área norte: [http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol10\\_01\\_04/articulos/a8\\_v10\\_0104.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol10_01_04/articulos/a8_v10_0104.htm)

Familume, M. A. (2001). Discapacidad y educación sexual. *El Cisne*.

García Cabrero, B. (2009). *Manual de métodos de investigación para las ciencias sociales*. México: El manual moderno.

García Escamilla, S. (1990). *El niño con síndrome de Down*. México: Diana.

García, J.L. (s/f). Oye, que eres mi amigo, no mi novio. *Down España*, 1-12.

Garvia, B., & Miquel, M. J. (2004). *La vida sexual y afectiva de las personas con síndrome de Down*. Federación Española del síndrome de Down, 12 – 17.

Gonzales G. P. (2003). *Guía de educación sexual para padres*. México: ONE.

Machín Verdés, M., Purón Sopena, E. & Castillo Mayedo, J.A. (2009). Reflexiones sobre la intervención temprana en niños con síndrome de Down considerando la familia y la comunidad. *Revista habanera de ciencias médicas*, 8, 1-7.

Meresman, S. (2012). *Es parte de la vida; Material de apoyo sobre educación sexual y discapacidad para compartir en familia*. Taller grafico LTDA.

Ortega Tamez, L. C. (1997). *El síndrome de Down; Guía para padres, maestros y médicos*. México: Trillas.

Papalia Diane, E., Wendkos Olds, S., & Duskin Feldman, R. (2005). *Psicología del desarrollo de la infancia*. México. MC Graw Hill.

Pick de Weiss, S., & Vargas Trujillo, E. (1990). *Yo adolescente*. México: Limusa.

Pineda Pérez, E.J. & Gutiérrez Baró, E. (2009). Estrategia de intervención educativa sobre la sexualidad en niños con el síndrome de Down. *Revista cubana de medicina general integral*, 25, 95 -104.

Rivera Sánchez, P. (2008). Sexualidad de los niños, niñas y jóvenes con discapacidad. *Revista Educación*, 32, 157-170.

Ruiz Rodríguez, E. (2011). *Iniciación de la educación afectivo – sexual*. Santander.

Ruiz Rodríguez, E. (2011). Características psicológicas de los niños y jóvenes con síndrome de Down. *Revista de síndrome de Down*.

Secretaría de educación y cultura del Estado de Sonora. (2013). *Centro de atención múltiple (CAM)*. México: Sonora Si.

Shaffer, R. D. (2000). *Psicología del desarrollo, infancia y adolescencia*. México: Thompson. BIEN

Valverde Hernández, G. (1994). *Orientación educativa*. México.

Walker Hirsch, L. (2012). *Sexualidad y síndrome de Down*. Recuperado el 18 de marzo de 2013, de National Down Syndrome Society: <http://www.ndss.org/Resources/NDSS-en-Espanol/Adolescencia-y-Edad-Adulta/Sexualidad-y-Sindrome-de-Down/>

# ANEXO A

## CUESTIONARIO

### “EDUCACIÓN SEXUAL DE LA PERSONA DOWN”

Institución:

Fecha:

Nombre del padre o madre:

Nombre del hijo (a):

Edad del hijo (a):

