

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

“Curso de educación sexual para púberes con  
Síndrome de Down”

(Propuesta)

TESIS, QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADA EN PSICOLOGÍA,  
PRESENTA: Melina Berenice Vargas Navarro.

DIRECTORA: Ofelia Reyes Nicolat.

ASESORA: Leticia Bustos de la Tijera.

México, D.F. a 7 de noviembre del 2005.



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

# AGRADECIMIENTOS

A lo largo de mi vida he aprendido que una de las cosas más valiosas para el ser humano es la gente que encuentra en su camino; me siento muy afortunada por estar rodeada de seres maravillosos con quienes me he construido y he compartido momentos y aprendizajes inolvidables.

Este trabajo representa para mí un logro obtenido con esfuerzos compartidos, es por eso que deseo expresar mi gratitud hacia todos aquellos que de alguna manera me ayudaron a llegar hasta este momento y que sé comparten mi dicha.

Absolutamente gracias a Dios por cada instante.

Mi más profundo agradecimiento a la  
Universidad Nacional Autónoma de México  
*mi alma matter.*

Agradezco y dedico éste y todos mis logros a mis padres porque son ellos quienes sembraron en mí los valores y las aspiraciones que me hacen ser la mujer que soy.

A ti papá por inculcarme el deseo y el amor por "SER", por tu lucha diaria, por tu historia que admiro y por tu amor.

A ti mami por tu invaluable amor y entrega a nuestra familia, por tu apoyo incondicional para conmigo, por creer siempre en mí y educarme con tu ejemplo intachable.

A mis hermanos:

Saúl: mi mejor amigo de la infancia y la persona en quien más confío por su admirable manera de guardar los secretos.

Sinuhé, mi bebé: la compañía más placentera para mí, a tu lado cualquier momento es mejor.

A ustedes, mi más fuerte pilar y mi origen, los amo.

A todos mis profesores por su invaluable y tan noble labor, muy especialmente a:

Ofelia Reyes Nicolás una mujer a quien amo y es por mucho mi más grande maestra.

Leticia Bustos de la Tijera por su enorme disposición y apoyo para lograr este trabajo.

Mi reconocimiento para Alma Mireya López Arce Coria, Aída Araceli Mendoza Ibarrola y Guadalupe Santaella Hidalgo.

A mis grandes amigos por su amistad inquebrantable y su cariño que me acompaña a donde yo voy:

Lilian Reyna, Fernando Domínguez, Carlos Preisser, Rocío Naranjo, Vernón Herrera, César Ortega, Juan Carlos Sansores, Germán Gutiérrez, Nadia Paez, Baptiste Julien, Alejandra Salcido, Penélope Nava, Kenny Molina, Grethell Baeza, Vincent Bossy, Julien Leclercq, Olivier Laurent, Eva Thievaud y Karim Tego a ti, especialmente, amor de mirada triste, gracias por nuestra historia, te llevo en mi luz.

A mi prima Dolores Valencia por ser un gran apoyo en mi vida, una mujer sumamente apreciada por mi.

A mi abuelo Pablo Vargas y en la memoria de Matilde Maestre, Roberto Navarro y Teresa Sandoval, que siempre vivirán en mí.

A la familia Mahakian por apoyarme en mis años de estudiante, muy especialmente a mi querido Manuel Gonbogolian.

A la familia Alarcón, por su amor hacia mi familia y al señor Guillermo Villarreal por su cariño y sus enseñanzas.

Y final, pero esencialmente, a mi amado Jean Baptiste Fiscel, *mon amour pour toujours... Je t'aime et tu fais parti de ma vie à jamais.*

# ÍNDICE

RESUMEN .....	1
INTRODUCCIÓN .....	2
CAPÍTULO 1. SÍNDROME DE DOWN .....	6
Aspectos históricos de la deficiencia mental .....	6
Síndrome de Down .....	10
Tipos de Síndrome de Down .....	10
Características físicas y de personalidad .....	12
Posibles factores asociados con el Síndrome de Down .....	14
Patologías asociadas .....	16
Características del desarrollo cognoscitivo .....	17
CAPÍTULO 2. SEXUALIDAD Y SÍNDROME DE DOWN .....	19
Sexualidad y teorías de la sexualidad .....	19
Pubertad .....	22
Sexualidad y pubertad en las personas con Síndrome de Down .....	24
Cambios psicológicos y desarrollo socio-sexual .....	26
Habilidades sociales .....	27
Abuso sexual y Síndrome de Down .....	28
CAPÍTULO 3. EDUCACIÓN DE LA SEXUALIDAD Y SÍNDROME DE DOWN .....	32
¿Qué es la educación de la sexualidad? .....	32
Panorama actual de la educación de la sexualidad en México .....	35
Educación de la sexualidad en las personas con Síndrome de Down .....	43
CAPÍTULO 4. "CURSO DE EDUCACIÓN DE LA SEXUALIDAD PARA PÚBERES CON SÍNDROME DE DOWN" .....	46
Propuesta .....	46
Objetivo, población, escenario.....	47
Procedimiento .....	48
Programa .....	53
CONCLUSIONES .....	66
ANEXOS .....	68
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	81

# RESUMEN

Ante la situación de la educación de la sexualidad en nuestro país, a nivel familiar, institucional y cultural y reconociendo las necesidades específicas en esta área para la población de personas con Síndrome de Down, esta tesis plantea la propuesta de un curso de educación sexual para ellos, trabajando temas esenciales para el desarrollo de habilidades y actitudes sanas. Debido a las observaciones que se hicieron en las escuelas, se propone trabajar con personas púberes de ambos sexos y se intentará a través de este curso de 19 horas proporcionar la información que requieren de acuerdo a sus carencias educativas previas y a su nivel de desarrollo humano. Para la evaluación del mismo se creó un pre- post test que permitirá hacer el análisis cuantitativo de los resultados de la presente investigación, mismo que será complementado con un análisis cualitativo de cada una de las sesiones. Reconociendo la complejidad de la educación de la sexualidad y resaltando que ésta se conforma mediante la información y la formación, éste curso busca otorgar un punto de partida de la educación sexual en este sector, el cuál aún sufre de grandes carencias a nivel educativo en lo que respecta a su sexualidad, dando por tanto la herramienta esencial para la formación de habilidades y una mejor calidad de vida: la información básica de la sexualidad humana.

---

# INTRODUCCIÓN

La educación de la sexualidad en nuestro país y en muchos pueblos de Latinoamérica, es una necesidad que no ha recibido la debida atención, por desconocimiento, prejuicios, ignorancia y por falsas ideas de lo que es la sexualidad y por tanto la educación de ésta, provocando diversos y preocupantes problemas; como las infecciones de transmisión sexual, embarazos no deseados y el aborto, los cuales se sitúan en cifras alarmantes y se ven reflejados notoriamente en la población juvenil.

Frente a esta realidad y la creciente demanda por parte de jóvenes, padres, maestros, psicólogos, pedagogos y educadores, se inició el movimiento de educación sexual, dando conferencias, a solicitud de los diversos grupos, formando instituciones especializadas en el área, haciendo campañas, elaborando programas educativos, y en el área de la educación formal la Secretaria de Educación Pública ha incluido algunos temas de sexualidad dentro de otras materias del programa escolar a nivel primaria y secundaria, pero las carencias en este ámbito de la educación no han sido resueltas en nuestro país y a pesar de estas deficiencias a nivel de educación formal los jóvenes tienen ahora la alternativa de poder acudir a centros de información, revisar libros, revistas y asistir a pláticas informativas entre otros medios de educación no formal; mediante los cuales pueden encontrar respuestas a algunas de sus muchas inquietudes, sin embargo, es importante aclarar que la educación de la sexualidad no es información, sino formación, aún cuando los conocimientos adecuados son los que permiten el desarrollo de habilidades y actitudes sanas. Por lo tanto, lamentablemente este gran esfuerzo se ha visto demeritado porque en muchas familias y en gran cantidad de escuelas se sigue educando como si la sexualidad no existiera. Entre las familias y las escuelas no se ha logrado llegar a una comunión en cuanto a la educación sexual, lo cual representa uno de los más graves impedimentos en el avance de ésta. Por ejemplo, al ser humano se le define en la escuela como un ente biológico, psicológico y social y bajo esta concepción la sexualidad se debería ver como algo inherente al hombre en la cual intervienen los mismos factores, entendiendo también que tiene un carácter cambiante según la etapa de desarrollo y las condiciones socioculturales en que el individuo viva. Desafortunadamente, la sexualidad ha sido dividida, y se le considera un instinto meramente biológico, juzgándola como sucia, mala y pecaminosa prefiriendo entonces no hablar de ella, utilizando el método educativo de la represión a través de castigos, mentiras y amenazas, tergiversando así la realidad. (Chulz y Williams, 1983)

Y la realidad es que diario todos somos bombardeados con mensajes sobre el tema de la sexualidad y el sexo; sin ser conscientes, todos damos y recibimos de diversas formas educación, desde el momento que somos seres sexuados y sexuales que formamos e interactuamos en una sociedad. Por lo tanto, la educación de la sexualidad existe, el problema es la forma en como se ha venido dando. La información recibida proviene de los medios de comunicación, la familia, el círculo de amigos y la escuela que como se sabe son las principales fuentes de educación pero todos ellos dan una educación de la sexualidad inadecuada, distinta y es manejada con distintas intenciones, creando una confusión y una doble moral, por ejemplo, los padres de familia en la búsqueda de la prevención de una actividad sexual precoz en sus hijos,

---

educan a través de la represión, la desinformación y la evitación de un diálogo abierto sobre el tema.

Uno de los sectores que sufre aún más profundamente las consecuencias de una educación sexual inadecuada es la población de personas con alguna discapacidad, las oportunidades para aprender de la sexualidad se encuentran para ellos más limitadas, por ejemplo, el nivel de lectura de materiales está fuera de su alcance en la mayoría de los casos, lo que les limita el acceso a material impreso y recursos de calidad; lo cual de inicio subraya una necesidad mayor de educación de la sexualidad. A esta población desde el principio le es negada la oportunidad de recibir la información pertinente sobre el desarrollo de su sexualidad, debido a que se considera que son seres que nunca se verán inmiscuidos en una relación sexual, como si la sexualidad se redujera a este acto; olvidando que la sexualidad es un término que abarca muchas facetas de lo que somos, ésta concierne, entre mucho más, a lo que creemos y sentimos sobre ser hombre o mujer, sobre los papeles y expectativas asociadas a creencias y sentimientos; involucra nuestras conductas, interacciones y relaciones con las demás personas e incluye como nos sentimos con nuestro cuerpo y con nosotros mismos.

Dentro de los grupos de personas con discapacidad el más presente en la población y por lo mismo de los más estudiados y atendidos, es el de las personas con Síndrome de Down; éste llamado también trisomía del par 21 es la condición cromosómica más frecuente, teniendo una incidencia de uno por cada 700 recién nacidos y presentando rasgos físicos característicos y un déficit intelectual variable.

Uno de los máximos impedimentos para el desarrollo educativo en materia de sexualidad y específicamente en esta población es que amplios estratos de la sociedad siguen negando la sexualidad de las personas con discapacidades. Desafortunadamente en la conciencia social existe aún un profundo escepticismo en relación a las posibilidades de integración y maduración del individuo con Síndrome de Down, por lo tanto, para las personas con Síndrome de Down, los desafíos que supone el sano desarrollo de la sexualidad son todavía más intensos, ya que ellos se enfrentan a la difícil tarea de independizarse mientras siguen necesitando la protección y los consejos de la unidad familiar; muchos de ellos, por ejemplo, necesitan la ayuda de otros para su auto cuidado, lo que dificulta la enseñanza de las fronteras personales y la intimidad.

Se puede decir que en la mayoría de las escuelas para personas con Síndrome de Down que se visitaron en la ciudad de México, la educación sexual es deficiente o inexistente en la mayoría de los casos; por tanto las personas en esta condición, carecen de cualquier tipo de orientación sexual, lo cual, violenta sus derechos humanos, reduce el avance educativo en nuestro país y agrava la cantidad de abuso sexual. Es a partir de estas observaciones que surge la idea de crear un curso informativo de educación sexual que sea impartido dentro de las instituciones educativas, el cuál incluirá temas que cubran las principales necesidades detectadas, como el alto índice de abuso sexual y la falta de conocimiento de su cuerpo.

El curso que es propuesto en esta tesis parte de la idea de que las personas con Síndrome de Down tienen las mismas necesidades afectivo sexuales que cualquier otro sujeto, sólo que ellos poseen capacidades distintas, debido entre otros factores a su retraso cognitivo y a la percepción de ellos en la sociedad la cual los ha ubicado en un retraso educativo en el área sexual aún más marcado. De ahí que surja la necesidad de impartir un curso que proporcione los elementos básicos sobre su sexualidad



---

generando así un interés por parte de los padres, profesores y los mismos alumnos tomada en consideración la idea de que el contar con los conocimientos elementales de su sexualidad, es el punto fundamental para la formación y la modificación de cualquier actitud así como para el desarrollo de habilidades y capacidades.

Los estudios demuestran que el riesgo de abuso sexual en las personas con discapacidad es mayor que en las que no la tienen; algunas de las razones son: que los niños con discapacidad tienen mayor probabilidad de depender de los demás para atender sus necesidades básicas; a veces no poseen las habilidades sociales necesarias para solucionar una determinada situación y pueden tener dificultades en su modo de razonar y juzgar. (Couwenhoven 1999)

Aunque la necesidad es mayor, muchos padres y escuelas evitan o posponen abordar los temas de la sexualidad hasta que es demasiado tarde y sin ser una justificación existen razones fuertes para que esto ocurra, por ejemplo: el propio proceso de aprendizaje de los padres, la generación de éstos, la disponibilidad de recursos y apoyos y la discapacidad del hijo.

El crear un curso de educación sexual dirigido a esta población tiene como objetivo proporcionar la información necesaria para que dentro de sus posibilidades los alumnos entiendan los cambios fisiológicos de su organismo y para que aprenda a aceptarlos como parte de su desarrollo, estos son por ejemplo; la menarquia, eyaculación, sueños húmedos y en general los cambios corporales que suceden sobre todo en la pubertad y la adolescencia. Así mismo se busca darles a conocer la adecuada higiene sexual y mostrarle la importancia y el valor de su cuerpo, aprendiendo así a respetarlo y a cuidarlo, logrando de esta manera incrementar las habilidades sociales de estos individuos y la autoprotección ante posibles situaciones de riesgo. También se encontró pertinente darles a conocer sus derechos sexuales, tema que también será tratado con los padres de familia. El proveer a los jóvenes de conocimientos sobre si mismos y su sexualidad ofrecerá oportunidades de una mejor calidad de vida.

La propuesta del curso proviene de un profundo interés por colaborar en cierta medida con el avance educativo en general y muy particularmente con el sector de individuos con capacidades diferentes que aún reclaman una mejor atención en toda su personalidad incluida la sexualidad; ya que como sabemos muchos de ellos han estado sometidos a vivir en situaciones inadecuadas a sus necesidades (Amor Pan, 1997).

Mediante la aplicación del curso denominado "La sexualidad y el Síndrome de Down", la población a la que le será impartido contará con la información requerida sobre sexualidad de acuerdo a su etapa de desarrollo; conocerá su cuerpo y su funcionamiento, entenderá los cambios que ocurren en él a nivel físico y psicológico; aprenderá sobre los cuidados necesarios para consigo mismo como la higiene y aseo, reconocerá algunos límites en el contacto físico, dando de esta manera herramientas para la prevención del abuso sexual.

Este trabajo trata en el primer capítulo la deficiencia mental y el Síndrome de Down, se habla de su historia, de las condiciones médicas y de su desarrollo físico y cognitivo, así como de características físicas y de personalidad.

Posteriormente se aborda el tema de la sexualidad humana, la conceptualización de ésta, las teorías de desarrollo psicosexual, y se plantean las diferencias y similitudes entre el desarrollo sexual de los púberes con y sin Síndrome de Down.

---

El tema de la educación sexual en México y a nivel internacional; es discutido en el capítulo tres, también se habla de las condiciones y avances educativos de la educación sexual para personas con Síndrome de Down.

En el último capítulo se presenta la propuesta del curso-informativo, el cuál está formado por la metodología, el programa y el cuadro descriptivo del mismo, en éste se plantean los objetivos de cada sesión, la duración y las actividades a desarrollar.

Para la evaluación del programa se propone un análisis estadístico de datos de tipo cuantitativo, por lo que será necesaria la aplicación de un cuestionario pre-post test aplicado de manera individual, el cual evaluará los conocimientos adquiridos durante el curso; y este será complementado por un análisis cualitativo, que se llevará acabo al final de cada sesión en una bitácora.

# Capítulo 1

## SÍNDROME DE DOWN

### 1.1 Aspectos históricos de la Deficiencia Mental

Las personas con deficiencia mental como todas las afectadas por un tipo de minusvalía o que se encuentran en situaciones de desventaja, han estado más expuestas que cualquier otro grupo humano a las consecuencias de las ideologías sociopolíticas y a los modelos reinantes en cada momento histórico, explica José Amor, autor del libro *Afectividad y Sexualidad en la persona con Síndrome de Down*, así se observa que han existido épocas y sociedades con un trato inhumano marcadas por el abandono, confinamiento e infanticidio y otras de una relación más humanitaria y positiva.

Conocer el trato que a lo largo del tiempo se le ha dado a las personas con deficiencia mental plantea claves importantes para una mejor comprensión de su situación actual. Así mismo se valoran los avances alcanzados y se muestran las insuficiencias que aún persisten.

La deficiencia mental sin duda, ha estado presente desde los albores de la Humanidad. Sin embargo desde la Antigüedad hasta principios del siglo XIX es muy poca la información que se tiene con respecto a los problemas de la deficiencia mental, debido también a que la tasa de mortalidad era alta.

Antes del siglo XIX la idea que prevalecía con respecto a las deficiencias era la de que éstas eran un problema ligado a Dios, considerándoseles como una manifestación del mal y como un castigo.

En la sociedad de los israelitas no se practicó el infanticidio ni el aborto, pero a las personas afectadas por alguna deficiencia se les alejaba de la vida social. Los trastornos mentales se consideran por primera vez como fenómenos naturales en Grecia, ésta marca el inicio de la medicina, pese a ello, esto influye débilmente en la sociedad y permanecía la idea de castigo divino. En Roma, el infanticidio era común así como la compra de deficientes para diversión.

Es en la Edad Media cuando surgen orfanatos y hospitales para los perturbados mentales, debido quizá a la influencia del cristianismo pero en estos centros se otorgaba la mera vigilancia y subsistencia de los internos, donde los cuidados médicos eran casi nulos y no existía la terapia ni la rehabilitación.

Como se ve, durante siglos se englobó dentro de una misma actitud de rechazo a las personas con deficiencia mental, capacidades especiales, criminales y "locos". La situación no empezó a cambiar sino hasta la era del mundo moderno; en el siglo XVII los avances científicos y hasta filosóficos contribuyeron al paulatino cambio de

---

mentalidad con referencia a la concepción y el trato hacia estas personas, ya que antes la deficiencia mental no existía ni como problema científico ni mucho menos como problema sociopolítico.

En el ámbito de la ciencia, Esquirol, Seguin, Down y Montessori entre otros sembraron en aquel momento nuevas ideas que significaron el inicio de todo un movimiento que reivindicaría la dignidad de las personas con deficiencia mental el cual tiene logros cada vez más importantes.

Étienne Dominique Esquirol (1782-1840), citada por José Amor, aporta el primer cambio de concepto, ella diferencia el retraso mental de la enfermedad mental y distingue dos niveles la imbecilidad y la idiocia, en términos actuales: leve moderado y grave, reconociendo grados de variabilidad.

Édouard Seguin (1812-1880), padre de la educación especial, dividió la deficiencia mental en cuatro niveles: idiocia, imbecilidad, debilidad mental y simpleza. Trabaja por el derecho a la instrucción de este sector y él mismo funda varias escuelas, en Francia y Estados Unidos, él partía de una visión integral del ser humano y daba gran importancia a las circunstancias ambientales del aprendizaje.

John Landon Down (1870-1952) dio la primera clasificación y descripción general de los afectados por el síndrome que él descubrió y que lleva su nombre. Él era un decidido partidario de brindar educación a estas personas.

María Montessori (1870-1952), primer mujer estudiante de medicina en Italia, vió la deficiencia mental no tanto como un problema médico sino como pedagógico y consideró que con un adecuado tratamiento didáctico, el estado de las personas afectadas por el retraso mental mejoraría notablemente. Su principio pedagógico era la espontaneidad, ella remarcó el hecho de que la educación es un proceso natural y espontáneamente recorrido por el ser humano a través de sus experiencias con el ambiente.

Los avances esenciales durante este periodo fueron la consideración moral del deficiente mental y su derecho a la educación. Las personas que trabajaron en esa época por los deficientes mentales, demostraron que con un entrenamiento apropiado, la mayoría de estos individuos podían aprender mucho más de lo que se imaginaba.

El siglo XX es la época de las grandes transformaciones; en 1905 Alfred Binet (1857-1911) y Théodore Simon, su alumno, crean la primera escala métrica de inteligencia, a petición del Ministerio de Educación francés, para diferenciar a los niños que no fuesen capaces de seguir el programa de la escuela ordinaria y que debido a esto debían acudir a una escuela de educación especial. Esto no fue un método diagnóstico sino un instrumento para la asignación eficiente de los recursos educativos. La inteligencia quedó medida por la edad mental, dependiendo del número y edad propia de las pruebas superadas y no de la edad cronológica.

Las pruebas psicométricas facilitaban la tarea de educadores y profesionales que necesitaban conocer las potencialidades de los individuos para asignarles un espacio concreto en la sociedad.

En las dos primeras décadas del siglo pasado se propagaron los servicios prestados por la comunidad a las personas con deficiencia mental. Desafortunadamente, la fuerte crisis económica de los años treinta influye negativamente en todo los temas sociales,

ya que aumentó el número de necesitados y los fondos destinados a los servicios sociales disminuyeron enormemente creándose un ambiente de control y prevención social, la llamada *alarma eugenésica*, traducida como la radicalización de la tesis de Galton, primo de Darwin, quien estaba convencido de que la conducta se debía principalmente a la herencia y no al medio. Los profesionales en ese momento proponían medidas como la esterilización y la reclusión en instituciones.

Otro periodo difícil fue el surgimiento del nazismo, que con su mito de la superioridad de la raza aria y la mejora de la raza terminó en la promulgación de la ley de higiene racial de 1933. Se dice que aproximadamente unas 100.000 personas aquejadas de deficiencia mental murieron durante esta época. (Agudo Díaz, Historia de las deficiencias).

En la Segunda Guerra Mundial nuevamente se dio una valoración social a las personas deficientes mentales. Atravesando por una situación de guerra la sociedad requería la movilización de todos sus recursos materiales y humanos, incluidas las personas con capacidades especiales, se abrieron trabajos para aquellos que anteriormente no tenían espacio en el área laboral; pero igual que en la Primera Guerra Mundial, cuando la paz volvió, la consideración de estas personas regresó a las condiciones anteriores.

Es hasta los años sesenta cuando surge otro avance sustancial, en esta época donde existía un gran movimiento de crítica social y de reivindicación de los derechos civiles de los grupos vulnerables las personas con deficiencia mental se vieron beneficiados y su situación dejó de ser monopolio médico y recibe un enfoque pluridisciplinar.

Las asociaciones que trabajaban en favor de estas personas recordaban que el carácter progresista de cualquier sociedad se mide en relación a la atención que se le da a los miembros más necesitados, entre los cuales, sin la menor duda, se encuentran las personas que son afectadas por la deficiencia mental y las que poseen capacidades especiales.

En el marco conceptual también se dio un avance ya que éste fue revisado. La American Association on Mental Deficiency que en 1952 creó un comité para la nomenclatura y definición de la deficiencia mental obtuvo la aprobación de su propuesta hasta 1961.

Su definición era la siguiente:

“El retraso mental está relacionado con un funcionamiento intelectual general por debajo de la media, que se origina en el periodo de desarrollo, y se asocia con deficiencias en el comportamiento adaptativo.”