Reactivos	Si	No
1. ¿Has hablado con tu hijo (a) sobre algún tema de sexualidad?		
2. ¿Consideras que es importante el hablar con tu hijo (a) sobre sexualidad?		
3. ¿En el instituto donde asiste tu hijo (a) abordan temas de educación sexual?		
4. ¿Has tenido o tienes algunas dudas sobre como orientar a tu hijo (a) en su sexualidad?		
5. ¿Estás dispuesto a colaborar con la educación sexual de tu hijo (a)?		
6. ¿Has buscado apoyo para saber cómo orientar a tu hijo (a) en temas sobre sexualidad?		
7. ¿Crees que la sexualidad es una parte vital en la vida de las personas con síndrome de Down?		
8. ¿Piensas que tu hijo (a) le interese conocer temas sobre sexualidad?		
9. ¿Es difícil para ti hablar con tu hijo (a) sobre afectividad?		
10. ¿Apoyas completamente la sexualidad de tu hijo?		
11. ¿Piensas que en un futuro tu hijo (a) sería capaz de establecer una relación afectiva?		
12. ¿Apoyarías a tu hijo (a) en una relación sexual futura si él o ella así lo quisieran?		
13. ¿Apoyarías la idea de que tu hijo (a) se casara?		
14. ¿Piensas que es posible que tu hijo (a) pueda procrear?		
15. ¿Tu hijo (a) conoce la diferencia entre un hombre y una mujer?		
16. ¿Has informado a tu hijo (a) sobre higiene personal?		
17. ¿Has hablado con tu hijo (a) sobre las relaciones de amigos, novios, desconocidos?		
18. ¿Consideras que es difícil abordar con tu hijo los temas como las partes reproductoras del cuerpo, masturbación, menstruación y poluciones nocturnas?		
19. ¿Acorde a su edad, estas dispuesto hablar con tu hijo (a) sobre métodos anticonceptivos, embarazos, sexo y enfermedades de transmisión sexual?		
20. ¿Al observar acciones realizadas por su hijo (a) que usted relaciona con sexualidad, usted reacciona regañándolo?		
21. ¿Al observar acciones realizadas por su hijo (a) que usted		

relaciona con sexualidad, usted se alarma y se preocupa?		
22. ¿Al observar acciones realizadas por su hijo (a) que usted relaciona con sexualidad, usted lo orienta o busca información especializada?		
23. ¿Considera usted peligroso que su hijo (a) no esté bien informado de la sexualidad?		
24. ¿Usted piensa que su hijo (a) es vulnerable hacia un abuso sexual?		
25. ¿Ha informado a su hijo (a) para prevenir un abuso sexual?		
26. ¿Anteriormente, ha recibido información sobre cómo educar de sexualidad a personas con síndrome de Down?		

# **ANEXO B**

## Check List

Institución:

Fecha:

Nombre del padre o madre:

Nombre del hijo (a):

Edad del hijo (a):

A continuación se presentan las temáticas que se abordan en la Guía de educación sexual para personas con síndrome de Down. Palomear las temáticas que ya se han hablado o tratado con su hijo (a) y posteriormente poner un breve resumen de cómo abordó dicha temática, que dificultades hubo, que preguntas se presentaron etc.

Temática	✓	Comentarios:
<b>Tema: Los chicos y las chicas son diferentes.</b>		
<b>Tema: El cuerpo y sus funciones.</b>		
<b>Tema: Lo que es público y lo que es privado.</b>		
<b>Tema: Relaciones interpersonales.</b>		
<b>Tema: Como nace un bebe.</b>		
<b>Tema: Masturbación.</b>		

<b>Tema: Afectos y sentimientos.</b>		
<b>Tema: Cambios del cuerpo.</b>		
<b>Tema: Relación de pareja.</b>		
<b>Tema: Embarazo.</b>		
<b>Tema: Enfermedades de transmisión sexual.</b>		
<b>Tema: Matrimonio.</b>		

# ANEXO C

## **GUÍA DE EDUCACIÓN SEXUAL PARA PERSONAS CON SÍNDROME DE DOWN**

La sexualidad forma parte del ser humano, esto sin importar cual sea su condición física, social, sexual o religión, es por eso que la sexualidad no puede desligarse de la población con algún tipo de discapacidad. Tomando en cuenta que la sexualidad tiene una importancia esencial en el desarrollo de cualquier persona, la curiosidad por conocer sobre sexo es algo que se manifiesta desde niños hasta la edad adulta y esto va creciendo progresivamente. El medio que nos rodea, la familia, la sociedad y la personalidad son los que van a colaborar en el desarrollo sexual de cada persona.

Sexualidad es un término que va mas allá de la genitalidad, cuando se habla de sexualidad se debe tomar en cuenta que también incluye los sentimientos, la conducta, las relaciones, el afecto, además del sexo. Estas se van aprendiendo en base a la experiencia de cada persona y al aprendizaje que se tiene sobre este tema.

El desarrollo psicosexual de las personas con síndrome de Down es igual al de cualquier ser humano y aunque es un poco más difícil hablarlo, dependiendo del grado de afectación intelectual, este existe, lo cual no impide que la persona con síndrome de Down no llegue a manifestar sentimientos e interacciones sociales, son personas que también necesitan aprender a conocerse, aceptarse, respetarse como hombres y mujeres lo cual evitara también que sean más vulnerables a abusos por parte de otras personas, esto les facilitara integrarse a la sociedad de manera activa.