La misma asociación distinguió cinco niveles de deficiencia mental, que se convertiría en la clasificación actualmente empleada, con ligeros cambios: límite (CI 83-67), ligero (66-50), moderado (CI 49-33) severo (CI 32-16) y profundo (CI < 16). Abandonando así la división tripartita, peyorativa y menos precisa (debilidad mental, imbecilidad e idiocia).

La década de los setenta es el periodo de mayor transformación, en ese momento se empieza hablar de los principios de normalización e integración, apenas propuestos en la década anterior.

---

Un acontecimiento de gran importancia fue la promulgación de la *Declaración de los derechos generales y especiales del retraso mental* por parte de la Asamblea General de las Naciones Unidas el 20 de diciembre de 1971.

Durante la misma década, en Estados Unidos, gracias a los padres de niños con Síndrome de Down se creó el Down's Syndrome Congreso en 1973 y en 1979 la National Down Syndrome Society. Éstas y otras organizaciones similares surgieron en otros muchos países lo que llevó a nuevos estudios sobre el síndrome, así como a una mejora en la calidad de vida de estas personas y de sus familias.

La profundización de los avances de los últimos veinte años se dio en los años ochenta, aquí se intensificó la intervención comunitaria, se incrementó el movimiento asociativo y se le dio mayor importancia a la asistencia de las personas con retraso mental. Estos diez años fueron el afianzamiento de lo que anteriormente se propuso: la realización plena y en igualdad de oportunidades para las personas con capacidades especiales centrando la atención en el potencial de su desarrollo y en la integración en la vida de la comunidad.

Finalmente en 1992 la American on Mental Retardation declara la nueva definición de retraso mental:

"Retraso mental hace referencia a limitaciones sustanciales en el funcionamiento actual. Se caracteriza por un funcionamiento intelectual significativamente inferior a la media, que generalmente coexiste junto a limitaciones en dos o más de las siguientes áreas de habilidades de adaptación: comunicación, autocuidado, vida en el hogar, habilidades sociales, utilización de la comunidad, autodirección, salud y seguridad, habilidades académicas funcionales, tiempo libre y trabajo. El retraso mental se ha de manifestar antes de los 18 años de edad."

La definición anterior dio entonces un enfoque multidimensional, amplió el concepto de retraso mental, disminuyó la confianza en el CI y vinculó las necesidades particulares de estas personas con los niveles de apoyo necesario.

En la actualidad cada vez más científicos, profesionistas, profesores y familias se ocupan activamente del bienestar de este grupo de individuos. Aún cuando muchas deficiencias persisten, los progresos conseguidos por hombre y mujeres que trabajaron a lo largo de la historia crearon las bases que permiten los logros actuales.

Después de la breve revisión que se ha dado, se afirma que el contexto social da las condiciones para la concepción, el trato y el lugar que ocupan en la sociedad los individuos con retraso mental, la sociedad define que es la diferencia, marca a los que son diferentes y dicta cual es el lugar que les corresponde así como el trato que deben recibir.

El autor del libro *Afectividad y sexualidad en la persona con deficiencia mental* manifiesta su percepción con respecto a la problemática: " la sociedad es permisiva , en el sentido de que los deja que estén ahí, pero de ser posible donde no se les vea demasiado y donde no molesten..."

El avance que se ha dado con respecto al trato hacia estas personas ha sido lineal, es verdad que ha mejorado la asistencia profesional y la consideración social es ahora más respetuosa, lamentablemente perduran ciertas actitudes como la marginación, la desigualdad y el maltrato.

## 1.2 Síndrome de Down

El Síndrome de Down fue descrito por primera vez por el médico inglés John Landon Down y es debido a él que hoy lleva su nombre, aunque anteriormente Esquirol en 1838 había proporcionado la breve descripción de un niño que tenía Síndrome de Down así mismo, Seguin, algunos años después, describió a un niño con rasgos que sugerían el síndrome y lo denominó "idiocia furfurácea". Sin embargo es hasta el año de 1866 cuando Down presenta el primer artículo en el que describía algunas de las características del síndrome y desarrollo social y lingüístico de los niños, además de algunos aspectos de su conducta. A John L. Down se le otorga el mérito de diferenciar este síndrome de las otras formas de deficiencia mental, en particular el cretinismo, un trastorno congénito de la glándula tiroides.

A principios del siglo XX los médicos especialistas publicaron numerosos informes describiendo detalles complementarios sobre rasgos específicos de los sujetos con Síndrome de Down y sobre las posibles causas de esta alteración, las contribuciones provenían de todo el mundo, Bourneville y Babonneix en Francia, Alberti en Italia y Siegert en Alemania.

Al inicio de la década de los treinta, los médicos comenzaban a sospechar que el Síndrome de Down podría estar causado por un trastorno cromosómico, pero en aquella época las técnicas para examinar los cromosomas no estaban lo suficientemente avanzadas para demostrar esta teoría.

Es en 1956 cuando se dispuso de nuevos métodos de laboratorio que permitieron a los científicos estudiar los cromosomas con mayor precisión, se descubrió que en cada célula normal humana había 46 cromosomas y no 48 como se creía en aquel entonces.

En 1958 Lejeune descubrió que las personas con Síndrome de Down tenían un cromosoma extra, se observó la existencia de 47 cromosomas en cada célula en vez de 46, comprobó que el cromosoma extra era un cromosoma 21 lo que dio origen al nombre de trisomía 21. Posteriormente, los especialistas reconocieron otras alteraciones, la traslocación y el mosaicismo.

Durante la década de 1970 y 1980, se descubrió que no es la totalidad del cromosoma 21 extra la causa de las alteraciones que se observan en el Síndrome de Down, sino solamente un pequeño segmento situado en el brazo largo del cromosoma 21, y apenas en mayo del 2000 los investigadores terminaron de identificar la secuencia del ADN del cromosoma 21. Las investigaciones sobre los genes específicos presentes en el cromosoma 21 y las acciones que originan continúan en la actualidad.

## 1.3 Tipos de Síndrome de Down

Existen tres formas de trisomía denominadas: libre, mosaico y translocación. La forma en que se da el proceso en cada caso es el siguiente.

- Trisomía 21 libre

---

También llamada "trisomía 21 regular", se caracteriza por la presencia del cromosoma extra, que puede estar en el espermatozoide, óvulo o en la primera división celular, o sea antes o después de la concepción.

Recordemos que cada ser humano generalmente tiene 46 cromosomas, la madre y el padre aportan la mitad, es decir, 23 cada uno. Cuando el óvulo y el espermatozoide se desarrollan, los pares de cromosomas se separan y uno de los cromosomas de cada par entra a la célula general, produciendo una célula con 23 pares, 22 de autosomas y dos cromosomas sexuales.

En ocasiones, los cromosomas de un par no se separan y permanecen pegados, no hay disyunción. Esto puede suceder en la producción de una célula germinal, y entonces el óvulo o el espermatozoide tendrán 24 cromosomas en lugar de 23. Al unirse esta célula germinal con la otra se formará un huevo fecundado de 47 cromosomas.

La trisomía también puede producirse en la primera división del huevo fecundado, ya que uno de los pares de cromosomas puede ser que no se separe y una de las células hijas recibe 45 cromosomas y la otra 47. La primera no sobrevive y la segunda se dividirá dando lugar a dos nuevas células con 47 cromosomas cada una.

Entre el 90 y el 95% de los casos con Síndrome de Down son de este tipo. (Carrasco, J.L. 1998).

- Trisomía 21 mosaico.

La trisomía 21 mosaico se refiere a que la persona tiene una mezcla de células normales y trisómicas. El error en la distribución cromosómica sobreviene después de la fecundación, el par de cromosomas 21 no se separa en la segunda división celular o en una posterior y se produce una célula trisómica con 47 cromosomas y una monosómica con 45. La célula trisómica continúa dividiéndose y forma una población de células trisómicas, mientras que la monosómica no es viable y muere sin reproducirse. De esta manera resultan células de 45 y 47 cromosomas.

Las repercusiones sobre el desarrollo celular dependen del momento en que se produce la nodisyunción, entre más pronto aparezca más numerosas serán las células afectadas, por lo tanto, la combinación de células normales y trisómicas puede fluctuar desde un número muy reducido hasta cerca de su totalidad. Es posible localizar células trisómicas sólo en algunos tejidos del cuerpo y en otros no. De esta manera, una persona puede mostrar características físicas del síndrome y tal vez no habrá ninguna célula trisómica en el estudio cromosómico de las células de la sangre, pero sí en las células de la piel.

Esta forma de trisomía es poco frecuente, se presenta entre el 2 y el 5% de los casos de Síndrome de Down. (Carrasco, J.L. 1998).

Algunos autores señalan que los niños con trisomía 21 mosaico, en general tienen características físicas del Síndrome de Down menos evidentes y su desarrollo cognoscitivo y del lenguaje es ligeramente más alto de quienes tienen trisomía 21 libre. Sin embargo, la investigación ha revelado que las diferencias en sus capacidades no son significativas.



- Trisomía por translocación.

En este tipo de trisomía el cromosoma extra se encuentra unido a otro que, a su vez, está partido. La trisomía por translocación tiende a ser, en ciertos casos, hereditaria. Uno de los padres puede ser el portador de una translocación y correr el riesgo de tener un niño Down, lo cual puede ser detectado por un genetista.

Durante el desarrollo del óvulo o espermatozoide proveniente de un progenitor portador de un cromosoma translocado, éste puede pasar a una célula situada junto a un cromosoma 21 normal. Los brazos largos del cromosoma adicional pueden fusionarse con el otro del grupo D (por lo regular el 14) y con menos frecuencia a los del grupo G. En la translocación 14/21 el cromosoma 21 y el 14 se rompen en su punto de unión y se funden en los brazos. Presentándose así material adicional del cromosoma 21 que interferirá en el desarrollo y originará las características del Síndrome de Down.

Esta trisomía ocurre sólo entre un 3 y 5% de los casos de Síndrome de Down y suele aparecer con mayor frecuencia en hijos de padres jóvenes. (Carrasco, J.L. 1998). La trisomía por translocación tampoco implica necesariamente un mayor nivel de desarrollo.

Cualquiera que sea el tipo de anomalía cromosómica, trisomía 21, translocación o mosaicismo, la presencia de tres cromosomas 21 es siempre responsable de los rasgos físicos característicos y de la limitación en el rendimiento intelectual que se observa en las personas con Síndrome de Down. Sin embargo, no se sabe todavía de que manera la triple dosis génica altera el desarrollo del embrión y el feto hasta provocar esas características físicas y ese efecto nocivo sobre la función cerebral.

#### **1.4 Características físicas y de personalidad**

Las personas con trisomía comparten algunas características físicas e intelectuales, que serán mencionadas a continuación, sin embargo, existen diferencias de un individuo a otro, como en todos los seres humanos.

El organismo se ve afectado en lo concerniente a la información del cromosoma adicional, pero como se mencionó anteriormente, no se sabe con precisión la manera como actúan los genes en la producción de estos cambios. Así encontramos que algunas características del síndrome son más evidentes en unos niños que en otros y ciertos rasgos físicos se modifican durante el crecimiento.

Se pensaba que la discapacidad mental era lo esencial y que de ella se derivan las otras dificultades, pero la alteración genética comporta perturbaciones de todo orden, por tanto, la disfuncionalidad intelectual es sólo una característica más de entre otras.

Los niños con síndrome de Down nacen de 7 a 14 días, como promedio, antes del término y tienden a tener una estatura menor y un sobrepeso en comparación con los otros niños.

Dentro de las características físicas más comunes, Carrasco en su libro *Sexualidad y Síndrome de Down* nombra las siguientes:

- 
- Cabeza generalmente más chica que lo normal.
  - Las orejas chicas e implantadas más abajo.
  - Ojos rasgados.
  - La boca es de aspecto pequeño y los labios delgados. Por el espacio reducido de la boca la lengua tiene menos sitio y tiende a salir de la cavidad bucal. Los músculos de la mandíbula y de la lengua suelen ser débiles, por ello tienden a tener la boca abierta.
  - El cuello es ligeramente corto y ensanchado.
  - El cabello lacio, más bien fino y en algunos casos escaso.
  - Las manos son cortas y anchas, al igual que los dedos y presenta un pliegue transversal en la palma.
  - Las piernas y los brazos tienden a ser cortos en comparación con la longitud del tronco. Los pies son anchos y los dedos algo cortos.
  - La piel es seca, dura y áspera en algunas partes y reacciona fácilmente cuando se le presiona.
  - Son más sensibles a diferencias en sabores, a la luz y poseen menor sensibilidad al tacto, al dolor, al calor y al frío.
  - Los padecimientos en la visión son más frecuentes, especialmente el estrabismo.
  - Manifiestan bajo tono muscular y flacidez.
  - Los reflejos tienden a ser más débiles.
  - Su desarrollo motor es más lento. Algunos empiezan a caminar al año y medio, y otros hasta los cinco años, pero la mayoría lo hacen entre los dos y los tres años.
  - Su estatura tiende a ser baja, aunque hay muchas excepciones en que son altos y delgados.
  - Con respecto a sus órganos sexuales, en general no sufren afecciones. En algunos chicos los testículos no descienden al escroto durante los primeros años y pueden requerir de intervención médica.

En términos generales, las personas Down logran un desarrollo semejante al de cualquier individuo. De hecho estudios recientes han comparado su desarrollo con los patrones considerados normales y no encuentran diferencias significativas.

Así al llegar a la adolescencia, el individuo Down atraviesa por los mismos cambios biológicos que los demás jóvenes, como el incremento de los niveles hormonales y la aparición gradual de las características sexuales primarias y secundarias, aumentando su impulso sexual.

En cuanto a la personalidad de estos sujetos, se tiene la creencia de que existe una serie de patrones conductuales característicos asociados con el Síndrome de Down. Autores como Mayer-Gross (1967) y García (1991) señalan que los niños Down son obstinados, imitativos, apáticos, desorganizados, afectivos, carentes de agresividad, inestables, adaptables, con un sentido especial sobre reciprocidad de sentimientos y vivencias, de carácter moldeable y con perseverancia de los actos motores estereotipados. Los intentos por investigar estos comportamientos de manera más científica no han corroborado la idea de que este conjunto de conductas predomine, sin embargo existe cierto consenso sobre algunos rasgos de personalidad relacionados con el síndrome, los cuales varían de acuerdo a la edad y están en función del medio en que se desarrolle cada individuo, como ocurre en cualquier persona.

Se ha encontrado que los bebés tienden a ser tranquilos y silenciosos, para después convertirse en niños y jóvenes sociables, inquietos, alegres, agradables y afectuosos,

---

si han recibido un buen cuidado, una estimulación y educación adecuadas, y si cuentan con cierta capacidad cognoscitiva.

Los muchachos que poseen capacidades de comunicación y razonamiento más limitadas suelen ser callados, apáticos y obstinados en su adolescencia y es poco frecuente encontrar jóvenes agresivos, irritables, hiperactivos o impulsivos.

Hay que señalar que los trabajos dedicados a estudiar sistemáticamente la personalidad de las personas con Síndrome de Down son muy escasos y los pocos datos existentes resultan fragmentados.

### **1.5 Posibles factores asociados al origen del Síndrome de Down**

Desde que se descubrió el Síndrome de Down, los científicos han buscado respuestas y han propuesto muchas teorías para identificar las causas. A comienzos del siglo XX se pensaba que esta anomalía era causada debido a alguna influencia ambiental que actuaba durante los primeros meses del embarazo, se presentaron gran cantidad de hipótesis basadas en conceptos equivocados y se propusieron como posibles causas el alcoholismo, la sífilis, la tuberculosis y hasta la regresión a una forma primitiva.

El tipo de alimentación, las condiciones climatológica, la zona geográfica o algún otro factor ambiental también fueron descartadas como causas al encontrarse la trisomía 21 en todas las razas, países y niveles socio-económicos.

A partir de la década de los cuarenta, aparecieron nuevas teorías, que sugerían como posibles factores de causa la exposición a rayos X, la administración de ciertos fármacos, los problemas hormonales y las infecciones víricas, aunque teóricamente son posibles, no existe certeza de que alguno de estos factores sea directamente responsable.

En 1998 Carrasco menciona en su libro "Sexualidad y Síndrome de Down" las posibles razones planteadas por Warkany, las cuales son:

- Exhaustión debida a embarazos excesivos.
- Embarazos después de un periodo de esterilidad.
- Enfermedad uterina.
- Implantación anormal del cigoto.
- Predisposición genética materna y precipitación de factores medioambientales (el autor no especifica los factores).
- Maternidad a muy corta edad.
- La edad avanzada de la madre.

Diversas investigaciones han apoyado la teoría de que la posibilidad de tener un hijo con Síndrome de Down aumenta con la edad de la madre y el mayor riesgo es alrededor de los 35 a 40 años.

Cuilleret, al igual que Warkany, también mencionan que la juventud de la madre (15 a 17 años) aumenta considerablemente la probabilidad. (Carrasco, J.L. 1998).

Los estudios citan las siguientes cifras (Cunningham 1990):

Edad de la madre	Número de nacimientos con Síndrome de Down por número total de recién nacidos
20 años	Menos de uno de cada 2000
20 a 30 años	Menos de uno de cada 1500
30 a 34 años	Uno de cada 750 ó 880
35 a 40 años	Uno de cada 280 ó 290
40 a 44 años	Uno de cada 130 ó 150
Más de 45 años	Uno de cada 20 ó 65

No se ha esclarecido del todo por qué sucede esto, sin embargo, existen las siguientes hipótesis:

- a. Los óvulos se forman en la madre antes de que ella nazca y hasta la pubertad maduran y son expulsados en intervalos mensuales. Entonces los óvulos estuvieron expuestos durante años al riesgo de una lesión o daño por factores ambientales como radiaciones, agentes químicos o virus. Aunque se ha demostrado que algunos de estos factores producen fallas cromosómicas, es casi imposible establecer una relación de causa efecto entre un factor y la producción de la trisomía.
- b. El envejecimiento del óvulo puede relacionarse con los cambios en el metabolismo de la madre y esto puede contribuir.
- c. Los últimos óvulos de la madre maduran al final y pueden ser defectuosos, junto con el envejecimiento y otros factores ambientales se unan para producir las células trisómicas.

No obstante, la edad de la madre como principal factor ha quedado en evidencia por las recientes investigaciones sobre la contribución del padre y algunos autores como Mucanhy en 1985 y Cunningham en 1990 han enfatizado la edad paterna, indicando un aumento del riesgo en padres mayores de los 55 años, pero esta teoría no ha sido comprobada.

A finales de los años setenta, con el desarrollo de las técnicas para teñir y marcar con bandas a los cromosomas ha sido posible determinar si el cromosoma procede de la madre o del padre. Las pruebas actuales han demostrado que de un 20 a un 25% de los casos el cromosoma extra procede del padre. De esta forma, como los espermatozoides están en renovación constante, al contrario de lo que sucede con los óvulos, deben considerarse otros elementos diferentes al del envejecimiento del óvulo.

Por otra parte, la mayoría de las personas con Síndrome de Down han nacido de madres menores de 35 años debido a que el mayor índice de nacimientos se da en madres menores de 30 años.

Cunningham (1990) cita que la mayor frecuencia está entre los 24 y los 27 años por la tendencia a tener hijos a esa edad.

En un sondeo efectuado en el Distrito Federal (Mendoza y Salinas, 1998), se obtuvo que en nuestra población la incidencia más elevada se da en los grupos de 22 a 26, 32 a 36 y 37 a 41 años.

### 1.6 Patologías asociadas

Antes de la década de los setenta las personas con Síndrome de Down contaban únicamente con la asistencia médica elemental. Los problemas particulares que se presentan en esta población, como las infecciones, la cardiopatía, las alteraciones glandulares y las pérdidas sensoriales o del aparato locomotor no eran tratadas adecuadamente. Afortunadamente durante esa década se dio un gran avance en el cuidado de la salud.

Los individuos con Síndrome de Down, pueden presentar diversas patologías asociadas, las principales complicaciones según Pueschel en su libro Síndrome de Down son:

- a) *Anomalías congénitas* observadas en el recién nacido, alrededor del 30 al 60 % de los niños con Síndrome de Down presenta una cardiopatía congénita (Rosenberg, 1994). En general, la cirugía cardíaca reparadora es indispensable y practicada oportunamente evita serias complicaciones.
- b) *Problemas clínicos que se presentan frecuentemente en la niñez, como infecciones, aumento de la ingesta, problemas dentarios, crisis convulsivas, disminución de la visión y el oído y alteraciones osteoarticulares y tiroideas.* Un 20% de las personas con Síndrome de Down, presenta un hipotiroidismo (Selikowitz, 1993) y una incidencia aumentada en leucemias (Robinson, 1992); el riesgo de leucemia en ellos es 10 a 20 veces más alto que en la población general.

El 90% de las personas con Síndrome de Down presenta una pérdida de audición significativa, particularmente del tipo conductiva (Pappas et al., 1994), cabe mencionar que la pérdida de audición que ocurre en la segunda década de la vida, se puede confundir con algún trastorno psiquiátrico.

En cuanto a los problemas oculares, las cataratas congénitas son frecuentes en los lactantes con Síndrome de Down (Roizeng, 1994), también son frecuentes el estrabismo, el nistagmo y los errores de refracción, las blefaritis y la conjuntivitis.

De un 5 al 10% de los niños Down presenta convulsiones que no sólo pueden estar relacionadas con un cerebro anormal, sino que también con infecciones, cardiopatías (Strafstrom, 1994). Con respecto al Desorden de Hiperactividad por Deficit Atencional y el Autismo son más frecuentes que en la población no-Down (Cuskelly et al., 1992).

El retardo en la erupción dentaria y otras malformaciones dentales (Giannoni et al., 1989), son comunes en estas personas.

---

En el aspecto ortopédico aproximadamente del 10 al 20 % de las personas con Síndrome de Down poseen una inestabilidad atlantoaxial (American Academy of Pediatrics Committee on Sports Medicine and Fitness, 1995), producto de una laxitud ligamentosa. Es frecuente también el pie plano y las luxaciones debido a laxitud ligamentosa (Diamond et al., 1981).

c) *Trastornos de la salud mental*, los sujetos con Síndrome de Down pueden presentar signos de depresión, trastornos bipolares y eventualmente psicosis (Myers & Pueschel, 1991). En algunos casos los signos de Enfermedad de Alzheimer pueden aparecer a una edad más temprana que la población no trisómica.

Debido a la vulnerabilidad que estas personas presentan en cuestiones de salud es importante que se les proporcione una atención médica adecuada, capaz de mejorar su calidad de vida, lo cual en la actualidad se ha ido dando y esto se ve reflejado en el aumento de la esperanza de vida; se estima que ahora su promedio de vida es de 55 años.

### **1.7 Características del desarrollo cognoscitivo**

Igual que en otros campos de desarrollo la capacidad intelectual de las personas con Síndrome de Down suele subestimarse, debido principalmente a los mitos y conceptos equivocados que se tienen sobre estas personas. Por ejemplo, el de que existe un deterioro gradual en la capacidad mental a medida que su edad aumenta y aunque si pueden estancarse durante un tiempo en una etapa con respecto a algún área del aprendizaje esto dependerá de cada persona como consecuencia de enfermedades o trastornos emocionales y sociales. Sin embargo, en las investigaciones efectuadas a lo largo de la década de los noventas se ha demostrado que el desarrollo de la capacidad cognitiva continúa durante toda la adolescencia y la edad adulta, aunque a veces no con la misma velocidad de la niñez. Así mismo se debe aclarar que las puntuaciones del cociente intelectual de las personas con Síndrome de Down, como en todas las personas, no proporcionan toda la información sobre su funcionamiento global. "Las habilidades sociales las conductas de adaptación, la capacidad para vivir de modo independiente y desempeñar un empleo guardan poca relación con sus capacidades exclusivamente cognitivas". (Buckley, 1999)

Un estudio realizado por la Doctora Ludlov en 1995 revela que más del 50% de los jóvenes Down logran conseguir un buen nivel de competencia en el dominio de conductas necesarias para su vida diaria, tales como los repertorios de autosuficiencia: empleo de cubiertos, educación en la mesa, comer fuera de casa, poner la mesa, recoger y lavar los trastes, preparar comidas, lavarse la cara, manos y dientes, bañarse, peinarse, ir al baño, afeitarse, vestirse y desvestirse, cuidar y seleccionar su ropa, tender su cama, limpiar su habitación, seguir instrucciones orales y escritas, anotar recados sencillos, desenvolverse en lugares públicos y usar el teléfono, entre otros.

Los repertorios de autocuidado se adquieren con mayor frecuencia, en cambio las habilidades para el manejo de dinero y todas las relacionadas, cálculos aritméticos resultan más difíciles de aprender. Otras conductas como libertad de movimiento, comer fuera de casa y limpieza de accesorios domésticos dependen sobre todo de la disposición y estimulación por parte de los padres para que las practiquen.

La mayoría puede lograr conductas de autosuficiencia, un lenguaje funcional y una variedad de actividades de acuerdo a sus intereses, incluso hay personas con Síndrome de Down que han destacado por sus cualidades sobresalientes al tocar un instrumento, actuar, bailar, pintar, trabajar artesanías o practicar algún deporte.

En general en cuanto a las deficiencias específicas de este síndrome se puede decir que en su gran mayoría, ellos tienen una evolución física más lenta, al igual que su proceso cognoscitivo. Presentan dificultades senso-motrices que obstaculizan su aprendizaje y su lenguaje avanza con lentitud, tendiendo a ser imperfecto.

Según los estudios de Piaget, el pensamiento de estas personas está basado en el predominio de la percepción y de la intuición sobre el de la elaboración intelectual y abstracta. Pueden resolver las tareas y situaciones siempre que sea posible hacerlo mediante operaciones concretas. Comprende casi todos los tipos de conservación; incluye clases y las interrelaciones que hay entre ellas; comprende el concepto de jerarquía o seriación, sin embargo, le es imposible concebir en su mente una serie de posibilidades y comprobarlas sistemáticamente, debido a que su pensamiento tiene por el objeto la realidad misma y no se enfoca a las posibilidades, que es lo típico del pensamiento abstracto.

Los problemas con el aprendizaje del niño necesitan compensarse considerando la forma de presentar la información en la comunicación diaria y en la organización de las experiencias educativas ya que en su mayoría, los niños con síndrome de Down tienden a progresar y adquirir nuevas capacidades y habilidades en función de su propio ritmo de aprendizaje. Por esto es indispensable sustentar una educación basada en sus características de desarrollo y sus diferencias individuales.

---

# CAPÍTULO 2

## SEXUALIDAD

### Y

## SÍNDROME DE DOWN

### 2.1 Sexualidad y Teorías de la Sexualidad

Comúnmente los términos *sexualidad* y *sexo* son confundidos debido primordialmente al desconocimiento de su significado. La sexualidad es básicamente la manera de comportarse de los individuos de acuerdo a su género y lo que está determinado por la cultura, principalmente por la familia y la escuela, a diferencia del sexo, que solo se refiere a aspectos biológicos tales como la anatomía y fisiología de los órganos sexuales y la procreación. La sexualidad es más amplia y comprende también componentes afectivos y cognoscitivos.

“Cuando se habla de sexualidad, generalmente se relaciona con el mero acto coital. Es importante señalar que la sexualidad humana es un fenómeno pluridimensional que comprende aspectos biológicos, psicológicos, sociales, conductuales, clínicos, morales y culturales por tanto ninguna dimensión de la sexualidad aislada, tiene validez universal” (Masters W., Johnson V. y Kolodny C., 1995)

Eusebio Rubio describe la sexualidad (CONAPO,1994) como una abstracción, una construcción mental proveniente de aspectos de la existencia misma, siendo por lo tanto continua y cambiante, él afirma que la sexualidad humana es el resultado de la integración de cuatro potencialidades humanas que dan origen a los cuatro holones sexuales a saber: la reproductividad, el género, el erotismo, y la vinculación afectiva interpersonal.

Una de las características fundamentales de la idea de la sexualidad es que ésta se construye a partir de lo que un grupo social en particular entiende y lo que a cada individuo en particular le significa; es decir, que ésta se construye en la mente del individuo a partir de las experiencias que su naturaleza biológica y la interacción con el grupo le hacen vivir.

Existen diversas teorías que hablan de la sexualidad humana y es fundamental en este trabajo mencionarlas y explicar los principios básicos de cada una de las posturas.



---

### *Teoría psicoanalítica*

La teoría psicoanalítica de Sigmund Freud es un modelo que adscribe a la sexualidad un carácter biológico e innato. Freud siempre consideró los orígenes de los fenómenos sexuales en la vida como las manifestaciones de energía que llamó libidinal y logró demostrar mediante su teoría, la vital importancia que tiene la sexualidad en la vida humana. Desde esta postura se propone, básicamente, que la sexualidad al ser inherente en los seres humanos se origina desde el seno materno y que la energía libidinal se manifiesta desde muy temprana edad atravesando por cinco etapas llamadas: a) oral b) anal c) fálica d) de latencia y e) genital.

A través de su teoría, Freud explicó el desarrollo y la trascendencia de la sexualidad infantil, la cual se caracteriza por ser autoerótica, es decir, que su objeto sexual lo encuentra en una parte de su propio cuerpo relacionada con cada etapa; y que su propósito o meta esta subordinada a una zona erógena, que busca la satisfacción repetida mediante la estimulación apropiada y se apoya o apuntala a una función corporal importante para la vida (Miranda, 1994) dando como punto de llegada la vida sexual adulta, donde todas las etapas confluyen y el placer se pone al servicio de la reproducción.

Todas las teorías psicoanalíticas empiezan con la suposición de que el niño recién nacido esta dotado de un cierto "capital" de energía sexual denominada libido. El desarrollo psicosexual, es por tanto, el proceso por el cual esta energía sexual difusa y lábil es "puesta" en ciertas zonas placenteras del cuerpo en etapas sucesivas de la niñez y las vicisitudes de la libido durante el desarrollo psicosexual determinan no sólo el funcionamiento sexual del individuo, sino también toda la estructura de su personalidad y su salud psicológica.

### *Teoría del Aprendizaje*

El principal postulado de esta teoría afirma que el desarrollo de la sexualidad está condicionado por los modelos personales y las influencias socio-ambientales a los que el ser humano está expuesto. Ésta plantea que el desarrollo de la sexualidad comienza en la niñez en que los modelos a observar e imitar son ante todo los padres, de esta manera el niño(a) aprende a "copiar" la conducta del progenitor del mismo sexo ya que esta imitación es recompensada.

Solo una pequeña parte de la literatura sobre la teoría del aprendizaje trata la conducta sexual de manera específica, por tanto se supone que el aprendizaje de la conducta sexual procede sobre las mismas líneas generales de cualquier otro tipo de aprendizaje. (Katchadurian, 1985)

### *Teoría Cognitivo-Evolutiva*

Durante la adolescencia, otra área importante del comportamiento y del desarrollo de la sexualidad es la relativa a las funciones y el desarrollo cognoscitivo.

Cognición es un término genérico que se usa para designar a todos los procesos por medio de los cuales un individuo aprende e imparte significado a un objeto o idea, o bien a un conjunto de objeto o ideas, es decir, mediante los procesos cognoscitivos, la persona adquiere conciencia y conocimiento acerca del entorno. Entre estos procesos se cuentan los de percepción, sensación, identificación, asociación, condicionamiento, pensamiento, juicio, raciocinio, solución de problemas y memoria.

---

El desarrollo cognoscitivo del individuo es una secuencia ascendente de etapas identificables, cada una de las cuales es más compleja que la precedente.

Desde este enfoque se sostiene que el desarrollo de la sexualidad corre paralelo al progreso intelectual y bajo este criterio, en la infancia los niños de muy corta edad tienen una visión simplificada del mundo en general y en cuestiones de su formación sexual es hasta los 4-5 años de edad que comienza el descubrimiento y el desarrollo de su sexualidad.

#### *La interacción biosocial*

Postura que integra en el surgimiento y desarrollo de la sexualidad una sucesión de influencias recíprocas entre los factores biológicos y psicosociales. En otras palabras, la genética, los elementos psicológicos y las reglas sociales influyen, debido a la integración y a la interacción que existe entre ellas, en la construcción de la sexualidad. Money y su equipo estiman que los factores que más influyen en la formación de la sexualidad no son de origen biológico, sino fruto del aprendizaje cultural. (Money, 1974,1980).

#### *Modelo de los cuatro holones*

El "Modelo de los cuatro holones sexuales" está basado en la teoría general de sistemas y la idea central es que todos los sistemas están constituidos por elementos en interacción y éstos a su vez son sistemas. El holón es la parte constituyente del sistema y tiene un alto grado de complejidad e integración; cada uno de los holones tiene manifestaciones en todos los niveles de estudio y disciplinas, éstos interactúan unos con otros y cada uno puede ser abordado desde cualquier nivel de estudio. Este modelo evita la reducción de la sexualidad a un solo aspecto ya sea biológico, psicológico o social y explica la sexualidad a partir del significado de la construcción e integración de las experiencias en cada una de las áreas de desarrollo de manera individual o social.

Los holones que integran la sexualidad según este modelo son:

a) El holon de la reproductividad humana

Este se refiere a la posibilidad humana de producir individuos y a las construcciones mentales que se producen acerca de esta posibilidad lo que implica una integración de enfoques, es decir, en el aspecto biológico se asocia con la anatomía y fisiología de los aparatos reproductores, con la concepción, el embarazo y parto; a nivel psicológico con la maternidad, paternidad y la anticoncepción; y en el ámbito social este se asocia con aspectos que determinan fenómenos demográficos en la vida de un país y a las problemáticas que surgen, como el aborto, embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual.

b) El holon del género

Se define como la serie de construcciones mentales respecto a la pertenencia o no del individuo a las categorías dimórficas de los seres humanos: masculino y femenino. Biológicamente el género es la determinación del sexo, la diferenciación sexual, las manifestaciones anatómicas y fisiológicas. A nivel psicológico, se relaciona con la

---

identidad sexual; esto es: sentir, pensar, vivir y reconocerse como hombre o mujer. En el plano sociológico, es decir como una construcción social se abordan los roles según el sexo, la cultura, y las normas que rigen la sociedad.

c) El holon del erotismo

El erotismo biológicamente tiene una fisiología, que resulta de tres procesos: el deseo, la excitación y el orgasmo, desde el punto de vista psicológico el individuo construye una identidad erótica, y socialmente es el grupo en el que vive que dicta las normas de conducta erótica por lo cual esta varía en cada cultura.

d) El holon de la vinculación afectiva interpersonal

El desarrollo de afectos entre los individuos, es una capacidad humana, que es conocida como resonancia afectiva y ésta se mantiene o se evita según los afectos que provoca el otro ser humano. Cuando se habla desde lo biológico se estudian las bases fisiológicas, por ejemplo del enamoramiento o del vínculo materno infantil. Psicológicamente se trata el amor como experiencia subjetiva y los procesos de vinculación. Sociológicamente se estudia la formación de uniones como fenómenos demográficos, esto es, matrimonio o unión libre entre otros.

Como se ha visto, existen diferentes enfoques para abordar la sexualidad, desde lo meramente biológico hasta una perspectiva sociocultural, llevándonos a comprender que el abordaje de la sexualidad humana necesita de un enfoque multidisciplinario y de modelos conceptuales integradores, que consideren para el estudio de ésta, la complejidad y naturaleza integradora del ser humano. Lo cual también se reafirma cuando atendemos al hecho de que, las soluciones a las diversas problemáticas de la sexualidad requieren, como menciona Rubio (1994), de la intervención de diversas disciplinas profesionales, como el de la educación, la medicina, la psicología, la legislación y la definición de políticas de población, haciendo del estudio de la sexualidad, una labor multidisciplinaria.

## 2.2 Pubertad

La pubertad es la etapa de la vida en el que se produce la transición de la infancia a la edad adulta, en ésta surgen cambios que afectan todos los órganos y estructuras corporales, debido a la aparición de los caracteres sexuales secundarios que marcan el inicio de este periodo el cual se extiende hasta que finaliza la maduración del sistema reproductor. Es por tanto, una etapa de grandes cambios físicos y psicológicos donde en realidad se adquiere el aspecto de adulto y se marca el inicio de la adolescencia.

El lapso de edad que esta etapa abarca va de los 10 a los 15 años, pero existen variaciones en las distintas regiones del mundo, dependiendo de la raza y del nivel socioeconómico alcanzado por el país donde vive el niño y su familia. Así mismo, es importante mencionar que el comienzo de la pubertad está marcado por la carga genética, y que los factores socioeconómicos, nutricionales y psicológicos desempeñan un papel determinante. En nuestro país se considera normal el inicio de la pubertad entre los nueve y los 14 años en las niñas y entre los diez y los 15 en los varones.

La pubertad se pone en marcha por la activación y aumento de la producción de las llamadas hormonas sexuales que estimulan el funcionamiento de los ovarios o de los

testículos, según cada sexo. Como consecuencia del estímulo, ovarios y testículos aumentan de tamaño y fabrican cantidades cada vez más elevadas de las hormonas responsables del desarrollo de los caracteres sexuales secundarios: estrógenos en el caso de las mujeres y testosterona en el de los varones. Los primeros meses de la pubertad pasan desapercibidos. Los cambios en el organismo son escasos hasta que la producción de estrógenos o de testosterona alcanza un nivel relevante.

En las niñas, el primer signo de que la pubertad se pone en marcha suele ser el desarrollo mamario, los senos van aumentando de tamaño, al tiempo que se producen cambios en el pezón y en la areola, el crecimiento de las mamas suele ser un tanto doloroso. La aparición de la primera menstruación sucede de forma más tardía a partir del inicio del desarrollo mamario.

En los niños, el primer signo que indica el inicio de la pubertad es el aumento del tamaño testicular, lo que es difícil de apreciar y valorar por los padres quienes notarán más fácilmente la aparición de vello en el pubis y en la axila. Con el aumento de tamaño de los testículos aumenta también el tamaño del pene. Las bolsas escrotales que contienen los testículos, cambian de aspecto, la piel se hace más rugosa y adquiere color más oscuro. Y a diferencia de los varones, en los que es sencillo apreciar las modificaciones genitales (pene, bolsas escrotales y testículos), en las mujeres el crecimiento de los ovarios o del útero sólo se puede comprobar utilizando la ecografía. Más fáciles de apreciar son los cambios en la vulva. Los labios mayores aumentan de tamaño formando en su superficie ligeros pliegues. Los labios menores y el clítoris también aumentan de tamaño.

El vello púbico aumenta, al principio se distribuye en forma de triángulo (con base superior), y hacia el final de la pubertad toma forma de rombo con vértice superior que sube hasta el ombligo. El vello axilar, en los varones suele aparecer dos años después que el vello púbico, y el facial más tarde, primero sobre las comisuras del labio superior, luego por las mejillas y finalmente el mentón. En la mujer, el vello va aumentando de cantidad adoptando la forma triangular, de base superior, característica del sexo femenino. El vello axilar tiene características similares al de los varones, pero no aparece vello facial.

En ambos sexos, se produce un importante incremento de la talla ya que durante la pubertad tiene lugar el llamado "estirón" de crecimiento. Este "estirón" tiene lugar en fases más precoces del desarrollo y es menos intenso en las niñas. Sin embargo, al contrario de lo que ocurre en las mujeres, el "estirón" aparece de forma tardía, cuando otros caracteres sexuales son ya evidentes. El "estirón" afecta primero a las extremidades, y después al tronco, de forma que durante un tiempo los chicos jóvenes tienen aspecto desproporcionado, hasta que consiguen las proporciones definitivas.

Durante la pubertad es normal también un aumento del peso, que en los varones se debe sobre todo a aumento de la masa muscular, con el consiguiente aumento en la fuerza física. Así mismo se producen cambios en la voz. Durante algún tiempo es bitonal (aguda/grave) y al final de la pubertad se fija el tono definitivo, generalmente más grave. En cuanto al aumento de peso, en las mujeres se debe en mayor proporción al aumento de grasa, por lo que no consiguen la fuerza muscular característica de los hombres. La voz no cambia de tono o incluso puede tener un tono aún más agudo.

El cambio quizá más notorio en ambos sexos se refiere al crecimiento, pero a diferencia de los hombres, en las mujeres el "estirón" de crecimiento es un fenómeno

precoz dentro de los cambios de la pubertad, de forma que aparece al mismo tiempo que se inician los cambios en las mamas. La velocidad de crecimiento es ligeramente más bajo que en los varones y suele coincidir con la primera menstruación. A partir de aquí la velocidad de crecimiento disminuye, pero todavía continuarán creciendo durante uno o dos años más. Igual que en los varones, en las mujeres el crecimiento ocurre primero en las extremidades, y después en el tronco.

Ante todos estos cambios, a nivel psicológico surgen ciertos conflictos, que se manifiestan de diversas formas, debido según el enfoque psicoanalítico al "duelo por el cuerpo infantil perdido", que es específicamente la infancia perdida. Los jóvenes en esta etapa atraviesan por un periodo de confusión y de difícil adaptación, suelen presentar episodios de llanto, ir de la tristeza a la euforia y tener comportamientos y actitudes variables, por lo cual es indispensable la orientación y el apoyo de los padres así como una orientación profesional si es requerido, ya que en este periodo es importante poner especial atención en los hábitos alimenticios, amistades, uso del tiempo libre y hablar abiertamente sobre las drogas y la sexualidad, recordando que es esta la etapa donde comienza la búsqueda de identidad personal.

### **2.3 Sexualidad y Pubertad en las personas con Síndrome de Down**

El desarrollo sexual de las personas con Síndrome de Down sigue el mismo camino que los demás jóvenes sólo que para ellos los desafíos que supone la pubertad son más intensos, ya que se enfrentan a una situación más compleja debido a su condición de vida. Para el púber Down las tareas de su etapa son similares a las de cualquier otro muchacho: asumen su género, buscan su identidad, tratan de ser independientes, desean ser como los demás jóvenes e incorporan lo que ven en casa, en la calle, en la escuela, y en los medios de difusión.

#### **2.3.1 Descubrimiento de su sexualidad**

Al igual que los demás tienen que desarrollar una nueva imagen de sí mismos, aprender a aceptar los cambios que ocurren en su aspecto físico y en sus nuevos impulsos biológicos; aunado a esto nuestra sociedad lanza sobre ellos mensajes conflictivos y exigencias ambiguas, por ejemplo, es frecuente que la gente los vea como eternos niños, sin reconocer su desarrollo, además estas personas necesitan la ayuda de otros para su autocuidado y esto complica la enseñanza de las fronteras personales y la reserva de su intimidad.

Al atravesar por las mismas etapas psicosexuales que cualquier otro ser humano, las personas con Síndrome de Down en el descubrimiento de su sexualidad suelen explorar su cuerpo con las manos, acariciándose, besándose y abrazándose siendo esto una manifestación normal de su inquietud por aprender y no una hipersexualidad como muchas veces se le ha catalogado. Estas experiencias les permiten conocer las diferencias entre los cuerpos de las personas y progresar en su identificación genérica, sin embargo, pueden inquietar a los adultos al interpretarlas como precocidad sexual y atribuirles malas intenciones, pero solamente significan una etapa de desarrollo. Por eso es importante evitar los regaños y los castigos a estas conductas ya que se formarían en ellos inseguridad y prejuicios sin evitar que esto siga ocurriendo logrando

---

sólo lo realicen a escondidas, con sentimientos de culpa y por tanto con una atribución maligna de sus actos.

### **2.3.2 Cambios físicos**

En relación con el desarrollo físico sexual de los chicos, existen pocas diferencias entre los que tienen y no tienen discapacidad intelectual, un adolescente de once o doce años con síndrome de Down experimentará los mismos signos de maduración, como son el desarrollo del pecho, el vello púbico, el olor del cuerpo, aproximadamente a la misma edad que los demás jóvenes. Por tanto, la enseñanza y el aprendizaje sobre la pubertad habrá de empezar en una época similar: para las chicas hacia los 10 años y para los muchachos entre 11 y 12.

En las niñas con Síndrome Down la menstruación no es diferente a la de sus compañeras de la población general. En promedio, comienzan su menstruación a la edad de 12 y medio, pero pueden comenzar tan temprano como a los 10 o tardarse hasta los 14 años. La mayoría de las niñas con el síndrome Down tienen ciclos regulares con las mismas irregularidades menores que se presentan en su grupo generacional. Ellas requieren de la información sobre la menstruación y de los cuidados que deben tener en este periodo. (Pueschel, 2002).

Al igual que en las chicas, el desarrollo sexual en los chicos Down es similar al de los demás. Por ejemplo, la eyaculación nocturna y la masturbación es una experiencia también común en ellos, y al igual que a los demás jóvenes es importante informarles que son fenómenos naturales que pertenecen a su proceso de desarrollo, y en el caso particular de los jóvenes Down, poner énfasis en que la conducta masturbatoria debe realizarse en privado.

### **2.3.3 Formación de identidad de género**

La identidad de género como se mencionó es la íntima conciencia, sentimiento y conformidad de ser hombre o mujer. La edad en que el niño con trisomía adquiere esta identidad varía de acuerdo a su grado de desarrollo, cognitivo, psicológico y social.

En la medida que el niño va creciendo, el cuerpo deja de ser el centro de su atención y va teniendo una mayor importancia el aprendizaje del papel genérico, es decir, la conducta que manifiesta el grado de aceptación del individuo con lo que la sociedad considera apropiado para el hombre o para la mujer, como por ejemplo: los juegos, la forma de vestir, de cortarse el pelo, de arreglarse, de saludar y sus modales en general.

Inicialmente ellos tienden a imitar a sus padres en sus juegos y, los modelos de su mismo género adquieren un significado especial, por ello deben recibir una imagen adecuada y consistente. Asimismo, las manifestaciones afectivas entre la pareja son necesarias para acrecentar las probabilidades de una adaptación favorable a la vida adulta.

El designar un comportamiento como femenino o masculino resulta un tanto arbitrario; sin embargo, regularmente a los niños se les fomenta la práctica de juegos que

implican actividades físicas de brusquedad y riesgo, mientras que a las niñas se les dirige a conductas sociales delicadas, hogareñas y maternales; pero si se hace una marcada diferenciación entre las tareas masculinas y femeninas se empobrecerá la evolución de su personalidad, ya que un varón autosuficiente deberá tender su cama, lavar su ropa, preparar sus alimentos y asear su habitación, entre otras labores; así como la mujer que en un momento dado podrá requerir reemplazar un foco, colgar un cuadro, cargar un bulto o cambiar de lugar un mueble, es decir, lo que en verdad determina si un juego es adecuado para uno u otro género es el contexto social.

#### **2.3.4 Aseo e higiene corporal**

La pubertad es el momento en que se necesita mayor enseñanza sobre la higiene y aseo físico. La higiene guarda más relación con la limpieza mientras que el aseo capta más los detalles que se relacionan con la buena apariencia: el corte de pelo, las uñas bien cuidadas, el cepillado y enjuague de dientes, y el afeitado, entre otros. En la mayoría de los chicos, tengan o no discapacidad, resulta normal que aparezca un nuevo interés por el modo de aparecer ante los demás, por lo que esta etapa es también adecuada para ayudar a los jóvenes a desarrollar buenos hábitos.

La enseñanza de las habilidades para que los chicos con síndrome de Down consigan una buena higiene significa ayudarles a comprender los pasos que tienen que dar y lo primordial es que aprendan a ser independientes en las prácticas rutinarias de higiene, en esta etapa es indispensable enseñarles, tanto a las mujeres como a los hombres, la importancia de asear sus órganos sexuales para prevenir infecciones, así como incorporar nuevos hábitos de higiene, como por ejemplo, el uso de desodorante, de las toallas sanitarias (para ellas) y, el afeitarse (para ellos). También es necesario reforzar los hábitos de higiene pre-existentes como, el aseo bucal, el baño diario, cuidados de manos y pies, y en general del buen mantenimiento de su imagen física.