Sin embargo, la vida sexual y afectiva de las personas con síndrome de Down está sometida también a toda una serie de mitos, prejuicios y tabúes acerca de la sexualidad, los cuales obstruyen a profesionales y educadores al momento de proporcionar información sobre sexualidad a estas personas, por distintas cosas que al fin de cuenta terminan perjudicando el desarrollo sexual de la persona Down. Como por ejemplo, que las personas con síndrome de Down no tienen sexualidad, que son eternos niños o que la sexualidad en ellos no debe despertarse. Todos estos prejuicios condicionan a que estas personas Down se desenvuelvan, limitándose a conocer y explorar su propio cuerpo, el tener privacidad, el recibir información acerca del tema de sexualidad y descubrir el placer sexual. La falta de educación sobre sexualidad de las personas con síndrome de Down también afecta en su integración social, condenándolo al no independizarse, no casarse y por ende el no procrear hijos. Por esto es importante proporcionar una información necesaria para que estas personas entiendan los cambios fisiológicos de su organismo y así aprendan a primeramente aceptarlo, respetarlo y cuidarlo.

Es por ello, que muchos padres y madres de estas personas no saben cómo educar a sus hijos sobre sexualidad, como hablar con ellos sobre estos temas y es por eso que muchas veces prefieren no hacerlo, porque piensan que van a despertar en ellos una necesidad que creen que esta oculta. El impedir que estas personas desarrollen plenamente su sexualidad o hasta donde sean capaces de hacerlo, es una violación a los derechos sexuales de estas personas, puesto que obstruye el derecho a la propiedad de su cuerpo, a tener privacidad, a recibir información acerca de estos temas, a explorar su cuerpo y a descubrir el placer sexual.

Nos damos cuenta que la posibilidad de desarrollo sexual, la expresión de sentimientos, la comunicación y el amor, de estas personas aun está limitada por la sociedad y la familia, el problema es que estas personas no se encuentran totalmente orientadas acerca del tratamiento de la sexualidad en personas Down, por lo que necesitan más información.

Es por eso que se plantea realizar una guía sobre como orientar a personas con síndrome de Down en aspectos de sexualidad y así contribuir al conocimiento de los padres y madres de estas personas, para que puedan tener un mejor desarrollo psicosexual y una integración a la sociedad, evitando el rechazo en la sociedad y la familia.

- ✚ La presente guía es un manual donde se describen todos aquellos aprendizajes que deben adquirir las personas con síndrome de Down en sus diferentes etapas, para impulsar plenamente su desarrollo psicosexual.
- ✚ Esta guía va dirigida a padres y madres de personas con síndrome de Down y todos aquellos profesionales / público que participan en la orientación y educación de estas personas.
- ✚ Es conveniente que en la aplicación de esta guía por parte de padres de familia y también profesionales exista un acuerdo entre los pares respecto a los temas que se instruirán y los aspectos relativos a la educación sexual con los que se van a trabajar.
- ✚ El objetivo es realizar una guía donde se establezcan todos aquellos aprendizajes y puntos que debemos tomar en cuenta con estas personas, para enseñarles que pueden desarrollar su sexualidad completamente y tenga la oportunidad ellos mismo de tomar decisiones relacionadas con su desarrollo sexual y escindir el derecho en ellos a

su privacidad, a la propiedad de su cuerpo, a recibir información sobre estos temas, a explorarse ellos mismos y sobre todo conocer lo que es la sexualidad. Con este fin, contribuimos en la orientación y conocimiento de los padres, profesionales y público interesado para que tengan las estrategias necesarias y contribuyan e instruyan en la educación sexual de estas personas.

## GUÍA DE EDUCACIÓN SEXUAL PARA PERSONAS DOWN

El desarrollo psicosexual de la persona Down no dependerá del grado de afectación intelectual, su cuerpo y su sexualidad se desarrollara casi de la misma forma que cualquier otra persona. Las edades que se señalan en la guía son tentativas, si usted observa que a cierta edad su hijo aun no está preparado para conocer el tema puede posponerlo. A continuación se orientara sobre las situaciones que pueden ocurrir y que son alertas para comenzar hablar sobre algún tema de sexualidad con su hijo (a).