Para el púber Down las tareas de su etapa son similares a las de cualquier otro muchacho: asumen su género, buscan su identidad y tratan de ser independientes. Desean ser como los demás jóvenes e incorporan lo que ven en casa, en la calle, en la escuela, y en los medios de difusión.

#### **2.4 Cambios psicológicos y desarrollo socio-sexual**

Con respecto a los cambios psicológicos, comienzan a surgir los comportamientos sexuales adultos. Su interés sexual se incrementa como ocurre con cualquier otro individuo, sólo que con menos oportunidades para expresarlo porque incluso se les llega a conferir cierto grado de patología, lo que ha propiciado un mayor rechazo social y censura hacia cualquier manifestación de sus sexualidad. (Carrasco, 1998) No obstante, su desarrollo psicológico es más lento que el físico. La posibilidad de alcanzar una capacidad crítica está limitada en ellos por lo cual se les dificulta más el entendimiento de los cambios puberales y tienden a integrar su personalidad incorporando roles femeninos y masculinos estereotipados por su entorno social.

Otro aspecto que resulta de gran relevancia en el desarrollo de su personalidad es el concepto que tengan de sí mismos, el cual será determinado como en todos los individuos en primer instancia por el trato recibido en la familia. Cuando los jóvenes

desde pequeños han sido sobreprotegidos, rechazados, menospreciados y limitados en su aprendizaje al considerarlos incapaces de lograr el desarrollo de muchas habilidades, entonces tenderán a experimentar una baja autoestima con sentimientos de inferioridad, frustración, vergüenza, depresión y una escasa motivación para actuar y tomar iniciativas. Por esto es necesario fomentar y propiciar la adquisición de una autoestima positiva que les permita valorarse y respetarse como personas, tener confianza, sentirse útiles, crecer y desenvolverse apropiadamente.

El desarrollo socio-sexual de las personas con Síndrome de Down es también semejante al de cualquier otra persona, las diferencias que se deben considerar se refieren a su funcionamiento intelectual, el cual afecta igualmente todas sus áreas vitales. Ellos presentan dificultades para comprender y asimilar la información lo cual puede ocasionar comportamientos inadecuados que serán más evidentes entre mayor sea el grado de discapacidad intelectual.

Generalmente las personas procuran seguir las reglas sociales y meditan sus acciones, mientras que la persona Down procede con ingenuidad, actuando de una manera espontánea y directa, por lo cual su conducta puede tomarse como inmoral, de ahí la importancia de proporcionarle una orientación sobre el manejo de su sexualidad fomentando el respeto hacia ellos mismos y hacia los demás; desde luego esta labor es compleja ya que muchos padres de familia e incluso los mismos profesores especialistas y directores de las instituciones de educación especial conservan actitudes prejuiciosas que llevan comúnmente a la negación y represión sexual de las personas con síndrome de Down.

## 2.5 Habilidades sociales

Conforme el niño se desarrolla, la adquisición y ampliación de su repertorio de habilidades sociales van a requerir un continuo entrenamiento. Al tratar del aprendizaje de las habilidades sociales, la mayoría de los expertos están de acuerdo en que las personas con discapacidad intelectual necesitan una intervención individualizada (basada en los puntos débiles y fuertes de cada persona), centrada (en objetivos específicos de una determinada conducta), repetida a lo largo del tiempo y en una diversidad de contextos. (Couwenhoven, Terri, 2004) Esto significa que no por el hecho de las personas estén en un ambiente de integración van a adquirir automáticamente sus habilidades sociales, por lo cual es indispensable la enseñanza de éstas, siendo así necesario presentarles situaciones sociales de forma concreta para practicarlas de manera segura y bastante frecuente. Terri Couwenhoven menciona en su artículo "los años de crecimiento y el Síndrome de Down", los siguientes ejemplos:

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

Se debe tener presente que el comienzo de la pubertad es también el momento en que los jóvenes empiezan a mostrar interés en el desarrollo de relaciones y esto requiere un conjunto completamente diferente de habilidades sociales.



---

Es indispensable fomentar en los jóvenes la seguridad en sí mismos, permitiéndoles expresar verbalmente sus preferencias y decisiones. Ser capaces de expresar necesidades, esperanzas, preferencias y opiniones constituye un conjunto de habilidades que se necesitan para sentirse independientes y para desarrollar y mantener relaciones sanas.

Este sentimiento de seguridad es también importante cuando se analiza la autoprotección y la prevención del abuso sexual. Las personas con capacidades especiales a las que se les inculca ser condescendientes, pasivos y obedientes, son proclives a tener después problemas en esta habilidad. Cabe mencionar que la mayoría de los abusos sexuales a personas con discapacidad se realizan por parte de personas a las que la víctima conoce y en la que confía.

En los niños y jóvenes se debe ejercitar de forma regular el fomento al desarrollo del sentimiento de seguridad y afirmación de sí mismos durante su trato con los amigos, con la familia y con las personas que tienen autoridad, educándolos en una combinación de confianza y de respeto mutuo.

## **2.6 Abuso sexual y Síndrome de Down**

Según la American Academy of child and adolescent psychiatry más de 80,000 casos de abuso sexual en niños(as) son reportados anualmente (2004), pero el número de casos que no se reporta es aún mayor, ya que los niños tienen miedo de decirle a alguien lo que les pasó y el proceso legal para validar el episodio es difícil.

En nuestra sociedad el abuso sexual es un hecho que ocurre con más frecuencia de lo que mucha gente piensa y a veces ocurren otros tipos de abuso a los que no se prestan tanta atención, como mostrar los genitales de un adulto a un niño, enseñar al niño revistas o películas pornográficas, o utilizar al niño para elaborar material pornográfico u obsceno. El abuso sexual puede ir entonces desde las frases morbosas, la exhibición de los genitales, los tocamientos, hasta hacerlos ver actos sexuales y la violación.

El abuso sexual ocurre cuando una persona utiliza a otra, en la mayoría de los casos estando la segunda en condiciones de desventaja, sin su consentimiento para obtener placer sexual. Éste comienza de manera gradual y se va incrementando con el paso del tiempo por medio de engaños, sobornos, amenazas o presiones. Los niños, las niñas y las personas con algún tipo de discapacidad son los grupos más proclives a sufrir cualquier tipo de abuso sexual porque son confiados y dependientes, por tanto no siempre se usa la fuerza física para inducirlos a la actividad sexual ya que a ellos se les enseña a no cuestionar la autoridad y creen que los adultos siempre están en lo correcto.

El abuso sexual es la utilización de un menor para la satisfacción de los deseos sexuales de un adulto, y es definido como cualquier forma de contacto físico con o sin acceso carnal, con contacto y sin contacto físico realizado sin violencia o intimidación y sin consentimiento. El abuso sexual puede incluir: la penetración vaginal, oral y anal, penetración digital, caricias o proposiciones verbales explícitas. El agresor es comúnmente un familiar, el encargado de los cuidados del niño o un individuo ajeno en el que se tiene confianza. Generalmente el abuso se prolonga en el tiempo, y rara vez se utiliza la fuerza física para lograr el contacto con el niño, con frecuencia se emplean

formas más sutiles de presión como el chantaje, la amenaza, el soborno o la manipulación.

Es por eso, que solo en menos del 50% de los casos se encuentran lesiones físicas.

Según el National Center of Child Abuse and Neglect (1988) el abuso sexual se define como "...Contactos e interacciones entre un niño y un adulto cuando el adulto (agresor) utiliza al niño para autoestimularse sexualmente. El abuso sexual puede ser también cometido por una persona menor de 18 años cuándo esta es significativamente mayor que el niño (víctima) o cuando el agresor está en una posición de poder o control sobre otro."

Por otro lado, El Centro internacional De la Infancia de Paris (2000) define al abuso sexual como aquel tipo de abuso referente a cualquier clase de placer sexual con un niño obtenido por parte de un adulto desde una posición de poder o de autoridad, no siendo necesario que exista un contacto físico, utilizándose al niño como objeto de estimulación sexual. En esta definición se incluye el incesto, la vejación sexual, la violación y el abuso sexual sin contacto físico.

El abuso sexual puede ser: (Cazorla, 1994)

- Con contacto físico: masturbación, tocamientos, besos, frotación de los genitales, sexo oral, penetración vaginal o anal.
- Sin contacto físico: hostigamiento o acoso verbal, exhibición de los genitales del adulto, mostrarle al niño/a imágenes o revistas o películas pornográficas, utilizarlo para la elaboración de material obsceno o pornográfico.

En México una de cada tres mujeres adultas y uno de siete hombres adultos han sido maltratados sexualmente antes de los 18 años y se estima que por cada víctima reconocida hay nueve que permanecen en el anonimato. (2002)

En las personas con síndrome de Down, especialmente durante la infancia y la pubertad el riesgo al abuso sexual es mayor que en las que no tienen dicho síndrome, debido a diversas razones, como lo es por ejemplo el hecho de que estas personas tienen mayor probabilidad de depender de los demás para atender sus necesidades básicas y que a veces no poseen las habilidades sociales necesarias para solucionar una determinada situación. Así mismo pueden tener dificultades en su modo de razonar y juzgar.

El abuso sexual en esta personas como en las demás ocurre frecuentemente dentro la familia, a manos de un padre/madre, un padrastro, hermano u otro pariente; fuera de la casa, por un amigo, un vecino, la persona que lo cuida, un maestro o un desconocido en quien se confía. Lo más común es que quienes cometen el abuso sexual son personas a las que el niño conoce y que lo pueden controlar. En 8 de cada 10 casos reportados, el abusador es conocido por la víctima. Esta persona por lo general es una figura de autoridad a quien el niño ama y en quien confía.

Casi siempre se convence a la víctima de participar en este tipo de actos por medio de persuasión, recompensas o amenazas. Cuando el abuso sexual ha ocurrido, el niño puede desarrollar una variedad de sentimientos, pensamientos y comportamientos angustiantes.

El niño que es abusado por alguien que conoce y aprecia se siente atrapado entre el afecto y la lealtad que siente hacia esa persona y la sensación de que las actividades sexuales son terriblemente malas. Si el niño trata de romper con las relaciones sexuales, el que lo abusa puede amenazarlo mediante la violencia o negándole su afecto. Cuando los abusos sexuales ocurren en la familia, el niño puede tenerle miedo a la ira, los celos o la vergüenza de otros miembros de la familia, o quizás puede temer que la familia se desintegre si se descubre el secreto.

Las secuelas que caracterizan al abuso sexual tienen efectos a corto y a largo plazo. Soria y Hernor (1994) mencionan que entre los efectos de la agresión sexual se encuentran la ansiedad, agitación, terrores nocturnos, miedos, fobias, alteraciones de la alimentación y del sueño y baja concentración mental entre otros; mismos que varían dependiendo de factores como la edad en que ocurrió la agresión sexual, duración temporal del abuso, proceso psicosocial de adaptación, apoyo emocional familiar, nivel de violencia ejercida por el agresor, y cercanía afectiva con el agresor. (Chávez, 2002)

Muchas veces no hay señales físicas del abuso sexual por lo que se debe estar alerta a ciertos cambios a nivel conductual o actitudinal. Algunos de ellos pueden ser:

- Interés poco usual o evitación de todo lo que sea de naturaleza sexual.
- Problemas con el dormir o pesadillas.
- Depresión o aislamiento.
- Comportamiento seductor.
- Negarse a ir a la escuela.
- Problemas de conducta.
- Evidencia de abusos o molestias sexuales en sus dibujos, juegos o fantasías.
- Agresividad poco común.
- Miedo generalizado.
- Ansiedad.
- Actividad sexual inapropiada: Frotamiento de los genitales o masturbación excesiva, besos en la boca y tocamientos frecuentes de senos y genitales de otras personas.
- Temas sexuales repetidos en sus juegos, en sus relatos o en sus conversaciones.
- Retroceso en el control de esfínteres o en otros aspectos del desarrollo.
- Miedo o rechazo a algún adulto en particular.
- Conductas agresivas o destructivas hacia sí mismo o hacia los demás.
- Cambios repentinos de comportamiento: agresión inusual, llanto sin motivo aparente, depresión.
- Problemas de aprendizaje o disminución repentina del rendimiento escolar.

El único responsable del abuso sexual es el abusador. Sin embargo, las acciones de cuidado y protección que realice el adulto pueden prevenir su ocurrencia. Lo más importante es que los padres o las personas que tienen un niño (a) a su cuidado, construyan una relación cercana con él (ella), donde predomine la comunicación abierta, franca y de confianza.

La Academia Americana de Pediatría propone a los padres de familia las siguientes medidas de prevención de abuso sexual de acuerdo a cada edad:

18 Meses: Enseñar al niño los nombres apropiados de las partes del cuerpo.

---

3-5 Años: Enseñar las "partes privadas" del cuerpo y a decir "NO" a cualquier oferta sexual. Dar respuestas directas a las preguntas acerca del sexo.

5-8 Años: Explicar la seguridad lejos de casa y la diferencia entre un cariño bueno y un cariño malo así como alentar al niño a platicar acerca de experiencias que le hayan dado miedo.

8-12 Años: Enseñar la seguridad personal y explicar las reglas de conducta sexual aceptadas por la familia.

13-18 Años: Explicar la violación, infecciones de transmisión sexual y el embarazo no deseado.

La prevención del abuso sexual para la gente con Síndrome de Down es generalmente más compleja, por la dificultad que existe con la comprensión de reglas relacionadas con el afecto y los límites y sobre todo debido a que estas personas nunca logran una independencia completa. Sin embargo, se recomienda seguir las mismas medidas de prevención integradas a una educación de la sexualidad adecuada a las necesidades de su condición de vida. Recordando que una educación de la sexualidad óptima cumple también una función preventiva, y ésta en las personas con Síndrome de Down debe de dotarlos de instrumentos que no solo lo eduquen, sino que también lo habiliten, fomentando la seguridad en sí mismos, enseñándolos a reconocer límites y fronteras en el contacto afectivo y las formas apropiadas de conducta. De la misma manera es fundamental propiciar en ellos un ambiente de amor, aceptación, confianza y comunicación, como en cualquier otro niño (a).

# CAPÍTULO 3

## EDUCACIÓN DE LA SEXUALIDAD

### Y

## SÍNDROME DE DOWN

### 3.1 ¿Qué es la educación de la sexualidad?

La educación es un proceso que ayuda al individuo a lo largo de todo su desarrollo, propiciando en él, el descubrimiento de sus potencialidades y el conocimiento de su entorno, de tal manera que se convierta en un adulto y pueda determinar su propia vida con la máxima autonomía posible, ya que el hombre como ningún otro ser en la naturaleza depende de los cuidados ofrecidos por el grupo y de las informaciones que éste le proporciona para su existencia. "Sujeto a un largo periodo madurativo que permite a su cerebro el desarrollo de unas extraordinarias capacidades de aprendizaje, se puede decir que el ser humano es un organismo programado genéticamente para dar respuesta a sus objetivos vitales a través de la educación". (2003)

La sexualidad es uno de estos aprendizajes y una visión global de la persona y de la acción educativa incluye la educación de la sexualidad, además de ser esta un derecho de todos los individuos la cual debería ocupar un papel relevante en el conjunto de los esfuerzos educativos. Sin embargo, la mayor parte de la formación e información en torno a este tema que poseen niños y adolescentes hoy en día proviene de medios ajenos a la familia y a la escuela: la calle, la televisión, el video, las revistas, el internet y la publicidad; por lo tanto, no es que no exista una educación sexual, sino que ésta ha sido dejada en manos del entorno educativo que no hace sino dar una visión parcial, sexista comercial y en general distorsionada, careciendo de un enfoque científico y pedagógico.

El objetivo fundamental de la educación es proporcionar a los sujetos un amplio bagaje de habilidades necesarias para su supervivencia y su inserción social, desarrollando al máximo sus particulares potencialidades físicas, psíquicas y espirituales. Esto supone tener en cuenta las características generales del desarrollo y funcionamiento humano y aquellas otras que son específicas de cada persona en concreto.

Educar, explica Velasco, F. (1991), quiere decir, conducir, guiar, que no es lo mismo que simplemente informar y transmitir conocimientos; por otro lado Suárez (1980), concibe la educación como un proceso que desarrolla las facultades humanas para una mejor adaptación del individuo a su medio.

---

La educación vista como un proceso a través del cual las generaciones adultas transmiten sus experiencias y cultura a las generaciones en formación, se clasifica de la siguiente manera:

*Educación formal:* es la que se imparte dentro de un sistema planeado y controlado, ésta es la que se recibe básicamente en la escuela.

*Educación informal:* este es el proceso de enseñanza mediante el cual se transmiten los valores de la sociedad y está fundamentalmente a cargo de la familia.

*Educación no formal:* es la que se encuentra relacionada con los medios de comunicación social; considerándosele un sistema alternativo de distribución de mensajes. (Olguín, 1987; en Delgado, 2004)

La educación de la sexualidad se conforma día a día con la integración de cada una de estas maneras de dar y de recibir educación. Por ejemplo, Esther Corona, en su artículo "Resquicios en las puertas: la educación sexual en México en el siglo XX" (1994), define dicha educación como: *El proceso vital mediante el cual se adquieren y transforman, formal e informalmente, conocimientos, actitudes y valores respecto a la sexualidad en todas sus manifestaciones, que incluyen desde los aspectos biológicos y aquellos relativos a la reproducción, hasta todos los asociados al erotismo, la identidad y las representaciones sociales de los mismos.*

Por otro lado, Rodríguez y colaboradores en 1993 la definen como: *El proceso constante de formación e intercambio de valores, conocimientos y comportamientos, que incorporan y transforman las relaciones entre hombres y mujeres dentro de un contexto social y cultural determinado.*

Y en general, las actuales concepciones sobre la educación de la sexualidad están estrechamente relacionadas con los estudios que realizó Foucault con respecto a la sexualidad, los cuales proponen, fundamentalmente, a ésta como una construcción social, resultado de la prácticas sociales históricamente específicas (Foucault, 1978).

Dentro de los objetivos concretos de la educación sexual, se encuentran principalmente, el logro del:

- *Bienestar orgánico:* El desempeño de una actividad libre de trastornos orgánicos. de enfermedades, deficiencias o alteraciones que entorpezcan la salud sexual.
- *Bienestar mental:* El ejercicio de la sexualidad sin temores, vergüenzas, sentimientos de culpabilidad, mitos y creencias infundadas, fruto de la ignorancia, y de otros factores psicológicos y sociales que puedan interferir la actividad sexual o perturbe las relaciones sexuales.
- *Bienestar relacional:* La actitud y la posibilidad de disfrutar de una sexualidad equilibrada y responsable amoldada a criterios de una ética personal y social.

Hoy en día ya no se discute sobre la necesidad y la conveniencia de la educación de la sexualidad, la problemática actualmente se centra en el lugar, los medios y el tiempo en que las personas deben llevarla a cabo, así como el papel de la familia y de la escuela en este proceso educativo.

Algunos profesionistas del área como Álvarez Gayou (1987) y McCary (1996) aseveran que una educación de la sexualidad basada en aportaciones y conocimientos científicos proporciona al individuo los elementos de juicio necesarios para la toma de decisiones en cuanto a su conducta y sus actitudes. Además al recibir una educación de la sexualidad adecuada, se desarrollan más defensas adaptativas y se está preparado para gozar de los sentimientos sexuales.

Es importante mencionar que la educación de la sexualidad humana según Ramos (1991) determina las características de personalidad, ya que ésta está presente desde el nacimiento hasta el fin y a lo largo de este proceso existen distintos factores que moldean la sexualidad y la personalidad del individuo.

Al reconocer la sexualidad humana como un fenómeno pluridimensional que integra diversos factores como lo son: los aspectos biológicos, psicológicos, sociales, conductuales, clínicos, morales y culturales, se afirma que la educación de la sexualidad implica dos aspectos básicos: *la formación y la información*. El primero se adquiere en el hogar de manera informal, e incluye las actitudes, normas y valores. El segundo consiste en el conocimiento acerca de la sexualidad humana que se proporciona de manera formal y planificada a través de las instituciones educativas. (CONAPO, 1982). Cabe mencionar que la información puede impartirse y recibirse de manera consciente e inconsciente. La consciente es cuando se planea y dirige y la inconsciente se deriva de las actitudes diarias de los modelos que educan principalmente de manera no formal. Es importante aclarar que el objetivo fundamental de la educación sexual no es brindar conocimientos sobre anatomía y fisiología, aunque esto es elemental para que ésta se desarrolle, lo más importante es formar actitudes que capaciten a los individuos para que puedan crear sus propios valores que les permitan vivir una vida sexual sana, consciente y responsable, lo cual se consigue sólo a través del trabajo conjunto en la escuela y en la familia, brindando los conocimientos necesarios y fomentando el desarrollo de habilidades y actitudes sanas.

McCary en 1996, menciona algunas sugerencias, propuestas por Van Emde Boas, para proporcionar una adecuada educación de la sexualidad:

- No separar la educación sexual de otras experiencias educativas, se debe recordar que la educación de la sexualidad comienza desde el nacimiento.
- No inhibir o negar ningún tipo de expresión sexual abierta y espontánea a los niños(as) y adolescentes.
- Responder con sinceridad a todas las preguntas planteadas por los niños(as) y adolescentes, sin perderse en detalles excesivos, que trasciendan el nivel de comprensión y entendimiento del niños(as) y adolescentes.
- Los niños(as) y adolescentes aprenden mejor de modelos y ejemplos de la vida real y no tanto de palabras escritas o habladas.

Nuestra sociedad está todavía lejos de consolidar una educación de la sexualidad óptima, debido principalmente, entre diversos factores, al desconocimiento que existe, de inicio, con respecto a la importancia de la educación en este ámbito, sobre todo a nivel familiar, el cual junto con la escuela son los principales pilares de la educación, sobre todo con lo que respecta a la formación de hábitos, actitudes y conductas. Sin embargo es imprescindible continuar con este esfuerzo, que pese a su dificultad, los logros se verán reflejados en generaciones posteriores; como actualmente, gracias al trabajo de generaciones pasadas, ciertos sectores tienen acceso al menos a una

---

adecuada información y a mayores alternativas educativas en relación con la sexualidad.

### **3.2 Panorama actual de la educación de la sexualidad en México.**

La preocupación por ofrecer una educación de la sexualidad es relativamente nueva, debido entre otras razones de índole cultural a que se entendía a la sexualidad como una actividad "natural" que no requería de ningún aprendizaje.

En los países de nuestro entorno geográfico y cultural, la educación sexual formal es un tema reciente, que empezó a plantearse tímidamente en los años 50's siendo un asunto común en los 60's y que empezó a consolidarse en los sistemas educativos más progresistas en los años 70's y es a finales de esa década cuando la materia aparece en nuestro país. Tanto en otros países como en el nuestro, esta materia no es pacífica y sigue siendo objeto de polémica, de mayor a menor intensidad según las circunstancias socio-políticas, no se prepara bien a los profesores y los estudios universitarios de sexología son escasos y están aislados de la actividad educativa dentro de la escuela, de tal manera que la educación sexual formal es aún escasa en nuestro país. (Rojas, 1991)

El surgimiento de la educación de la sexualidad en México, a nivel institucional, aparece en los años 1912-13, cuando la Universidad Popular Mexicana organiza ciclos de enseñanza sobre la sexualidad; los contenidos, sin embargo, se limitaban a enfermedades de transmisión sexual, salud materno-infantil y puericultura; desafortunadamente en la actualidad muchos programas y cursos siguen limitándose a estas temáticas.

En nuestro país la educación de la sexualidad es una necesidad sentida, ya que no ha recibido la respuesta merecida por ignorancia, desconocimiento, prejuicios o malas interpretaciones de lo que constituye la sexualidad y por ende la educación de la sexualidad. (Alarcón1998).

Diariamente recibimos mensajes sobre el tema de la sexualidad y el sexo; sin ser conscientes todos damos y recibimos de diversas formas educación, pero la información recibida proviene de diferentes fuentes y ésta es manejada con distintas intenciones; por ejemplo, los padres de familia en la búsqueda de la prevención de una actividad sexual precoz en sus hijos, educan a través de la represión, la desinformación y la evitación de un diálogo abierto sobre el tema. Como es sabido los medios de comunicación, la familia, el círculo de amigos y la escuela son las principales fuentes de educación pero todos ellos dan una educación de la sexualidad inadecuada y distinta, creando una confusión y una doble moral.

Frente a esta realidad y la creciente demanda por parte de jóvenes, padres, maestros, psicólogos, pedagogos y educadores, se inició el movimiento de educación sexual, dando conferencias a solicitud de los diversos grupos, formando instituciones especializadas en el área, haciendo campañas y elaborando programas educativos, pero pareciera que estos esfuerzos aún cuando representan un paso importante para nuestra sociedad a nivel cultural y educativo, resultan todavía insuficientes.

Algunas escuelas y gracias al esfuerzo de muchos especialistas de la sexualidad, la educación sexual en algunas áreas a progresado enormemente, porque ahora al menos



se cuenta con la alternativa de tener acceso a la información, sin embargo, es importante recordar que la educación de la sexualidad es formación e información, aún cuando los conocimientos adecuados son los que permiten el desarrollo de habilidades y actitudes sanas. Lamentablemente este gran esfuerzo se ha visto demeritado porque en muchas familias y en gran cantidad de escuelas se sigue educando como si el sexo no existiera, además entre las familias y las escuelas no se ha logrado llegar a una comunión en cuanto a la educación sexual, lo cual representa uno de los más graves impedimentos en el avance de ésta. Por ejemplo al ser humano se le define en la escuela como un ente biológico, psicológico y social y bajo esta concepción la sexualidad se debería ver como algo inherente al hombre en la cual intervienen los mismos factores, entendiendo también que tiene un carácter cambiante según la etapa de desarrollo y las condiciones socioculturales en que el individuo viva. Desafortunadamente, la sexualidad ha sido dividida, y se le considera un instinto meramente biológico, juzgándola como sucia, mala y pecaminosa prefiriendo entonces no hablar de ella, utilizando el método educativo de la represión a través de castigos, mentiras y amenazas, tergiversando la realidad. (Chulz y Williams. Family life and Sex Education. Nueva Cork 1983; Harcourt)

En México el tema "sexualidad" se aborda cada vez con mayor frecuencia, pero se sabe menos de lo que se presume y se ignora más acerca de cómo se vive la sexualidad. Basta decir que se toman como sinónimos sexo y sexualidad y que la mayoría de las escuelas educa a niños y jóvenes como si la sexualidad no existiera o la información que se recibe es mínima y en la mayoría de los casos se refiere a aspectos de la reproducción; lo cual es loable, pero no suficiente y en el hogar lo común es que las madres y padres omitan los temas de sexualidad.

El mexicano se "educa" en la calle y en internet, y las consecuencias de ello son evidentes; en nuestro país anualmente se atienden más de 350 mil partos de adolescentes, y son madres antes de los 19 años más de 600 mil chicas; las anteriores son cifras que vierten las instituciones de salud del país, pero hay otras que no se conocen, como el número de intentos de aborto, en el mismo periodo de edad, y menos aun las muertes. Lo anterior fue expresado en una entrevista exclusiva para la página de internet medicina\_ymás.com por el Dr. Juan Luis Álvarez-Gayou Jurgenson, director del Instituto Mexicano de Sexología (Imesex) A. C., quien además puntualiza, que la educación sexual del mexicano es escasa. "La educación que recibimos es informal y nos llega por los medios (radio, televisión e impresos), la cual propicia información falsa y refuerza prejuicios y roles estereotipados de hombres y mujeres característicos de la cultura mexicana". El especialista añade que la contraparte es la educación formal, es decir, el proceso de enseñanza-aprendizaje con estructuras, programas con propósitos y contenidos, en la que exista una relación didáctica docente-educando, fundamentada en información científica, la cual propicia el respeto a la diferencia e incluso busca desaparecer los estereotipos de género. En realidad, esta educación sexual en México es prácticamente nula.

Por otro lado, agravando aún más las deficiencias que existen en nuestro país en materia de educación sexual, en pleno siglo XXI existen instituciones como Pro-Vida y la Asociación Nacional de Padres de Familia que difunden el temor de que educar sobre sexualidad es estimular a que se inicie la vida sexual activa. Lo que es un error, ya que las personas con mayor información, seria y científica sobre el tema, retrasan el inicio de vida sexual activa y son más responsables al ejercearla.

La carencia de educación de la sexualidad en México propicia y ha perpetuado graves y serios problemas tanto en el campo de la salud personal como en el social.

---

El concepto de salud, tal y como lo expresa la Organización Mundial de la Salud (OMS), es bien conocido; sin embargo, vale la pena recordar que la salud se conceptualiza como el completo estado de *bienestar* físico, psicológico y social del individuo. Pero el individuo carecerá de este bienestar si su vida y sus relaciones de pareja y familiar son inadecuadas e insatisfactorias.

Por otro lado, la misma OMS ha publicado (1975) una conceptualización de salud sexual: "integración de los aspectos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales del ser sexual, en formas que sean positivamente enriquecedoras y que realcen la personalidad, la comunicación y el amor. Toda persona tiene el derecho a recibir información y a considerar el aceptar la relación sexual como fuente de placer así como medio de reproducción".

Resulta pertinente revisar algunas de las consecuencias de la falta de salud sexual en nuestro país, la que naturalmente deriva de una deficiente educación de la sexualidad.

Al hablar de grupos importantes de población, para nadie es desconocido el hecho de que en muchos países, sobre todo los del llamado "tercer mundo", entre los que resalta México, una proporción muy importante de sus habitantes está constituida por adolescentes. Éstos motivan una genuina preocupación mundial, entre otras cosas por la gran cantidad de embarazos en mujeres muy jóvenes; en 1993, 7,233 nacimientos registrados fueron de madres menores de quince años de edad (OPS/OMS) y recientemente la cifra fue de 11,756. El dato más reciente del INEGI revela 420,861 nacimientos de madres entre quince y diecinueve años, y en el mes de octubre de 1997, el entonces director general del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), licenciado Mario Luis Fuentes, declaró que existen 455,000 embarazos por año en mujeres de menos de diecinueve años de edad, es decir, 16% del total de nacimientos del país, lo que conlleva, por un lado, serios inconvenientes para la salud personal y, por el otro, consecuencias sociales tales como embarazos e hijos no deseados, madres solteras muy jóvenes, matrimonios y parejas a edades muy tempranas y una muy elevada tasa de abortos.

El aborto merece una mención especial, sobre todo en nuestro país y seguramente en muchos otros en condiciones similares, dado que este procedimiento es ilegal, se realiza en números difíciles de precisar, pero que sin duda, siendo conservadores, rebasa el millón por año. Su práctica, sobre todo para las mujeres de pocos recursos y educación, conlleva una muy alta tasa de mortalidad, de la que son mudos testigos los servicios públicos de salud.

De 1992 a 1996 la cuarta causa de mortalidad materna en México fue el "aborto no especificado". En los países en desarrollo —México incluido— muere una mujer por cada 250 abortos, mientras que en los países desarrollados muere una mujer por cada 3,700 abortos y en México mueren 1,500 mujeres anualmente por abortos clandestinos (Mercado, 1997). El aborto en México constituye un problema de salud pública de la mujer que hasta la fecha no ha recibido atención adecuada, en detrimento de la salud de un enorme grupo social.

Brevemente dicho, la educación de la sexualidad que predomina en México es una educación basada en mitos y falacias, eminentemente prejuiciada en contra de las manifestaciones no reproductivas de la sexualidad reforzadora de papeles sexuales rígidos y estereotipados y, sobre todo, considerada todavía como un tema tabú.

### **3.2.1 Surgimiento de la educación de la sexualidad en la educación básica en México.**

En la sociedad contemporánea la educación de la sexualidad se ha constituido en motivo de una producción discursiva. Pareciera que la actividad sexual ha salido de la clandestinidad para convertirse en una práctica liberada y socialmente aceptada.

A partir de los años setenta se instituyó en México la educación sexual en el discurso educativo oficial, ligada de manera directa a la importancia que adquirieron en ese momento los fenómenos demográficos y a la manera como éstos se conceptualizaron. Esto produjo desde luego una discusión controversial, en la que participaron distintos sectores e instituciones, como: la Iglesia, la Unión Nacional de Padres de Familia, los partidos políticos, los periodistas e intelectuales y los maestros.

Es en la década de los setenta cuando en nuestro país realmente se dieron las condiciones para una discusión más abierta sobre la sexualidad, ya que se hicieron explícitas las necesidades de la población lo que articuló las demandas hacia una forma distinta de abordar la sexualidad y comenzaron dentro de esta revolución de la educación a crearse las primeras organizaciones no gubernamentales al servicio de la educación sexual, una de las principales es la Asociación Mexicana de Educación Sexual (AMES) formada en el año de 1972, año en el que también el gobierno planificó el desarrollo del país considerando las variables poblacionales. Para esta asociación los principales objetivos eran, ofrecer a las personas y a la sociedad una adecuada educación sexual, que les permitiera ejercer su sexualidad de manera, placentera, responsable e integral; fomentar un cambio en los papeles sexuales hacia los modelos igualitarios y no sexistas; y finalmente, contribuir a la solución del problema demográfico de México.

El Consejo Nacional de Población (CONAPO) creado en 1970, era un organismo que se coordinaba con otras instancias y secretarías de estado, éste nació con la intención de promover y coordinar las acciones gubernamentales y sus metas eran: "Reducir la tasa de crecimiento anual al 2.5 por ciento para 1980... y modelar la conducta sexual de los mexicanos en cuanto a la educación sexual y el uso de anticonceptivos" (CONAPO, 1975).

En el caso de la Secretaría de Educación, el CONAPO tradujo sus propósitos y metas, en el marco de la reforma educativa, en temas demográficos y de educación sexual insertos en los programas de estudio y en los libros de texto. Las preocupaciones demográficas se constituyeron en uno de los ejes centrales que orientaron la reforma.

La coordinación CONAPO-SEP se hizo evidente en la Ley Federal de Educación, documento en el que se señaló que una de las finalidades de la educación sería, hacer conciencia sobre la necesidad de planificación familiar sin menoscabo de la libertad personal. (2005)

Al insertar la educación en materia de población y de sexualidad en la educación básica se dispuso también su carácter obligatorio. El nivel educativo prioritario fue la primaria, por su carácter masivo, por la existencia de textos únicos que garantizaban contenidos comunes y por ser el más ampliamente difundido en el país.

Es por tanto que la reforma educativa de los años setenta significó la institucionalización de los temas de sexualidad en los planes y programas de estudio de la educación básica, pero es interesante saber que el modelo de educación de la sexualidad que se instauró en México operó con el fin de modificar las concepciones y conductas sexuales y se conformó con base a las tradiciones culturales mexicanas acerca de la familia y de los roles de género. Pero, por ejemplo a pesar de que la educación en México ha tenido como principio jurídico la igualdad de sexos; a nivel de los contenidos con los que se configuraron los programas y textos, dicho enunciamiento queda en un plano ideal. Las conductas que se reproducen conciben al hombre como creador y productor, y a la mujer como reproductora de la especie y ama de casa, así que este discurso legitima y prolonga las diferencias de género y, a través de la escuela, moldea las conductas infantiles.

En los libros de texto, las actitudes más recurrentes inherentes al sexo masculino son asociadas a imágenes o frases que muestran al niño/hombre ligado a la creación, a la invención, al proceso productivo. Ambos son presentados como seres que se distinguen por su inteligencia, por su iniciativa, por su capacidad y fuerza física. Realizan los trabajos más diversos y están siempre activos, aparecen en un mayor número de ocasiones que la niña/mujer. Mientras que "ellos" cabalgan, echan al vuelo un papalote, nadan, pescan, atrapan insectos, practican clavados y conversan; "ellas" observan, sonríen, permanecen pasivas, abstraídas en sus pensamientos. (Pico I., 1985)

Lo anterior demuestra que los roles tradicionales están presentes en la vida cotidiana, en la costumbre y, a la vez, se traducen en prácticas que son reproducidas de manera constante en los espacios familiares, escolares y también en los medios de comunicación. Y de acuerdo con un artículo revisado sobre la reforma educativa de los setentas, "Ni el control natal ni la anticoncepción se abordaban directamente, sino de manera sublimada mediante un discurso que tocaba el terrorismo verbal"(González, 2003). Este discurso hacía acto de presencia sobre todo en los libros de ciencias sociales, por medio de las ideas en torno a la explosión demográfica y el alto índice de crecimiento poblacional, y el mensaje se reducía a "somos muchos, debemos de ser menos", "la población crece rápidamente porque las familias tienen muchos hijos" y "la familia pequeña vive mejor". "Los papás deben pensar bien cuántos hijos quieren tener. A esto se le llama "paternidad responsable" (Ciencias Sociales, 4º grado). "Un mar de gente" y "El mundo en que vivimos" (Ciencias Sociales, 5º grado). (González, 2003).

La enseñanza de la sexualidad en la actualidad, busca un balance entre lo informativo y lo formativo, ya que pretende que las alumnas y los alumnos adquieran conocimientos y desarrollen habilidades, valores y actitudes adecuadas y responsables con respecto a su sexualidad. Una de las principales metas en la enseñanza de las Ciencias Naturales, materia en la cual se incluye la educación de la sexualidad, es lograr que las alumnas y los alumnos conozcan su cuerpo y sepan lo que sucede en él, con el fin de que manejen su propio potencial, valoren su organismo como algo único e insustituible, su salud como un aspecto fundamental de la calidad de vida y que aprendan a cuidarse a sí mismos.

Desde los primeros grados de la educación básica se incluyen en los libros de texto contenidos que se relacionan con la sexualidad. Por ejemplo, en el primer grado se estudia el tema *Cambios en el cuerpo* y en segundo se alude a la reproducción, como una característica común de los seres vivos. En el tercer grado, ya en el libro de ciencias naturales, se revisa la *Reproducción de plantas* y en cuarto se aborda la

---

sexualidad en los animales. (SEP, Programa, 1996). Ya en los últimos grados de la primaria se incluyen temas relacionados con sexualidad humana:

#### *Quinto grado*

- Glándulas y hormonas • Aparatos sexuales de la mujer y del hombre • Los roles sexuales y los prejuicios existentes en cuanto a diferencias de inteligencia, competencia y habilidad entre los sexos. (SEP, Programa, 1996)

#### *Sexto grado*

- Crecimiento y desarrollo del ser humano • Caracteres sexuales primarios y secundarios • Los cambios físicos y psicológicos durante la pubertad • Reproducción humana • Herencia biológica • Visión integral del cuerpo humano y de la interacción de sus sistemas • Causas que alteran el funcionamiento del cuerpo humano. (SEP, Programa, 1996)

Además de favorecer los conocimientos y las habilidades, se ha buscado el promover valores. Estos valores que se promueven en la educación básica, específicamente a través de los libros de texto con respecto a la vida sexual y reproductiva, son: el respeto, el amor y la responsabilidad, la tolerancia y la aceptación, la equidad entre los hombres y las mujeres, la justicia y la solidaridad.

Como una respuesta más a la necesidad de fortalecer la enseñanza de valores en la escuela secundaria, se propuso la creación de la nueva asignatura *Formación cívica y ética* que sustituye a la asignatura de *Civismo* en primer y segundo grado y *Orientación educativa* de tercer grado. En esta nueva asignatura se revisan las dimensiones filosóficas, éticas, sociales, cívicas y ambientales de la acción del joven, en la búsqueda de su identidad para convertirse en un adulto responsable y útil para la sociedad y se pretende que a partir de la reflexión informada el joven pueda encontrar respuesta a sus principales preocupaciones.

La inclusión, tratamiento y profundidad de los contenidos que se abordan en la educación básica, responden a un criterio de pertinencia, es decir, consideran tanto las características de desarrollo de las niñas y los niños como la secuencia grado a grado.

Pese a los avances que se han construido en el área de la educación de la sexualidad a nivel curricular, en relación con la educación básica- formal existen todavía notorias carencias, reflejadas en la sociedad y por las cuales los profesionistas del área, padres de familia, escuelas y todos en los individuos en general tenemos un compromiso ineludible con el fomento al progreso educativo, específicamente en esta área, la cual es fundamental para el sano desarrollo del ser humano y finalmente para el progreso de nuestra sociedad. Cabe mencionar que en el año 2003 durante una conferencia de prensa Integrantes de la Red Democracia y Sexualidad demandaron al gobierno actual garantizar el derecho a la educación sexual y servicios de salud, a promover los valores constitucionales de libertad, responsabilidad, tolerancia, justicia, equidad, solidaridad, respeto e igualdad, así como la maternidad voluntaria y el acceso a anticonceptivos seguros y efectivos. Así como, garantizar la prevención del hostigamiento, el abuso sexual, el incesto, la violación sexual, la explotación y tráfico de menores, mujeres y jóvenes, y se luche contra la homofobia y los crímenes de odio; estas demandas presentes en el siglo XXI reflejan claramente nuestro retraso educativo no sólo a nivel de la sexualidad.

El tema de la educación de la sexualidad en México sigue siendo un tema que produce grandes polémicas y los planes de acción educativa no han sido suficientes o quizá inadecuados para satisfacer las necesidades de nuestra sociedad; por un lado, las entidades oficiales reconocen su necesidad y, por el otro, no se ha generado una voluntad suficiente para garantizar esta educación a todos los niveles del sistema educativo y la falta de capacitación para los padres de familia y profesores, no sólo en la adquisición de conocimientos sino también en cuestión de valores y actitudes ha impedido el progreso en este ámbito.

### **3.2.2 Familia y Escuela: principales educadores de la sexualidad.**

Un estudio llevado a cabo en 1999 por el Instituto Mexicano de la sexualidad (Imesex) demostró que los padres de familia se sienten incapaces de educar sexualmente a sus hijos y prefieren dejar esa responsabilidad a los maestros de la escuela. Dicha investigación se realizó mediante un sondeo entre más de 15 mil padres de familia a lo largo de todo el territorio nacional, y en ella también se hizo evidente que los encuestados mantienen muchas dudas con respecto a la preparación de los profesores, quienes son los instructores de niños y jóvenes en cuestión de la sexualidad; pero aún a pesar de esta inseguridad mostrada por los encuestados, en su mayoría estuvieron a favor de que la escuela sea la responsable de la educación sexual.

La misma investigación mostró que los padres de niños de preescolar muestran mayor interés de que se eduque a sus hijos, que quienes los tienen en secundaria.(2004) Estas posturas de los padres son debido quizá a las diferencias generacionales. Ahora bien, si no hay educación sexual en la escuela y los padres evitan el tema porque se sienten incompetentes para impartirla, los niños y jóvenes buscan aprender por su cuenta y es así como inicia el proceso de desinformación al que se les ha orillado; y en la actualidad son cada vez más los inadecuados recursos con los que cuentan los adolescentes para resolver sus inquietudes, quienes tienen acceso a internet consultan páginas de pornografía y quienes no cuentan con este recurso compran revistas muy baratas que les proporcionan la información que necesitan, pues gráficamente son muy explícitas y encuentran ahí las cosas como ellos desean verlas.

No se trata de enfrentar a padres de familia y escuela, sino de comprender que existe una responsabilidad educativa compartida, a la que hay que responder lo más adecuadamente posible desde cada instancia. Familia y escuela son los dos ámbitos naturales para educar la sexualidad del ser humano en crecimiento, cada uno con una función concreta, propia y específica, siempre complementarias.

Los padres que ponen barreras a la acción educativa en este terreno no son conscientes de que si el profesional suprime la actividad al respecto, siguiendo los deseos paternos, el alumno obtendrá la información por otras vías, mucho más inadecuadas que marcaran el desarrollo psicosexual del individuo. Pero la realidad es que para los padres de familia no es fácil asumir este compromiso educativo, porque en la mayoría de los casos no existe la experiencia previa con sus propios padres.

Por otro lado, impartir educación sexual en las escuelas se topa con muchas limitantes que hacen casi imposible satisfacer esta necesidad. Las escuelas se abocan al tema de la sexualidad desde el aspecto biológico y de la función sexual, sin abordar los aspectos psicológicos o afectivos, ya que la rigurosa y mal entendida moral de algunos

padres y educadores, se ha opuesto a la apertura necesaria en estos temas y como menciona Alvarez Gayou: " los maestros de escuelas como integrantes sociales, pueden formar parte también, por desgracia, de un aparato de educación autoritario, religioso y negador de la sexualidad"(1986)

Las razones que justifican la integración de la educación sexual, según José Amor (1997), son las siguientes:

- La educación sexual, como cualquier otro proceso educativo exige continuidad y progresión. La escuela facilita y asegura este proceso.
- Los niños (as) pasan en la escuela una parte muy considerable de su tiempo, que es esencial para la adquisición de hábitos y comportamientos.
- Los profesionales están más capacitados para aplicar una metodología correcta y adaptada a cada edad evolutiva.

Por consiguiente, al margen de lo que haga la familia, la escuela tiene la obligación de ofrecer también educación sexual, ya que la misma no tiene una función supletoria de las deficiencias familiares, sino una función propia: la de ofrecer información programada, sistemática y amplia a los alumnos, (F. López, 1990).

La educación de la sexualidad en la familia y en la escuela son complementarias entre sí y las dos son irrenunciables y necesarias. Ambas instancias deben mantener una profunda, flexible y fluida relación de trabajo en común; y es necesario promover la mutua colaboración en este campo y buscar la integración en la unidad de un proyecto común. Para lograr este compromiso y procurar una mayor calidad de esta participación de los progenitores en la tarea de educar a sus hijos es necesario que estén informados sobre los planes y programas de educación sexual de la escuela para compartir la información y desarrollar respuestas conjuntas. Asimismo sería muy positivo asistieran "a una escuela de padres" (J. Brunet, 1994), la cual les proporcionará los conocimientos adecuados para la educación de sus hijos respecto a este tema. Y de la misma manera los educadores deberían obtener una preparación específica para llevar a cabo en las mejores condiciones posibles esta educación, ya que la necesidad de una seria preparación del educador es otro de los elementos fundamentales para el progreso de la educación de la sexualidad.

La misión y el deber de otros agentes socializadores tienen, como se ha dicho, la tarea de colaborar con los padres en su función y no sustituirla, debido a que los padres son los primeros artífices de la conciencia social del niño, y es la familia en este terreno el primer lugar donde se transmiten los valores primordiales sobre la vida sexual, además de ser los padres los responsables de responder a las primeras curiosidades de sus hijos acerca del sexo

Lo lamentable es que ni la familia, ni la escuela, ni la sociedad saben lo suficiente o asumen la responsabilidad de educar sobre sexualidad y aún cuando la discusión sobre de a quien le corresponde la mayor responsabilidad de impartir ésta, algunos grupos sociales, principalmente los conservadores, sostienen que el hogar es el único sitio en el que puede y debe impartirse educación sexual, mientras que otros, con mayor apertura, consideran que ésta es fundamental y debe complementarse con la educación formal ya que la educación de la sexualidad impartida profesionalmente no interfiere con los valores familiares y, fundamentalmente, propicia respeto, responsabilidad y amor. Es indispensable dejar esta discusión a un lado, entendiendo que ésta es una responsabilidad compartida entre padres de familia y escuela, para

---

mejor tomar acción en la satisfacción de carencias que aún persisten en ambos niveles de la educación sexual.

### **3.3 Educación de la sexualidad en las personas con Síndrome de Down**

No hay muchas áreas de la educación que generen tanta controversia como las cuestiones relacionadas con la educación sexual, situación que se agrava en los centros de educación especial, ya que en concreto siguen existiendo personas que consideran que los deficientes mentales son incapaces de beneficiarse de una adecuada educación sexual y que lejos de contribuir a mejorar su calidad de vida, toda intervención educativa en este sentido lo único que consigue es perturbar aún más la vida del individuo, de sus padres y profesores (J. Amor, 1997).