- ♣ Si se presenta alguna situación donde el chico mire desnuda a una persona de su sexo contrario y pregunte sobre los genitales de su mismo sexo o el sexo contrario, o se dé cuenta y sea capaz de identificar que hay diferencias entre hombres y mujeres, comenzar hablar del tema: **Los chicos y las chicas son diferentes.**
- ♣ Al hablar sobre el tema anterior, es necesario proseguir con la explicación sobre las partes de su cuerpo, y en situaciones donde se presente el aseo personal del chico (a), que estos comienzan desde edades tempranas comenzar a fomentar la autonomía en el. Tema: **El cuerpo y sus funciones.**
- ♣ En situaciones o momentos en que el chico comience a fomentar su aseo personal por el mismo, tenga la edad para conocer donde sí y donde no estar desnudo, o si el chico comienza a realizar conductas tales como andar desnudo o desvestirse enfrente de otras personas, hablar con él sobre el tema: **Lo que es público y lo que es privado.**
- ♣ El tema **relaciones interpersonales** puede comenzarse a abordar cuando el chico (a) comienza a relacionarse con otras personas distintas a su familia por ejemplo cuando entra a la escuela, en nivel preescolar o primaria.
- ♣ Cuando el chico (a) comience hacer preguntas sobre cómo nace un bebe o por donde sale un bebe, porque mi tía está embarazada, etc. Preguntas que tenga que ver con el nacimiento de un bebe explicar el tema: **Como nace un bebe.**
- ♣ Al momento de hablar sobre lo público y privado y las relaciones interpersonales comenzamos a reforzar sobre el tema intimidad, en el momento en que el chico este más en situaciones donde convive con otras personas

que no son su familia y que tiene una edad para comprender sobre el abuso sexual, abordar el tema: **Prevención de abusos.**

- ♣ Cuando el chico comience a tener conductas donde se toca sus partes genitales comenzar hablar sobre el tema: **Masturbación.**
- ♣ Cuando el chico pasa por una etapa donde ya comienza a relacionarse más con las personas de su sexo contrario, o pregunta sobre el cariño, los novios, las parejas hablar sobre el tema: **Afectos y sentimientos.**
- ♣ Cuando al chico (a) le comienzan ya a cambiar las partes de su cuerpo, que termina la etapa de la infancia y empieza a entrar en la preadolescencia, a esta edad se le da más énfasis a su imagen corporal, y pasa a ser una de las etapas más importante de su vida, al punto que se vuelven más vulnerables, en la cual se presentan problemas con la imagen de tienen de sí mismos. La preparación física y psicológica que reciban les permitirá aminorar los cambios corporales y emocionales que ya están por acercarse, la menstruación en las mujeres y en los hombres los sueños húmedos, es entonces cuando se debe comenzar hablar del tema: **Cambios del cuerpo.** Se recomienda que la hermana o mama hablen con la chica sobre estos temas y el hermano o papa con el chico, para manifestar mayor confianza y seguridad.
- ♣ Ya al hablar del tema anterior posterior de estos cambios es sumamente importante el comenzar hablar de las siguientes temáticas: **Relación de pareja**, aunque no tengan novio es importante explicarles, **Relaciones sexuales**, este tema se habla a una edad mayor y no importa si tienen o no una relación, reforzar el tema de **masturbación**, en mayor estancia con los hombres puesto que a esta edad los jóvenes pueden pasar por esta situación, se presente o no es importante hablarlo, y se aconseja que el padre o hermano lo hable con el joven.
- ♣ En esta etapa también es sumamente importante abordar las temáticas: **Embarazo y Enfermedades de transmisión sexual.**
- ♣ Por último, durante estas edades es importante darles ciertas responsabilidades para que vayan tomando sus propias decisiones, como dejarlas que escojan sus amistades, que se integren en grupos sociales. Es importante seguir reforzando las temáticas abordadas anteriormente.
- ♣ Ya cuando lleguen a una edad adulta, posterior a los 18 años se deben abordar los temas de **matrimonio**, procreación y relación sexual activa.