La educación sexual supone ya una gran responsabilidad en la población normal y más aún en el caso de las personas con síndrome de Down, ya que ésta no sólo es un deber primario de los padres y los educadores, que habrían de actuar siempre en estrecha colaboración, sino un derecho fundamental de la persona que debe ser otorgado y posibilitado eficazmente.

La educación sexual de las personas con síndrome de Down se presenta como una tarea todavía apenas esbozada y con grandes obstáculos que hace más apasionante a una labor y la convierte en un reto y es a los padres a quienes compete en primer lugar esta responsabilidad por ser ellos los primeros en reconocer, respetar y promover este derecho básico de sus hijos.

Para las personas con capacidades especiales, como es el síndrome de Down, las oportunidades para aprender sobre la sexualidad se encuentran limitadas. El nivel de lectura de materiales está fuera de su alcance, lo que les limita el acceso a material impreso y recursos de calidad. Y aunque se entienda la importancia de crear oportunidades para la socialización, estas son escasas. Como resultado, disponen de menos oportunidades para observar, desarrollar y practicar; todos estos factores subrayan una mayor necesidad aún de educación de la sexualidad a niños con discapacidad que a los demás niños.

La introducción de la educación sexual en los planes formativos de la persona con síndrome de Down en crecimiento es una prioridad que se ha hecho presente desde hace pocos años. Esta educación sexual tiene un objetivo general que debe guiar tanto los contenidos como los métodos y actividades: la maduración del alumno, proporcionándole los conocimientos y habilidades que le permitan orientar lo mejor posible sus decisiones en esta materia y que refuercen las actitudes necesarias para vivir una sexualidad sana, positiva, evolutiva y prevenir los problemas que puede ocasionar la falta de formación e información. La convergencia de información y transmisión de valores está en función de facilitar al alumno una visión integrada de su realidad sexual y afectiva, para que la pueda vivenciar de manera sana y satisfactoria.

Es verdad que las personas con síndrome de Down requieren más atención que la mayoría de la población, pero es innegable la posibilidad de enseñarles a cuidarse a sí mismos. Desafortunadamente a pesar de su capacidad a muchos niños y adolescentes no se les proporciona la educación sexual y quizá como consecuencia de ello muchos desconocen el valor y el significado de su sexualidad, negándoles la expresión de la misma. Estas personas son seres capaces de comportarse como cualquier otro sujeto,



---

es decir, ser centros de iniciativa y acción, siempre y cuando su contexto social se los permita y su proceso educativo les capacite para ello (B. Soulier, 1995).

Para la debida educación de la sexualidad en las personas con síndrome de Down, es fundamental tratar a éstas como se trata a las personas de igual edad cronológica a la suya, pero teniendo en cuenta las particularidades de su funcionamiento mental. Otro criterio importante es tomar en cuenta las características evolutivas del individuo, ya que cada edad tiene características que habrá que observar en el ámbito de la sexualidad, ya que como se ha mencionado se nace sexuado, pero el individuo se va haciendo sexualmente maduro. Por esta razón es necesaria una educación sexual para cada etapa evolutiva.

Dentro de los objetivos generales de la educación de la sexualidad para las personas con síndrome de Down están el incrementar sus habilidades sociales y el de la autoprotección ante posibles situaciones de riesgo, el proveerlas de conocimientos sobre sí mismos y su sexualidad y ayudarlos a comprender los cambios que ocurren en su cuerpo, ofreciendo así una mayor calidad de vida al llegar a la vida adulta.

Tradicionalmente se ha considerado que el desarrollo y los intereses relacionados con la sexualidad comienzan en la pubertad; pero la realidad confirma que esta dimensión está presente desde el comienzo de la vida y que las experiencias de la infancia influirán poderosamente en la vida adulta. Sin embargo, es verdad que al llegar a la pubertad el individuo inicia una serie de rápidas e intensas transformaciones, de tal modo que es un momento de profunda reorganización de la personalidad que conlleva a desequilibrios momentáneos pero al mismo tiempo abre el acceso a un nuevo estado de maduración. Como es sabido los cambios se producen, en primer lugar, en el cuerpo dándole a este periodo del ciclo vital sobre todo un carácter orgánico y remite concretamente a la aparición y establecimiento en el ser humano de la función sexual, situación que no excluye a las personas con síndrome de Down y por tanto la orientación y educación de la sexualidad en este periodo es fundamental en los individuos en general.

La fundamentación, del derecho a la educación, radica en que el ser humano no puede alcanzar por sí solo el desarrollo pleno de su personalidad; y ha sido la conciencia ética de la humanidad la que ha puesto de manifiesto el derecho fundamental de todo ser humano a la educación: su configuración como un derecho básico y su extensión progresiva a todos los ciudadanos. Diversas asociaciones, organizaciones e instituciones a nivel nacional e internacional se han ocupado por la proclamación y la garantía de este derecho.

El artículo 26 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos indica que toda persona tiene derecho a la educación y que ésta tendrá por objeto el pleno desarrollo de la personalidad humana y el fortalecimiento del respeto a los derechos humanos y a las libertades fundamentales.

Por otro lado, el artículo 7 de la Declaración de los Derechos del Niño menciona que el niño tiene derecho a recibir educación que será gratuita y obligatoria, por lo menos, en las etapas fundamentales y que se dará una educación que favorezca su cultura general y que permita desarrollar su juicio individual, su sentido de responsabilidad social y moral, para llegar a ser un miembro útil de la sociedad.

La Declaración de Derechos para las Personas con Retraso Mental, proclama en su artículo 2 que la persona con retraso mental tiene derecho a la atención médica y el

---

tratamiento físico que requiera su caso, así como la educación, la capacitación, la rehabilitación y la orientación que les permita desarrollar al máximo su capacidad y sus aptitudes; hay que pensar en la persona con síndrome de down, en términos de proyecto de vida y en una educación de cara a un objetivo de vida adulta, lo más autónoma y plena para las capacidades del sujeto.

Los derechos sexuales para las personas con necesidades especiales referidos por Francisco Delfín Lara en el libro de la CONAPO (1994) son:

- Derecho a la expresión corporal.
- Derecho a la privacidad.
- Derecho a recibir información sobre la sexualidad.
- Derecho a los servicios que requiera para la anticoncepción.
- Derecho a la atención médica y asesoría sobre la sexualidad.
- Derecho a tomar decisiones que afecten su propia vida.

Cabe resaltar que si se afirma el derecho de las personas con síndrome de Down a la sexualidad, se admite implícitamente la exigencia de una educación y de una infraestructura que favorezca el adecuado ejercicio de ese derecho, esto es, rebasar la afirmación teórica para llegar a la transformación de la estructura y de la práctica, recordando que la educación de la sexualidad constituye un derecho y un deber, derecho que les permitirá ir conociendo, asumiendo y desplegando la potencialidad de su sexualidad. Recordando siempre que las personas con síndrome de Down, son seres sexuados; por ello y por su propia incapacidad necesitan información y asesoramiento continuado en un lenguaje ajustado a su capacidad acerca de lo que implica la sexualidad. Negar esta situación entraña un peligro (embarazo, abuso sexual e infecciones de transmisión sexual) y si no se orienta para que desarrollen conductas y actitudes adecuadas, sería como negar la realidad y se cometería una enorme irresponsabilidad.

---

## Capítulo 4

### Propuesta

# **“CURSO DE EDUCACIÓN DE LA SEXUALIDAD PARA PÚBERES CON SÍNDROME DE DOWN”**

#### PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la actualidad la educación sexual en México sigue siendo un tema controversial, debido a la carencia de información y sobre todo a la desinformación, padres de familia e incluso profesores de nivel básico y medio continúan manteniendo el tema de la sexualidad como un tabú y se sigue educando como si ésta no existiera. Las familias y las escuelas no han logrado llegar a una comunión en cuanto a la educación sexual, lo cual representa uno de los más graves impedimentos en el avance de ésta; y la realidad es que diario todos somos bombardeados con mensajes sobre el tema de la sexualidad y el sexo; sin ser conscientes todos damos y recibimos de diversas formas educación. Por lo tanto la educación de la sexualidad existe, el problema es la forma en como se ha venido dando ya que la información recibida proviene de diferentes fuentes y es manejada con distintas intenciones.

Uno de los sectores que sufre más profundamente las consecuencias de una educación sexual inadecuada es la población de personas con alguna discapacidad, las oportunidades para aprender de la sexualidad se encuentran para ellos más limitadas, además a esta población desde el principio le es negada la oportunidad de recibir la información pertinente sobre el desarrollo de su sexualidad, debido a que se considera que son seres que nunca se verán inmiscuidos en una relación sexual, como si la sexualidad se redujera a este acto; olvidando que la sexualidad es un término que abarca muchas facetas de lo que somos, ésta concierne, entre mucho más, a lo que creemos y sentimos sobre ser hombre o mujer, sobre los papeles y expectativas asociadas a creencias y sentimientos; involucra nuestras conductas, interacciones y relaciones con las demás personas e incluye como nos sentimos con nuestro cuerpo y con nosotros mismos.

Se ha olvidado que las personas con capacidades especiales son seres humanos sexuales y sexuados, que viven y conviven en el mismo mundo que los demás y que en la mayoría de los casos su desarrollo es el mismo.

Dentro de los grupos de personas con discapacidad el más presente en la población y por lo mismo de los más estudiados y atendidos, es el de las personas con Síndrome de Down, llamado también trisomía del par 21, que es la condición cromosómica más

---

frecuente, teniendo una incidencia de uno por cada 700 recién nacidos y presentando rasgos físicos característicos y un déficit intelectual variable.

Enfocándonos ahora a este grupo, podemos decir que en la mayoría de las escuelas para personas con Síndrome de Down que se visitaron en la ciudad de México, la educación sexual es deficiente o inexistente en la mayoría de los casos; por tanto las personas en esta condición, carecen de cualquier tipo de orientación sexual, lo cual, violenta sus derechos humanos, reduce el avance educativo en nuestro país y agrava la cantidad de abuso sexual.

En cuanto a la sexualidad de esta población, los observadores han notado que son más las semejanzas que las diferencias entre las necesidades sociales y sexuales de estos jóvenes y las de sus compañeros, sin embargo, según Pueschel (2002) el desarrollo social y sexual es a menudo más problemático, porque nuestra sociedad lanza sobre ellos mensajes conflictivos y exigencias ambiguas.

### OBJETIVO

Proporcionar a púberes con Síndrome de Down a través del curso "Sexualidad y Síndrome de Down" los conocimientos básicos sobre sexualidad humana, colaborando así con el progreso de la educación de la sexualidad a nivel formal en el ámbito de la educación especial.

### POBLACIÓN

Quince personas con Síndrome de Down de ambos sexos, con edades comprendidas entre los 11 y 15 años, inscritos en una institución de educación especial.

Los padres de los participantes colaborarán en el curso mediante su participación en dos sesiones organizadas para ellos impartidas al inicio y al final del programa.

La selección de los sujetos se efectuará por medio de una convocatoria para el curso "Sexualidad y Síndrome de Down" , de esta manera la muestra será elegida al azar.

### ESCENARIO

Institución educativa especializada para personas con Síndrome de Down.

## PROCEDIMIENTO

Curso –informativo- de sexualidad humana para personas púberes de ambos sexos con Síndrome de Down, denominado “La sexualidad y el Síndrome de Down”. El curso tendrá una duración de 19 horas y deberá ser impartido en sesiones de tres horas una vez a la semana dentro de un instituto de educación especial.

Los temas que se abordarán en el curso se han seleccionado con la intención de cubrir las tres principales necesidades que se detectaron en las escuelas y estos son:

- I. Conocimiento del cuerpo humano
- II. Higiene y Aseo personal
- III. Prevención de abuso sexual.

La primera sesión será dirigida a los padres de familia y tendrá como objetivo informarles el programa del curso así como darles a conocer los beneficios que este otorgará a sus hijos, esta tendrá una duración de dos horas.

En las tres siguientes sesiones se trabajará con los alumnos y cada una de ellas tendrá una duración de dos horas y media, así mismo cada una de ellas será cerrada con una actividad, con la finalidad de reafirmar el tema tratado. La última sesión con los alumnos esta designada para el repaso de los temas vistos y el cierre, ésta tendrá la misma duración que las anteriores.

La sesión final del curso es para los padres de familia, en ella se compartirán opiniones y experiencias surgidas a través del curso y se les invitará a continuar con la enseñanza de la sexualidad en sus hijos, esta tendrá también una duración de dos horas.

El o la instructora abrirá un espacio de dos horas a la semana adecuada a sus posibilidades y a la demanda de los padres de familia para las consultorias individuales, estas han sido propuestas con la finalidad de contar con espacios para la resolución de dudas, propuestas e inquietudes suscitadas durante el curso.

## CARTA DESCRIPTIVA DEL CURSO

*“Sexualidad y Síndrome de Down”*

Duración: 19 horas.

Objetivos generales:

Brindar a personas púberes con Síndrome de Down, la información básica requerida sobre sexualidad de acuerdo a sus necesidades educativas y al nivel de desarrollo en el que se encuentran, abordando tópicos esenciales para ellos, como el conocimiento del cuerpo, la higiene, el aseo personal y la prevención del abuso sexual.

También se busca promover la importancia de la educación de la sexualidad entre los padres de familia y los profesores, quienes son principalmente los encargados en mayor parte de la educación de estos jóvenes. Así mismo este curso pretende ser el punto de partida para talleres y cursos posteriores.

TEMA	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	TIEMPO	MATERIALES	DIRIGIDO A:
SESIÓN 1				
Sexualidad.	Dar a conocer el significado de la palabra sexualidad.	10 min.	Acetatos	Padres de familia.
Educación de la Sexualidad.	Explicar en consiste la educación sexual, cual es la situación actual y cuales son los avances que se esperan.	10 min.	Acetatos	Padres de familia.
La sexualidad y el Síndrome de Down.	Reconocer que las personas con Síndrome de Down son seres sexuales y sexuados. Mencionar las necesidades particulares de esta población para su educación sexual.	20 min	Acetatos	Padres de familia.

Importancia de los padres de familia en la educación sexual.	Señalar la importancia de la participación de los padres de familia en la educación sexual de sus hijos y comentar la necesidad de un trabajo conjunto entre los profesores y los padres de familia en la educación sexual.	15 min.	Acetatos	Padres de familia.
Importancia y beneficios del curso.	Resaltar los beneficios que brinda el curso y el papel que juega en el proceso educativo de la sexualidad en los jóvenes.	10 min.	Acetatos	Padres de familia.
<b>SESIÓN 2</b>				
Partes del cuerpo	Que los alumnos nombren adecuadamente sus genitales	30 min.	2 esquemas del cuerpo humano, uno de hombre y uno de mujer.	Alumnos.
Diferencias de género	Que los jóvenes conozcan y reconozcan las diferencias Físicas, fisiológicas y los roles entre el hombre y la mujer.	30 min.	2 esquemas del cuerpo humano, uno de hombre y uno de mujer.	Alumnos.
Partes privadas	Que reconozcan las partes privadas del cuerpo humano.	30 min.	2 esquemas del cuerpo humano, uno de hombre y uno de mujer.	Alumnos.
<b>SESIÓN 3</b>				
Niñez.	Conocer las características de esta etapa del ciclo vital.	30 min.	Recortes	Alumnos.
Pubertad.	Conocer las características de esta etapa del ciclo vital.	30 min.	Esquemas y recortes del hombre y la mujer.	Alumnos.

Cambios físicos en el hombre y la mujer.  Menstruación. Eyaculación.	Darles a conocer los cambios físicos y fisiológicos en el hombre y la mujer.	40 min.	Esquemas y recortes de hombres y mujeres	Alumnos.
SESIÓN 4				
Higiene corporal.	Mencionar en que consiste la higiene corporal y que los alumnos sepan la importancia de esta.	40 min.	Acetatos.	Alumnos.
Higiene bucal	Mostrar la forma adecuada del aseo bucal.	20 min.	Cepillo de dientes y esquema de la boca.	Alumnos.
Imagen personal.	Mencionar la relevancia del adecuado autocuidado para la imagen personal.	20 min.	Peine y espejo.	Alumnos.
Hábitos de higiene	Explicar el significado de la palabra hábito y que los jóvenes conozcan los principales hábitos de higiene.	20 min.	Imágenes	Alumnos.
SESIÓN 5				
Contacto físico.	Que los alumnos entiendan el contacto físico como una manifestación afectiva.	20 min.	Títeres	Alumnos.
Límites y fronteras del contacto físico	Remarcar que el contacto físico tiene límites. Explicar en que consisten estos y como se delimitan.	40 min.	Títeres.	Alumnos.
Conductas adecuadas e inadecuadas.	Que los alumnos logren diferenciar una conducta adecuada de una	30 min.	Ninguno.	Alumnos.



	inadecuada.			
SESIÓN 6				
Conocimiento del cuerpo humano. (repaso)	Dar un breve repaso de las partes del cuerpo humano y la importancia de saber mencionarlas.	50 min.	Esquemas del cuerpo humano masculino y femenino.	Alumnos
Higiene y aseo personal. (repaso)	Dar un breve repaso sobre el tema de los hábitos de higiene y aseo personal.	50 min.	Peine y espejo	Alumnos
Contacto físico y prevención del abuso sexual. (repaso)	Dar un breve repaso del tema.	50 min.	Títeres.	Alumnos
Cierre con alumnos		30 min	Ninguno.	Alumnos
SESIÓN 7				
Cierre con padres de familia			Hojas y lápices.	Padres de familia

---

## PROGRAMA

### D í a 1

Sesión para padres de familia.

Duración: 2 horas.

Objetivo: Informar sobre el programa del curso y la importancia de éste.

#### 1. *Presentación del instructor*

Es fundamental establecer una relación cordial entre los padres de familia y el o la instructor con el objetivo de crear un ambiente de confianza entre ellos, propiciando así el diálogo abierto en las consultorias semanales a lo largo del curso.

#### 2. *Introducción al tema*

Se expondrán brevemente los siguientes temas.

##### 2.1 ¿Qué es la sexualidad?

- Definición de sexualidad humana.

La sexualidad humana es un fenómeno pluridimensional que comprende aspectos biológicos, psicológicos, sociales, conductuales, clínicos, morales y culturales. (Masters W., Johnson V. y Kolodny C., 1995)

Ésta se construye a partir de lo que un grupo social en particular entiende y lo que a cada individuo en particular le significa; se construye en la mente del individuo a partir de las experiencias que su naturaleza biológica y la interacción con el grupo le hacen vivir. Es decir, la sexualidad es básicamente la manera de comportarse de los individuos de acuerdo a su género y lo que está determinado por la cultura, principalmente por la familia y la escuela

- Diferencia entre sexo y sexualidad.

Comúnmente los términos *sexualidad* y *sexo* son confundidos debido primordialmente al desconocimiento de su significado. Como se dijo anteriormente la sexualidad es la manera de comportarse de los individuos de acuerdo a su género y lo que está determinado por su entorno y el sexo se refiere a aspectos biológicos principalmente a la anatomía y la fisiología de los órganos sexuales.

- Teoría de los cuatro holones.

Eusebio Rubio describe la sexualidad (CONAPO,1994) como una abstracción y afirma que ésta es el resultado de la integración de cuatro potencialidades humanas que dan

origen a los cuatro holones sexuales a saber: la reproductividad, el género, el erotismo, y la vinculación afectiva interpersonal.

Esta teoría explica claramente la sexualidad humana, ya que el "Modelo de los cuatro holones sexuales" tiene como idea central que todos los sistemas están constituidos por elementos en interacción y éstos a su vez son sistemas. El holón es la parte constituyente del sistema y tiene un alto grado de complejidad e integración; cada uno de los holones tiene manifestaciones en todos los niveles de estudio y disciplinas, estos interactúan unos con otros y cada uno puede ser abordado desde cualquier nivel de estudio. Este modelo evita la reducción de la sexualidad a un solo aspecto ya sea biológico, psicológico o social y explica la sexualidad a partir del significado de la construcción e integración de las experiencias en cada una de las áreas de desarrollo de manera individual o social.

Los holones que integran la sexualidad según este modelo son:

e) El holon de la reproductividad humana

Este se refiere a la posibilidad humana de producir individuos y a las construcciones mentales que se producen acerca de esta posibilidad, lo que implica el aspecto biológico, anatómico y fisiológico de los aparatos reproductores, la concepción, el embarazo y parto; a nivel psicológico con la maternidad, paternidad y la anticoncepción; y en el ámbito social éste se asocia con aspectos que determinan fenómenos demográficos en la vida de un país y a las problemáticas que surgen, como el aborto, embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual.

f) El holon del género

Se define como la serie de construcciones mentales respecto a la pertenencia o no del individuo a las categorías dimórficas de los seres humanos: masculino y femenino. Biológicamente el género es la determinación del sexo, la diferenciación sexual, las manifestaciones anatómicas y fisiológicas. A nivel psicológico, se relaciona con la identidad sexual; esto es: sentir, pensar, vivir y reconocerse como hombre o mujer. En el plano sociológico, se abordan los roles según el sexo, la cultura, y las normas que rigen la sociedad.

g) El holon del erotismo

El erotismo biológicamente tiene una fisiología, que resulta de tres procesos: el deseo, la excitación y el orgasmo, desde el punto de vista psicológico el individuo construye una identidad erótica, y socialmente es el grupo en el que vive que dicta las normas de conducta erótica por lo cual ésta varía en cada cultura.

h) El holon de la vinculación afectiva interpersonal

El desarrollo de afectos entre los individuos, es una capacidad humana, que es conocida como resonancia afectiva y ésta se mantiene o se evita según los afectos que provoca el otro ser humano. Cuando se habla desde lo biológico se estudian las bases fisiológicas, por ejemplo del enamoramiento o del vínculo materno infantil. Psicológicamente se trata el amor como experiencia subjetiva y los procesos de vinculación. Sociológicamente se estudia la formación de uniones como fenómenos demográficos, esto es, matrimonio o unión libre entre otros.

## 2.2 ¿Qué es la educación sexual?

- Definición

La educación es un proceso que ayuda y esta presente en el individuo a lo largo de todo su desarrollo, propiciando en él el descubrimiento de sus potencialidades y el conocimiento de su entorno.

Esther Corona (1994), define la educación de la sexualidad como: El proceso vital mediante el cual se adquieren y transforman, formal e informalmente, conocimientos, actitudes y valores respecto a la sexualidad en todas sus manifestaciones, que incluyen desde los aspectos biológicos y aquellos relativos a la reproducción, hasta todos los asociados al erotismo, la identidad y las representaciones sociales de los mismos.

- Tipos de educación

La educación vista como un proceso a través del cual las generaciones adultas transmiten sus experiencias y cultura a las generaciones en formación, se clasifica de la siguiente manera:

*Educación formal:* es la que se imparte dentro de un sistema planeado y controlado, ésta es la que se recibe básicamente en la escuela.

*Educación informal:* este es el proceso de enseñanza mediante el cual se transmiten los valores de la sociedad y está fundamentalmente a cargo de la familia.

*Educación no formal:* es la que se encuentra relacionada con los medios de comunicación social; considerándosele un sistema alternativo de distribución de mensajes. (Olguín, 1987; en Delgado, 2004).

- Compromiso con la educación de la sexualidad.

Familia y escuela son los dos ámbitos naturales para educar la sexualidad del ser humano en crecimiento, cada uno con una función concreta, propia y específica, pero siempre complementarias. Debemos comprender que existe una responsabilidad educativa compartida, a la que hay que responder lo más adecuadamente posible desde cada instancia.

## 2.3 La educación de la sexualidad y el Síndrome de Down

- La educación de la sexualidad para los púberes con Síndrome de Down.

Es verdad que las personas con síndrome de Down requieren más atención que la mayoría de la población, pero es innegable la posibilidad de enseñarles a cuidarse a sí mismos. Desafortunadamente a pesar de su capacidad a muchos niños y adolescentes no se les proporciona la educación sexual y quizá como consecuencia de ello muchos desconocen el valor y el significado de su sexualidad, negándoles la expresión de la misma.

Otra clara realidad también, es que para las personas con capacidades especiales, como es el síndrome de Down, las oportunidades para aprender sobre la sexualidad se encuentran limitadas. Debido por ejemplo, a que el nivel de lectura de materiales está fuera de su alcance, limitando así el acceso a material impreso y recursos de calidad, además disponen de menos oportunidades para observar, desarrollar y practicar; todos estos factores subrayan una mayor necesidad aún de educación de la sexualidad a púberes con discapacidad que a los demás púberes.

Es muy importante mencionar que el desarrollo sexual de las personas con Síndrome de Down sigue el mismo camino que los demás jóvenes sólo que para ellos los desafíos que supone la pubertad son más intensos, ya que se enfrentan a una situación más compleja debido a su condición de vida. Para el púber Down las tareas de su etapa son similares a las de cualquier otro muchacho: asumen su género, buscan su identidad, tratan de ser independientes, desean ser como los demás jóvenes e incorporan lo que ven en casa, en la calle, en la escuela, y en los medios de difusión.

Dentro de los objetivos generales de la educación de la sexualidad para las personas con síndrome de Down están el incrementar sus habilidades sociales y el de la autoprotección ante posibles situaciones de riesgo, el proveerlas de conocimientos sobre sí mismos y su sexualidad y a ayudarlos a comprender los cambios que ocurren en su cuerpo, ofreciendo así una mayor calidad de vida al llegar a la vida adulta.

- La importancia de la familia en la educación sexual.

La educación sexual de las personas con síndrome de Down se presenta como una tarea todavía apenas esbozada y con grandes obstáculos que hace más apasionante la labor y la convierte en un reto y es a los padres a quienes compete en primer lugar esta responsabilidad por ser ellos los primeros en reconocer, respetar y promover este derecho básico de sus hijos. Además la educación de la sexualidad como se mencionó implica dos aspectos básicos: *la formación y la información*. El primero se adquiere en el hogar de manera informal, e incluye las actitudes, normas y valores, de ahí la importancia de la familia en esta labor educativa. En tanto el segundo consiste en el conocimiento acerca de la sexualidad humana que se proporciona de manera formal y planificada a través de las instituciones educativas.

### *3. Programa del curso*

- 3.1 Fechas de las actividades.
- 3.2 Horarios del curso, de pláticas para padres y de consultorias.
- 3.3 Temas que a tratar durante el curso.
- 3.4 Evaluación del curso.

### *4. Importancia y beneficios del curso.*

Se hará mención de lo relevante que es la información para la formación de la sexualidad, así mismo se le recordará la importancia de la participación de los padres en la educación de la sexualidad y de la asistencia de ellos a las consultorias y de sus hijos a todas las sesiones.

---

5. *Resolución de dudas y propuestas.*

Al final, el o la instructor (a) darán 30 minutos para responder a las dudas de los padres de familia.

6. Entrega de folleto informativo.

La información tratada durante la sesión deberá ser entregada a los padres de familia de manera escrita a través de un folleto, permitiéndoles así revisar las veces que se requiera, los datos y temas de importancia del curso.

## Día 2

Primera sesión con alumnos.

Duración: 3 horas.

Objetivo: Que los alumnos reconozcan y nombren correctamente las partes genitales del cuerpo humano en el hombre y la mujer.

Material: lápiz, hojas, esquemas del cuerpo humano del hombre y la mujer.

### Programa

1. Presentación del instructor.

El o la instructor(a) se presentará e indicará a los alumnos que el estará con ellos por unas semanas para platicar sobre un tema que es muy importante e interesante: la sexualidad humana.

2. Presentación de cada uno de los alumnos.

Todos los niños tendrán su nombre escrito en un papel y lo colocarán en su camiseta, ellos dirán su nombre y su actividad preferida. El primero en hacerlo será el o la instructor (a).

3. Actividad de distensión.

Canasta de frutas.

### Tema

### MI CUERPO

Puntos a tratar:

I. Partes del cuerpo humano.

Se les entregarán a cada uno de ellos dos esquemas del cuerpo humano uno de hombre y otro de mujer, en el estarán indicadas quince partes del cuerpo donde se incluyen los órganos genitales. (esquema anexo)

1. cabeza
2. cara o rostro
3. ojos
4. nariz
5. boca
6. oídos
7. espalda
8. pecho y senos
9. vientre y ombligo
10. vagina
11. pene y testículos
12. nalgas
13. piernas
14. rodillas, codos y dedos
15. pies

En el pizarrón estarán colocados los mismos esquemas, se hablará de las partes mencionadas y se les pedirá que vayan localizando en el esquema las partes vistas, se dará énfasis especial en los genitales.

Ejemplo:

(Discurso aconsejado)

*Esta es la cara o rostro, (señalando la cara en el esquema y pidiendo que la localicen en su esquema), y en ella hay otras partes importantes como los ojos, la boca, la nariz, los cuáles son órganos de los sentidos...*

De esta manera con las otras partes del cuerpo.

## II. Diferenciación de género y partes genitales.

Al momento de hablar de los órganos genitales durante la explicación con el esquema, se pedirá que marquen de un color los senos y vagina y de otro color el pene y los testículos, comentándoles que como se han dado cuenta el cuerpo en su exterior, es similar entre el hombre y la mujer y que son los genitales los que marcan principalmente la diferencia entre el hombre y la mujer, así como el funcionamiento de éstos. Al mismo tiempo se les explicará que éstas son partes de su cuerpo que deben proteger y cuidar.

Actividad:

El o la alumna deberá indicar las partes del cuerpo que se le demanden, haciendo énfasis en las partes genitales, esta actividad se efectuará individualmente, los alumnos irán siendo llamados por el instructor.

---

Antes de iniciar la actividad individual se darán indicaciones para que todos comiencen a dibujar un hombre y una mujer, con la intención de complementar la misma y de mantenerlos ocupados durante el trabajo individual de sus compañeros.

### D í a 3

Segunda sesión con alumnos.

Duración: 3 horas.

Objetivos: Conocer las etapas de desarrollo humano e identificar en la que ellos se encuentran reconociendo específicamente cambios corporales.

Material: Esquemas del cuerpo humano de ambos sexos y esquemas del aparato reproductor masculino y aparato reproductor femenino, recortes de hombres y mujeres en distintas etapas de desarrollo, colores por cada participante, diurex, lapices y hojas blancas.

#### Programa

##### 1. Plática de integración.

Esta ha sido considerada para crear un ambiente de confianza y de bienestar antes de iniciar con la sesión. En ella, el instructor hará preguntas a los alumnos como por ejemplo: cómo se sienten, como ha ido la semana o la escuela.

#### Tema

#### CICLO VITAL Y PUBERTAD

##### I. Ciclo de vida.

Se dará una breve explicación sobre el ciclo de vida, de la gestación a la vejez, mencionando las etapas del desarrollo, dando énfasis en la pubertad, la cual será el tema central de esta sesión por pertenecer los alumnos a este periodo.

##### II. Pubertad

La pubertad es la etapa de la vida en el que se produce la transición de la infancia a la edad adulta, en ésta surgen cambios que afectan todos los órganos y estructuras corporales, debido a la aparición de los caracteres sexuales secundarios que marcan el inicio de este periodo el cual se extiende hasta que finaliza la maduración del sistema reproductor. Es por tanto, una etapa de grandes cambios físicos y psicológicos donde en realidad se adquiere el aspecto de adulto y se marca el inicio de la adolescencia.

El lapso de edad que esta etapa abarca va de los 10 a los 15 años, pero existen variaciones en las distintas regiones del mundo, dependiendo de la raza y del nivel socioeconómico alcanzado por el país donde vive el niño y su familia. Así mismo, es importante mencionar que el comienzo de la pubertad está marcado por la carga



genética, y que los factores socioeconómicos, nutricionales y psicológicos desempeñan un papel determinante. En nuestro país se considera normal el inicio de la pubertad entre los nueve y los 14 años en las niñas y entre los diez y los 15 en los varones.

### II.1 Cambios físicos en el hombre y en la mujer

La pubertad se pone en marcha por la activación y aumento de la producción de las llamadas hormonas sexuales que estimulan el funcionamiento de los ovarios o de los testículos, según cada sexo. Como consecuencia del estímulo, ovarios y testículos aumentan de tamaño y fabrican cantidades cada vez más elevadas de las hormonas responsables del desarrollo de los caracteres sexuales secundarios: estrógenos en el caso de las mujeres y testosterona en el de los varones. Los primeros meses de la pubertad pasan desapercibidos. Los cambios en el organismo son escasos hasta que la producción de estrógenos o de testosterona alcanza un nivel relevante.

En las niñas, el primer signo de que la pubertad se pone en marcha suele ser el desarrollo mamario, los senos van aumentando de tamaño, al tiempo que se producen cambios en el pezón y en la areola, el crecimiento de las mamas suele ser un tanto doloroso. La aparición de la primera menstruación sucede de forma más tardía a partir del inicio del desarrollo mamario.

En los niños, el primer signo que indica el inicio de la pubertad es el aumento del tamaño testicular, lo que es difícil de apreciar y valorar por los padres quienes notarán más fácilmente la aparición de vello en el pubis y en la axila. Con el aumento de tamaño de los testículos aumenta también el tamaño del pene. Las bolsas escrotales que contienen los testículos, cambian de aspecto, la piel se hace más rugosa y adquiere color más oscuro. Y a diferencia de los varones, en los que es sencillo apreciar las modificaciones genitales (pene, bolsas escrotales y testículos), en las mujeres el crecimiento de los ovarios o del útero sólo se puede comprobar utilizando la ecografía. Más fáciles de apreciar son los cambios en la vulva. Los labios mayores aumentan de tamaño formando en su superficie ligeros pliegues. Los labios menores y el clítoris también aumentan de tamaño.

El vello púbico aumenta, al principio se distribuye en forma de triángulo (con base superior), y hacia el final de la pubertad toma forma de rombo con vértice superior que sube hasta el ombligo. El vello axilar, en los varones suele aparecer dos años después que el vello púbico, y el facial más tarde, primero sobre las comisuras del labio superior, luego por las mejillas y finalmente el mentón. En la mujer, el vello va aumentando de cantidad adoptando la forma triangular, de base superior, característica del sexo femenino. El vello axilar tiene características similares al de los varones, pero no aparece vello facial.

En ambos sexos, se produce un importante incremento de la talla ya que durante la pubertad tiene lugar el llamado "estirón" de crecimiento. Este "estirón" tiene lugar en fases más precoces del desarrollo y es menos intenso en las niñas. Sin embargo, al contrario de lo que ocurre en las mujeres, el "estirón" aparece de forma tardía, cuando otros caracteres sexuales son ya evidentes. El "estirón" afecta primero a las extremidades, y después al tronco, de forma que durante un tiempo los chicos jóvenes tienen aspecto desproporcionado, hasta que consiguen las proporciones definitivas.

Durante la pubertad es normal también un aumento del peso, que en los varones se debe sobre todo a aumento de la masa muscular, con el consiguiente aumento en la

fuerza física. Así mismo se producen cambios en la voz. Durante algún tiempo es bitonal (aguda/grave) y al final de la pubertad se fija el tono definitivo, generalmente mas grave. En cuanto al aumento de peso, en las mujeres se debe en mayor proporción al aumento de grasa, por lo que no consiguen la fuerza muscular característica de los hombres. La voz no cambia de tono o incluso puede tener un tono aún más agudo

El cambio quizá más notorio en ambos sexos se refiere al crecimiento, pero a diferencia de los hombres, en las mujeres el "estirón" de crecimiento es un fenómeno precoz dentro de los cambios de la pubertad, de forma que aparece al mismo tiempo que se inician los cambios en las mamas. La velocidad de crecimiento es ligeramente más bajo que en los varones y suele coincidir con la primera menstruación. A partir de aquí la velocidad de crecimiento disminuye, pero todavía continuarán creciendo durante uno o dos años más. Igual que en los varones, en las mujeres el crecimiento ocurre primero en las extremidades, y después en el tronco.

Ante todos estos cambios, a nivel psicológico surgen ciertos conflictos, que se manifiestan de diversas formas, debido según el enfoque psicoanalítico al "duelo por el cuerpo perdido", que es específicamente la infancia perdida. Los jóvenes en esta etapa atraviesan por un periodo de confusión y de difícil adaptación, suelen presentar episodios de llanto, ir de la tristeza a la euforia y tener comportamientos y actitudes variables, por lo cual es indispensable la orientación y el apoyo de los padres así como una orientación profesional si es requerido, ya que en este periodo es importante poner especial atención en los hábitos alimenticios, amistades, uso del tiempo libre y hablar abiertamente sobre las drogas y la sexualidad, recordando que es ésta la etapa donde comienza la búsqueda de identidad personal.

## II. II Aparato reproductor femenino y masculino

⇒ Se mencionarán las partes de los aparatos reproductores masculino y femenino, y se explicará su funcionamiento.

## III. III Menstruación.

⇒ La menstruación es el sangrado que tienen las mujeres mensualmente a través de su vagina debido a que el óvulo que fue liberado no fue fecundado y por tanto es desechado . El sangrado dura entre 3 y 4 días, variando en cada mujer.

## II .IV Eyaculación.

⇒ La eyaculación es la expulsión del semen a través del pene y es el seme que contiene millones de espermatozoides.

Actividad : Cada uno de los alumnos contará con recortes de hombres y mujeres en distintas etapas de desarrollo. El o la instructora dará la indicación de acomodarlos y pegarlos sobre la hoja en blanco en orden cronológico, encerrando al final con el crayón rojo el recorte que esta en la etapa en la que él se encuentra. Así mismo se les dará un esquema del aparato reproductor femenino y masculino donde deberán marcar con un color el órgano demandado por el o la instructor (a).

Por ejemplo:

(Discurso aconsejado)

*Hace un rato hablamos del aparato reproductor femenino y del aparato reproductor masculino, vimos los esquemas y se explicó la función de éstos. Ahora ustedes tienen unos esquemas y colores. Vamos a encontrar en los dibujos los siguientes órganos:*

*De color naranja, marquen los testículos.*

*(una vez que todos lo tengan marcado)*

*De color morado marquen las trompas de falopio...*

*De esta manera con los demás órganos del aparato reproductor masculino y aparato reproductor femenino.*

## D í a 4

Tercera sesión con alumnos.

Duración: 3 horas

Objetivo: Conocer los principales hábitos de higiene y aseo personal.

Material: Botella vacía de shampoo, esponja y un objeto que simule el jabón. Dibujo o esquema de la boca, cepillo dental, cotonetes.

1. Plática de integración.

### Tema

#### HIGIENE Y ASEO PERSONAL

- I. Higiene corporal.

I.II Baño.

I.II Higiene bucal.

- II. Imagen personal.

II.I Aseo diario.

Actividad: Los alumnos nombrarán los tres principales hábitos de higiene que se practican diariamente, los cuales son el baño, limpieza dental y aseo personal, también se les preguntará la manera correcta de efectuarlos, esta última evaluación se hará a través de 5 reactivos de correcto o incorrecto. La evaluación también será aplicada de manera individual.

---

## D í a 5

Cuarta sesión con alumnos.

Duración: 3 horas

Objetivo: Conocer los límites del contacto físico.

Material: ninguno

### Programa

#### 1. Plática de integración

Tema

#### PREVENCIÓN DE ABUSO SEXUAL

- I. Contacto físico.
  - I.II Límites y fronteras del contacto físico.
- II. Conductas adecuadas e inadecuadas.
  - II.I Intimidad.
- III. Autoprotección y cuidado.

Actividad de evaluación: Se les leerán diversas supuestas situaciones de riesgo en las cuales el personaje principal actúa de determinada manera, los alumnos solo responderán si la conducta fue buena o mala. La evaluación es individual y serán 10 reactivos.

## D í a 6

Quinta sesión con alumnos

Duración: 2 horas

Objetivo: Revisar de manera somera los temas abordados durante el curso. Material: Esquemas del cuerpo humano femenino y masculino.

### Programa

#### 1. Plática de integración

Esta sesión será llevada a cabo mediante una dinámica de preguntas, como sondeo, antes del repaso de cada tema, con la finalidad de reconocer los conocimientos que crearon mayor atención en los participantes del curso y aquellos que no lograron retenerse.

Por ejemplo:

---

Instructor: ¿ustedes recuerdan que platicamos hace unos días de nuestro cuerpo?

En el pizarrón habrá un esquema del cuerpo humano

Instructor: Juan, puedes decirme cuál es el nombre de este órgano? (indicando, vagina o pene)

Yolanda ¿me puedes decir dónde se localizan los testículos?

Temas

- I. Conocimiento del cuerpo humano.
- II. Higiene y aseo personal.
- III. Prevención del abuso sexual.

Cierre del curso

Actividad de distensión: Pasitos.

## Día 7

Segunda sesión con padres de familia

Duración: 2 horas.

Objetivo: Conocer la opinión de los padres de familia sobre el curso e invitarlos a continuar con una la educación sexual adecuada.

Material: Hojas y lápices.

## EVALUACIÓN

Debido al tipo de evaluación que será empleada para este curso es necesaria la aplicación de un pre y un post-test (anexo) con el objetivo de comparar el conocimiento que los jóvenes tienen antes y después del curso, validando así la beneficios logrados.

La aplicación de estas evaluaciones será individual y efectuada por el o la instructora una semana antes de dar inicio al curso y una semana después de terminado el curso, respectivamente.

Los alumnos irán siendo llamados por el o la instructora en horario de clases, para lo cual es indispensable pedir la autorización del o la directora y de los profesores. El tiempo calculado para cada evaluación es de 20 minutos, considerando 5 minutos de rapport.

Asimismo será aplicado un cuestionario que permitirá evaluar el curso, el cual será contestado por padres de familia, alumnos y el aplicador del curso.

### INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN

Bitácora, cuestionario diagnóstico de conocimiento pre-post test compuesto de 25 reactivos, cuestionario de evaluación del curso y dos esquemas del cuerpo humano uno de hombre y uno de mujer.  
(Ver anexo)

### ANÁLISIS ESTADÍSTICOS DE DATOS

El tipo de análisis que se utilizará será cuantitativo, efectuado mediante la interpretación y el análisis estadístico de resultados de los pre- post test aplicados, esperando encontrar una variación considerable en la evaluaciones obtenidas.

Este análisis será complementado por el análisis cualitativo de cada una de las sesiones recopiladas en las bitácoras.

---

## CONCLUSIONES

La educación de la sexualidad es hasta ahora un tema de discusión en el sentido moral, ético, religioso, social y psicológico, sin embargo, en la actualidad se cuestiona cada vez menos acerca de la necesidad de impartir ésta, aunque lamentablemente la información que se da en ocasiones es muy limitada y la mayor parte de las veces errada, y para las personas con capacidades especiales, específicamente para personas con Síndrome de Down, la situación es aún más difícil ya que este tipo de educación les ha sido negada y en ocasiones prohibida.

La sexualidad es parte fundamental del ser humano, independientemente de su posición socioeconómica, cultural y de sus niveles de capacidades humanas; el presente trabajo tuvo como objetivo crear la propuesta de un curso-informativo de sexualidad humana para púberes con Síndrome de Down, para lo cual se realizó una investigación documental que se estructuró en tres capítulos en los que se abordan los temas: Deficiencia mental, Síndrome de Down, Educación sexual, Pubertad, Sexualidad y la relación de éstos con dicho síndrome.

De esta revisión se puede afirmar que es fundamental promover y fomentar la educación de la sexualidad a nivel formal e informal para personas con Síndrome de Down, ya que hasta estos días, a pesar de que se ha logrado mayor apertura con respecto a este tema, la educación en este sector sigue siendo deficiente y, cabe resaltar que, es la educación formal de la sexualidad la que sensibiliza y proporciona el conocimiento y la reflexión sobre las creencias, propiciando cambios de actitud y del comportamiento cuando la educación informal ha sido inadecuada, aunque desde luego lo ideal sería que la educación formal e informal se trabajaran de manera conjunta desde la infancia, pero si no ha sido así, la pubertad ofrece una excelente oportunidad para desarrollar la educación en esta área.

La educación de la sexualidad enlaza dos aspectos fundamentales: la formación y la información. El primero se adquiere en el hogar de manera informal e influye en las actitudes, las normas, los afectos y los valores acerca de los géneros. El segundo consiste en el conocimiento acerca de la sexualidad humana que se proporciona de manera formal y planificada, a través de los especialistas y las instituciones educativas.

La propuesta del curso sobre sexualidad humana para púberes con Síndrome de Down, que se presenta en esta tesis, ofrece una oportunidad para las instituciones de educación especial, en particular, para personas con Síndrome de Down que aún no cuentan con programas educativos específicos en este ámbito. A través de dicho curso se proporcionará la información básica requerida sobre la sexualidad, logrando así contribuir con la formación educativa, el progreso de la educación formal de la sexualidad y la prevención del abuso sexual en este sector de la población en nuestro país.

Los temas que se abordarían dentro del curso, fueron seleccionados mediante una detección de necesidades, sobresaliendo, principalmente, la falta de conocimiento del cuerpo humano, la carencia de hábitos de higiene y aseo personal, y el alto índice de abuso sexual.

---

Para que esta propuesta educativa proporcione mejores resultados, sería conveniente sensibilizar a directivos, maestros y profesionales de la educación sobre la relevancia que tiene la educación formal de la sexualidad, ya que ellos mismos reconocen la importancia del tema, pero no se involucran en la implementación de programas, cursos, talleres y, en general, una educación sistemática sobre el mismo, ni tampoco promueven el interés entre los padres de familia.

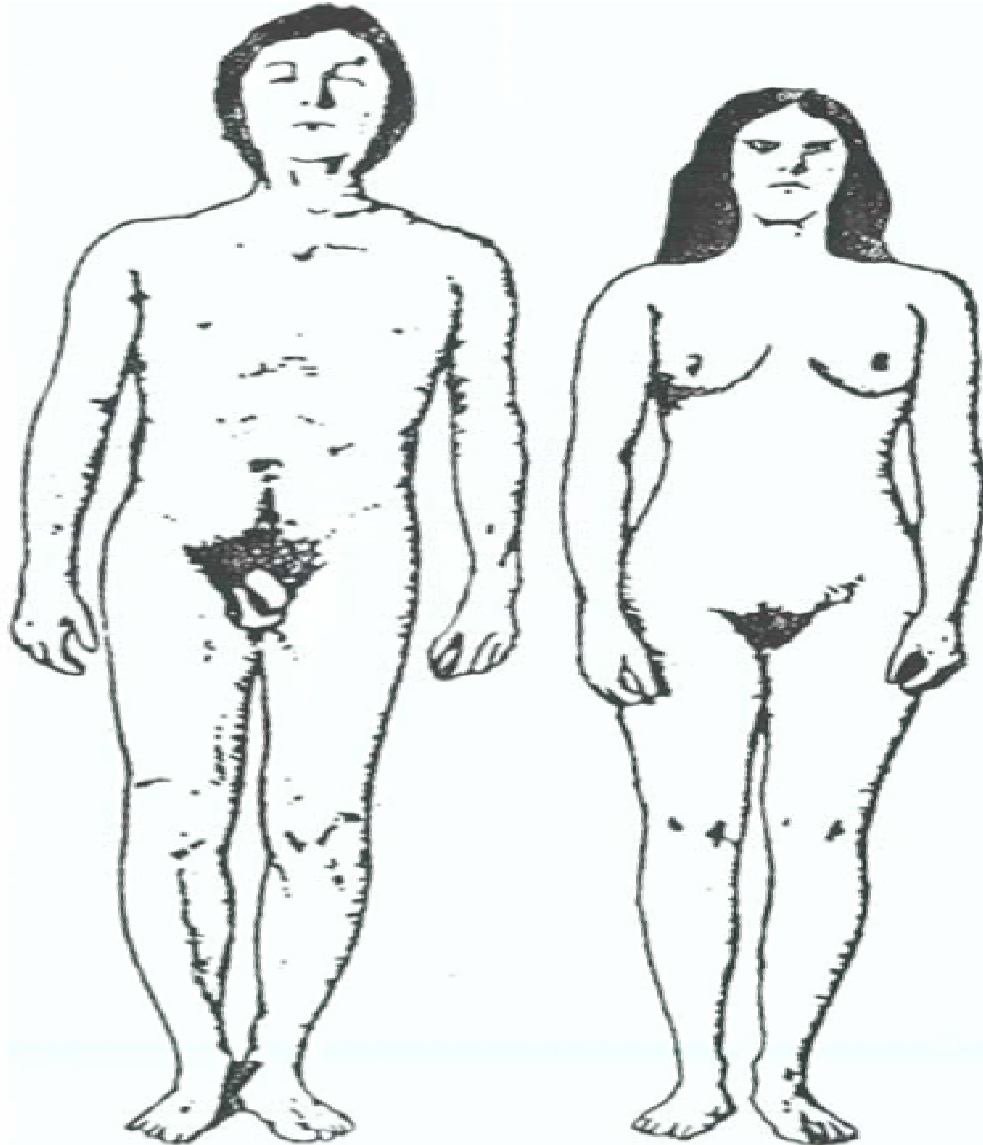
La persona con Síndrome de Down necesita experiencias concretas de aprendizaje pero su educación, como la de los demás, debe darse de forma gradual y progresiva, totalmente ajustada a su desarrollo psicosexual, proporcionándole aquello que él necesita y respondiendo a sus necesidades particulares, ya que la sexualidad es, en sí misma, un proceso de aprendizaje que evoluciona a lo largo de la vida y forma parte activa e inseparable del ser humano.