## ✚ GUÍA DE EDUCACIÓN SEXUAL PARA PERSONAS DOWN

Etapas	Edades	Aprendizaje	Estrategias
Infancia	2 – 9 años	<p>Tema: Los chicos y las chicas son diferentes.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>♣ Diferencias sexuales y físicas</li> <li>♣ Diferencias culturales y psicológicas</li> </ul>	<p>Puede ser útil comenzar a partir de preguntas: ¿Qué diferencias existen entre los niños y las niñas?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Explicar los órganos reproductores y partes del cuerpo.</li> <li>- Explicar las formas de ser, gustos de un niño y una niña.</li> </ul> <p>Dejar claro que niñas y niños tienen los mismos derechos y capacidades.</p>
	2 – 9 años	<p>Tema: El cuerpo y sus funciones.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>♣ Cuidado del cuerpo</li> <li>♣ Higiene personal</li> </ul>	<p>Explicar las partes del cuerpo utilizando las palabras correctas para denominar las partes del cuerpo incluyendo sus genitales.</p> <p>Fomentar su autonomía progresivamente, dejando que se encarguen personalmente en cuanto puedan de su aseo personal y concederles y respetar su intimidad desde pequeños.</p> <p>Por ejemplo; fomentar que su hijo (a) vaya al baño solo (a) o que se quede solo (a) cuando este allí siempre que sea posible.</p> <p>Trabajar con la limpieza y el cuidado del cuerpo constantemente, explicando la importancia de este. Explicar que tiene que limpiarse cada vez que vaya al baño, que debe secarse después de</p>

			bañarse, cuando lavarse los dientes, cambiarse solo, etc. (Todo el proceso de higiene de un día cotidiano).
	2 – 9 años	<p>Tema: Lo que es público y lo que es privado.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>♣ Partes del cuerpo; privado:(particular y personal de cada individuo), publico (lo que está a la vista de todos)</li> <li>♣ Lugares: privado (baño, dormitorio) publico (colegio, autobús, calle)</li> <li>♣ Actividades; privado (bañarse, desnudarse, cambiarse)</li> </ul>	<p>Explicar: ¿Qué cosas se pueden hacer en público? ¿Qué cosas se pueden hacer en privado?.</p> <p>Donde se desnudan y en presencia de quien.</p> <p>Conductas adecuadas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cubrirse con una toalla al salir de la ducha (en casa, en la piscina, etc.)</li> <li>- Cerrar la puerta del baño al hacer sus necesidades</li> <li>- Vestirse y desvestirse en sitios determinados, como el dormitorio</li> <li>- No pueden desnudarse ni mostrar sus partes íntimas a nadie que se lo pida, salvo en el caso del médico o los padres, por ejemplo cuando los curan o les ayudan a bañarse.</li> </ul> <p>Ejemplo: enseñarle con ejemplos que es importante que se dé la vuelta cuando alguien más se esté cambiando.</p> <p>Hablar en forma privada o íntima de algunos temas, demostrando que algunos temas no se conversan en público.</p>
	2 – 9 años	<p>Tema: Relaciones interpersonales.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>♣ Familia</li> <li>♣ Amigos</li> </ul>	<p>Explicar cómo está formada una familia y que cosas pueden hablarse y hacerse en el ámbito familiar. Explicar diferencias entre papas, hermanos, tíos, primos y abuelos. A quien se debe</p>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>♣ Desconocidos (Prevención de abusos)</li> <li>♣ Habilidades sociales</li> </ul>	<p>besar a quien no, cómo saludarlos. Explicar que significa una amistad. Comentar quienes son nuestros amigos, porque nos gusta estar con ellos, qué hacer cuando estamos con ellos.</p> <p>Explicar cómo tratar a un desconocidos (no tratarlo con tanta confianza igual que a un amigo o familiar pero tampoco ofenderlo).</p> <p>Reforzar lo público y privado. Explicar lo que es abuso; dejar claro que no pueden ir con extraños ni dejarse tocar por ellos.</p> <p>Enseñar a comunicar abusos: entrenar la capacidad para informar sobre estos temas.</p> <p>Esto se puede hacer por medio de preguntas como:</p> <p>Quien debes permitir que te abrase y te bese (familiares y/o amigos). A quien debes abrazar y besar (familiares y/o amigos). (A personas desconocidas o a los demás les debes decir NO).</p> <p>Fomentar signos de alarma:</p> <p>Qué hacer cuando alguien los toca o les habla de forma incorrecta. A quien recurrir si pasa esto.</p> <p>Conocer el derecho a decir que no cuando no se desea ser mirado, tocado o aproximado de alguna manera.</p> <p>Desarrollar técnicas básicas de seguridad; Como decir No, Vete, o Déjame.</p> <p>Explicar las reglas de cortesía básica y</p>
--	--	---	---

<b>Adolescencia</b>			el comportamiento adecuado en público o la relación con desconocidos.
		Tema: Como nace un bebe.	Explicar por qué y cómo nace un bebe. (Las preguntas acerca de esto suelen aparecer insistentemente ante la llegada de un hermanito, aprovechar para explicar, si no sucede esto se puede omitir). Explicarlo de la manera más acertada utilizando las palabras correctas.
		Tema: Masturbación.	Explicar que la masturbación es una forma saludable de ejercer y explorar su sexualidad, pero que debe hacerlo en privado, que solo él es dueño de su cuerpo y por eso es libre de hacerlo, pero nadie más debe tocar sus partes genitales, ni él puede tocar a las de los demás.
	10 – 14 años	Tema: Afectos y sentimientos. ♣ Contacto físico	Ejercitar el reconocimiento, control y expresión de las propias emociones y de las emociones de los demás. Explicando: Que es el amor (no solo en el aspecto de relación de pareja, si no también amor de familia, de amigos y de novios), que es el cariño, que son los sentimientos y emociones relacionadas con el deseo. Que es dar un beso, que es dar un abrazo y un saludo. ¿Quién puede abrazarte? ¿Quién puede besarte? Donde y cuando pueden hacerlo.

Adultez			<p>Puedes preguntar quién les gusta que los abrace y los bese, para comenzar a explicar el tema.</p> <p>Explicar que a los desconocidos puedes saludarlos de mano pero no de beso ni abrazos.</p>
	10 – 15 años	<p>Tema: Cambios del cuerpo.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>♣ Menstruación</li> <li>♣ Sueños húmedos</li> <li>♣ Erecciones</li> <li>♣ Masturbación</li> </ul>	<p>Explicar los cambios corporales.</p> <p>Explicar las funciones de las partes íntimas, reforzando las partes del cuerpo.</p> <p>En el tema de menstruación es recomendable hablar del tema al acercarse esa época, esto les servirá para estar preparadas y no les venga de sorpresa. Decirles que no es nada malo y que es algo normal en la vida de una mujer, que puede ocurrir dolor cuando se presente, llamados cólicos, que el sangrado durara alrededor de 3 a 7 días y que el periodo viene cada mes, que cuando suceda se deben utilizar toallas sanitarias que evitan que manche su ropa interior, se debe enseñar cuando cambiarlas y como usarlas, y que aunque esto suceda ella debe seguir yendo a la escuela y realizar las mismas actividades que hacía , es importante practicar los cuidados higiénicos y enseñarles a que reconozcan el momento en el que les llegara la regla.</p> <p>En los hombres lo mismo ocurre con las primeras poluciones nocturnas, hablar de esto antes de que llegue.</p>

			<p>Es recomendable que en el caso de los hombres estos temas lo hablen los papas o hermanos mayores y en el caso de las mujeres la mama o hermanas mayores.</p> <p>Primeramente hablar de erección, se les puede decir que son erecciones que se presentan de forma involuntaria y que a todos los adolescentes les pasa, que estas no son motivadas por un estímulo sexual y que ocurren de manera inesperada, estas pueden ser ocasionadas por el ejercicio físico o la presión de ropa ajustada. Y que la eyaculación es parte del inicio de la pubertad, que ocurre en las noches y que se trata simplemente de una descarga del semen, esto debido a que la vesícula seminal se encuentra llena. Es importante mencionar que la eyaculación son simplemente mecanismos fisiológicos.</p> <p>Hablar nuevamente de masturbación, puesto que a esta edad es probable que pase de nuevo.</p>
	10 – 15 años	<p>Tema: Relación de pareja.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>♣ Relaciones sexuales</li> <li>♣ Orientación sexual</li> </ul>	<p>Explicar que implica crear y mantener una relación de pareja.</p> <p>Explicar bajo qué condiciones se lleva a cabo una relación amorosa o afectiva; acuerdos, confianza, respeto etc.</p> <p>Fomentar la toma de decisiones y la autonomía.</p> <p>Explicar las diferencias entre sexo (acto</p>

			<p>sexual) y amor (afecto en la pareja): Explicando las distintas formas de vivir y sentir la sexualidad, y dejar claro que debe haber respeto y valores en la relación.</p> <p>Explicar que la sexualidad, los sentimientos, el deseo y la curiosidad, forman parte de un todo y todas las personas lo sienten, (se trata de cosas íntimas pero no sucias ni vergonzosas). Explicar la responsabilidad que conlleva una relación sexual y las consecuencias de estas (ser padre o madres). Y explicar también lo que es abstinencia y la importancia de ella. Orientar en los tipos de relaciones que existen; homosexual, heterosexual, bisexual: se puede abordar este tema utilizando los nombre correctos pero utilizando también sinónimos; gay, lesbiana etc.</p>
	15 años en adelante	<p>Tema: Embarazo. ♣ Métodos anticonceptivos</p>	<p>Explicar que es un embarazo y lo que conlleva a esto. Como prevenir un embarazo. (Se pueden explicar los métodos anticonceptivos apoyándose de ilustraciones, explicar cómo se utilizan, en donde, cuánto cuestan y el periodo o tiempo que se debe utilizar).</p>
	15 años en adelante	<p>Tema: Enfermedades de transmisión sexual.</p>	<p>Explicar las enfermedades de transmisión sexual más comunes y cómo prevenirlas. Las consecuencias de no usar métodos anticonceptivos y</p>

			lo que conlleva el mantener una relación sexual con muchas personas a la vez. Reforzar la responsabilidad de tener una relación sexual.
	18 años en adelante	Tema: Matrimonio. ♣ La vida de pareja ♣ Procreación ♣ Sexualidad activa	Fomentar la independencia y aumentar progresivamente su grado de autonomía. Explicar cómo se forma un matrimonio y todas las implicaciones que este conlleva (se puede explicar con el ejemplo de la pareja de los padres u otra pareja). Hablar de la responsabilidad que implica ser madre o padre.

#### BIBLIOGRAFIA:

Arbesu, Agustín. (2000). La sexualidad de las personas con retraso mental. Verdugo Miguel Ángel (Ed.). Familias y Discapacidad Intelectual. Madrid: FEAPS.

Borrel Martínez, J.M. (2010). Programa Español de Salud para Personas con Síndrome de Down. España: Federación Española del síndrome de Down.

Castro Volio, I. (2007). El síndrome de Down en el siglo XXI. Revista Enfermería Actual en Costa Rica, 5.

Daquinta Rico N. Programa de Educación Sexual Venga la Esperanza. Policlínico Docente y Comunitario área norte. Recuperado de:  
[http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol10\\_01\\_04/articulos/a8\\_v10\\_0104.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol10_01_04/articulos/a8_v10_0104.htm)

Familume, M. A. (2001). Sexualidad y discapacidad mental. Periódico El Cisne.

García Escamilla, Silvia (1990). El niño con síndrome de Down. México: Editorial Diana.

García, J.L. (). Oye, que eres mi amigo, no mi novio. España: Federación Española del síndrome de Down.

Garvia, B & Miquel, M. J. La vida sexual y afectiva de las personas con síndrome de Down. España: Federación Española del síndrome de Down.

Pineda Pérez, E.J & Gutiérrez Baro, E. (2009). Estrategia de intervención educativa sobre la sexualidad en niños con el síndrome de Down. Revista cubana de medicina general integral, 25.

Rivera Sánchez, Paola (2008). Sexualidad de los niños, niñas y jóvenes con discapacidad. Revista Educación, 32. Costa Rica.

Ruiz Rodríguez, E. (2011). Iniciación de la educación afectivo – sexual. Santander.

Seoane, José. Es parte de la vida: Material de apoyo sobre educación sexual y discapacidad para compartir en familia.

Programa de educación sexual de la ANEP.

Walker. (2012). Sexualidad y síndrome de Down. New York: National Down Syndrome Society. Recuperado de:  
<http://www.ndss.org/Resources/NDSS-en-Espanol/Adolescencia-y-Edad-Adulta/Sexualidad-y-Sindrome-de-Down/>