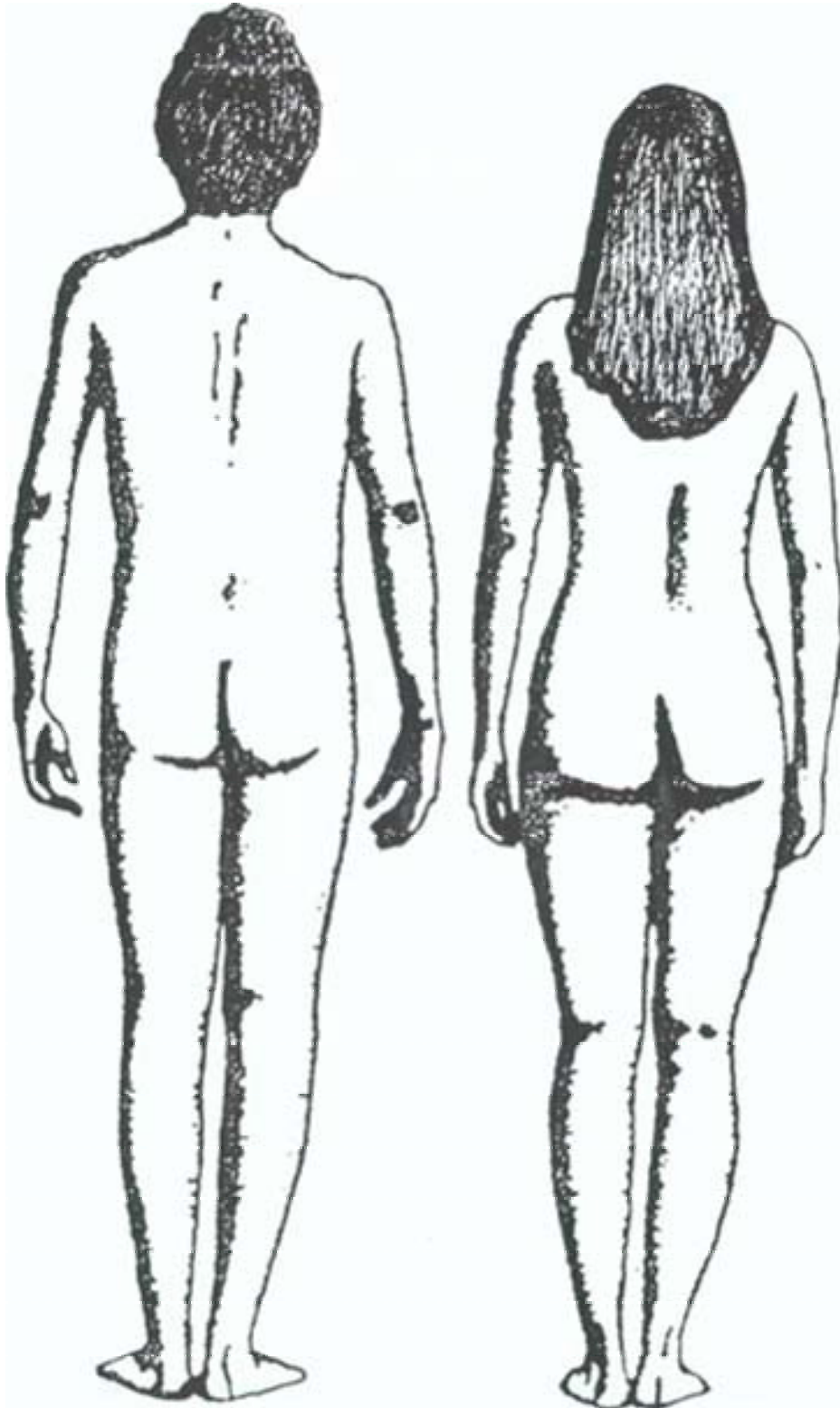
Nuestra sociedad está todavía lejos de consolidar una educación de la sexualidad óptima, debido, principalmente, al desconocimiento que existe respecto a la importancia de ésta, sobre todo a nivel familiar, el cual, junto con la escuela son los principales pilares de la educación, sobre todo con lo que respecta a la formación de hábitos, actitudes y conductas. Sin embargo es imprescindible continuar con el esfuerzo, que pese a su dificultad, los logros se verán reflejados en generaciones posteriores; como actualmente, gracias al trabajo de generaciones pasadas, ciertos sectores tienen acceso al menos a una adecuada información y a mayores alternativas educativas en relación con sexualidad.



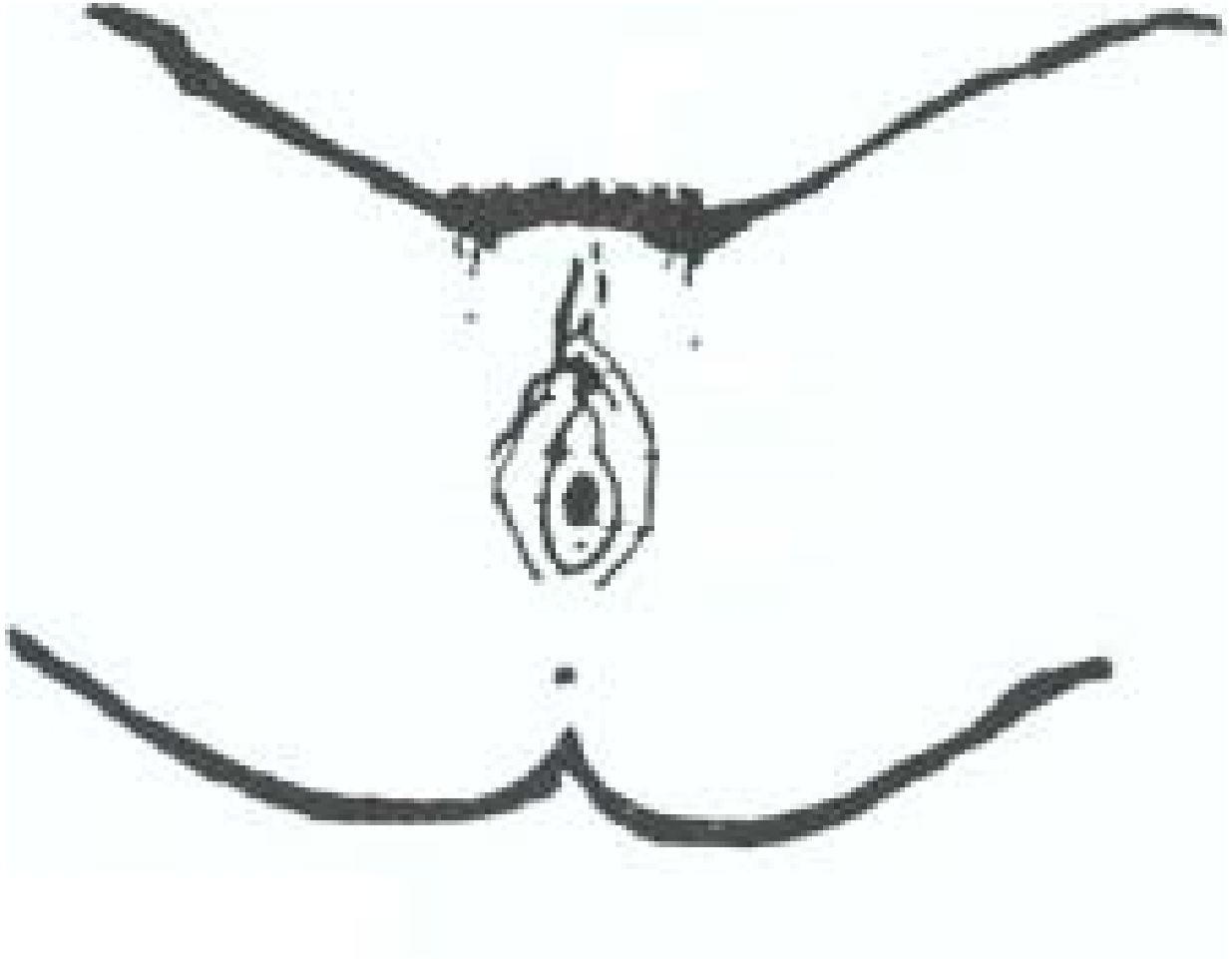
# ANEXOS

## CUERPO DEL HOMBRE Y CUERPO DE LA MUJER



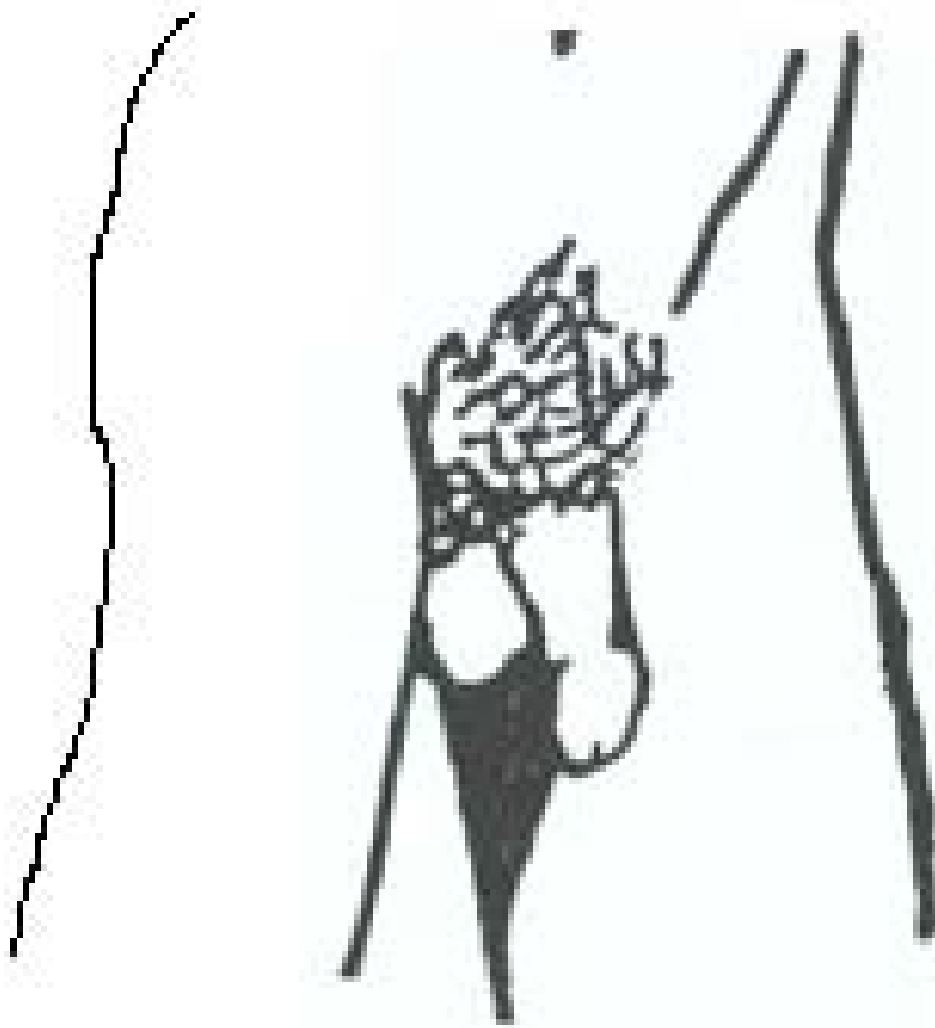
**CUERPO DEL HOMBRE Y CUERPO DE LA MUJER**

## GENITALES FEMENINOS EXTERNOS

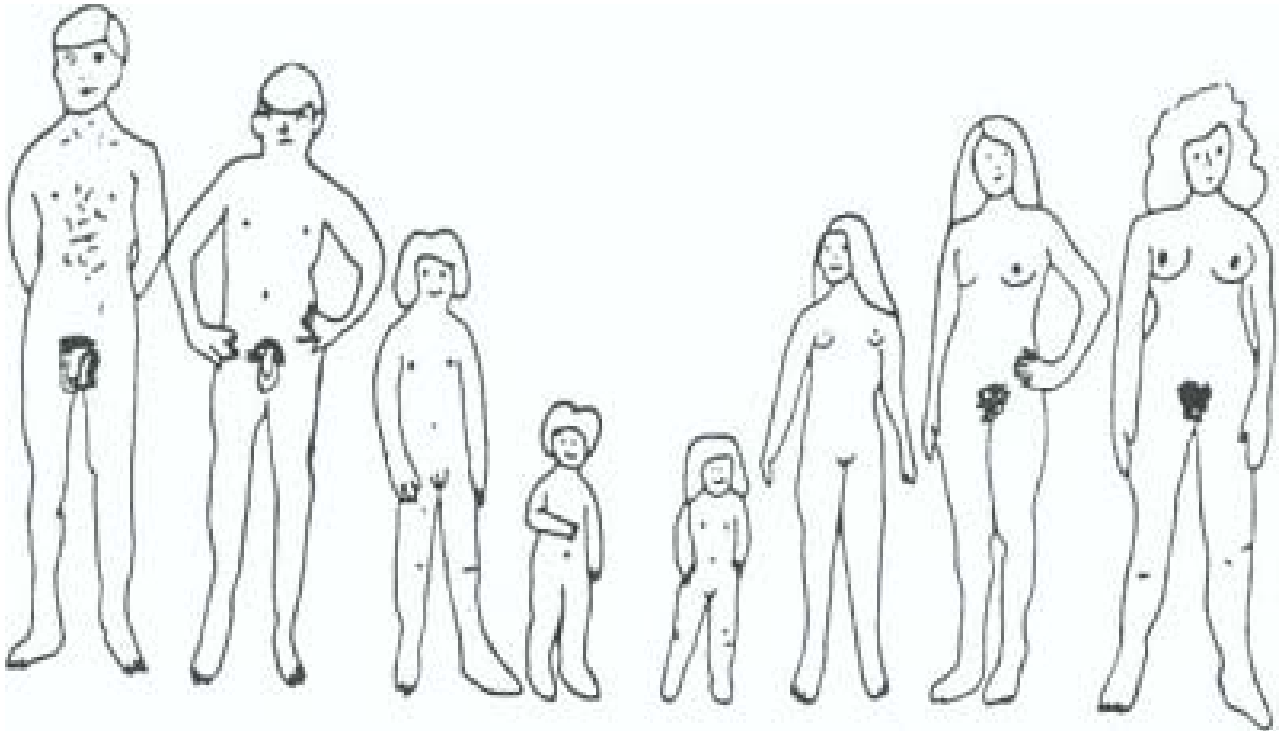


---

## GENITALES MASCULINOS EXTERNOS



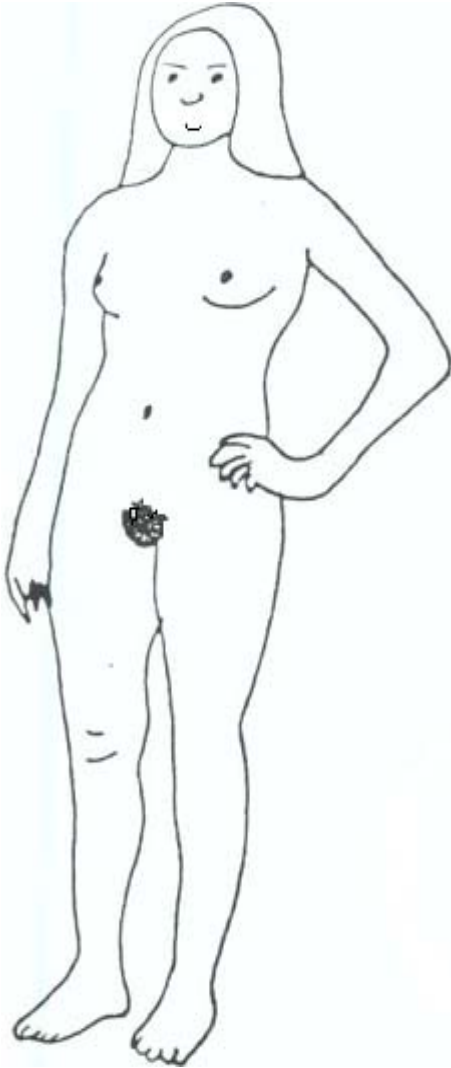
## DESARROLLO DEL CUERPO HUMANO



El crecimiento y desarrollo lento que había tenido en los años anteriores se acelera durante la pubertad.

El cuerpo se va haciendo más parecido al adulto y se hacen más evidentes las diferencias entre el cuerpo masculino y el femenino.

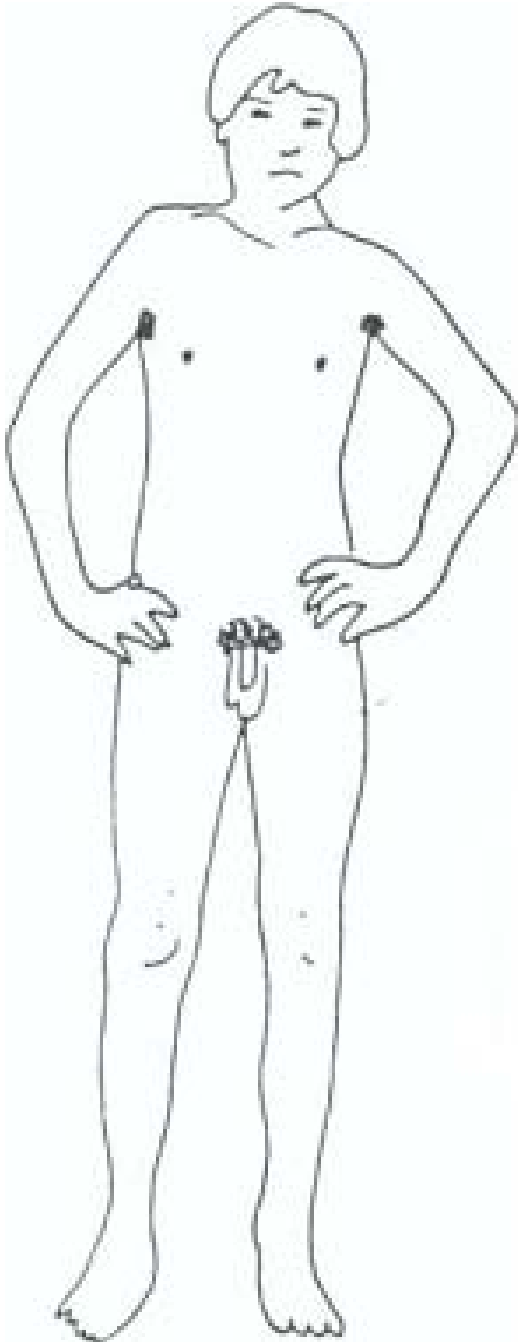
## CAMBIOS DURANTE LA PUBERTAD EN LA MUJER



- Sus caderas se van redondeando
- Se desarrollan los pechos
- Aparece el vello púbico
- Crecen los órganos genitales
- Aparece el vello axilar
- Se presenta la primera menstruación o menarquía

La menarquía indica la madurez biológica para la reproducción ósea que los ovarios ya están produciendo óvulos maduros

## CAMBIOS DURANTE LA PUBERTAD EN EL HOMBRE



- El cuerpo se vuelve más anguloso
- Aparece el vello púbico y axilar
- Aparece la barba
- Cambia el timbre de la voz
- Se presentan las eyaculaciones

Las eyaculaciones indican madurez biológica para la reproducción, es decir que los testículos ya están produciendo espermatozoides



---

### Convocatoria

En la entrada de la escuela será colocada una convocatoria para padres de familia con hijos púberes invitándolos a participar en un curso que abordará temas indispensables para el sano desarrollo de la sexualidad de sus hijos.

Es recomendable que la o el director de la escuela mencione el curso en la junta de padres de familia inmediatamente anterior a la convocatoria y de ser posible que el o la instructor esté presente.

Una vez colocada la convocatoria, es necesario que el o la instructora asista a la escuela en los horarios en que los padres de familia acuden al centro educativo con el fin de efectuar la inscripción, dar la información requerida y resolver cualquier duda por parte de las personas interesadas en la inscripción al curso.

Una vez realizada la inscripción será entregada una hoja que contenga de manera breve los siguientes datos del curso:

- ⇒ Nombre del curso.
- ⇒ Objetivo del curso.
- ⇒ Fecha de sesiones con los padres de familia.
- ⇒ Fecha de inicio del curso con los púberes.
- ⇒ Horarios del curso y horario de las consultorias para padres de familia
- ⇒ Temas que serán tratados
- ⇒ Nota recordatoria de la importancia de la colaboración de los padres para un mejor aprovechamiento del curso.

Se aconseja que el día de la inscripción los padres firmen una carta de consentimiento, en la cual autorizan la participación de sus hijos al curso.

---

### **Cuestionario Pre-Post Test**

1. ¿Cuáles son los cinco órganos de los sentidos?
2. Menciona dos de las articulaciones en el cuerpo humano
3. ¿Cuáles son las partes del cuerpo que son diferentes entre el hombre y la mujer?
4. Utilizando el esquema del cuerpo humano del hombre:
  - Señala el pene
  - Indica cuáles son los testículos
5. Utilizando el esquema del cuerpo humano de la mujer:
  - Señala la vagina
  - Señala los senos
6. ¿Sabes qué es la menstruación?
7. ¿Qué es un óvulo?
8. ¿Qué es un espermatozoide?
9. ¿Qué es el semen?
10. ¿Cuántas veces al día te lavas los dientes?
11. ¿Debes bañarte diario?
12. ¿Cuándo debes lavarte las manos?
13. ¿Sabes qué es la pubertad?
14. ¿Cuáles son los cambios que suceden durante la pubertad en el hombre y en la mujer?
15. ¿Sabes qué es el abuso sexual?
16. Menciona dos maneras de expresar tu cariño
17. Es la etapa de la vida que se caracteriza por cambios físicos importantes
  - a) Niñez
  - b) Juventud
  - c) Pubertad
18. Abrazar, dar amor, seguridad, confianza, apoyo, saber escuchar, son algunas de las características que tienen:
  - a) Los amigos
  - b) Los hermanos
  - c) Los padres
  - d) Todos los anteriores

19. Conocer sobre la sexualidad proporciona:

- a) Confianza y seguridad para hablar del tema
- b) Información que provoca curiosidad
- c) Miedo y angustia, ya que es un tema del que no se habla

20. ¿Haz tomado algún curso de sexualidad humana?

- a) Sí
- b) No

---

**CUESTIONARIO SOBRE EL CURSO**  
**“Sexualidad y Síndrome de Down”**

Padres de familia

- 1.- ¿Considera que el curso aportó conocimientos importantes para su hijo(a)?
- 2.- ¿Existen algunos temas que le habría gustado que se incluyeran en el curso?
- 3.- ¿Existen algunos temas que le habría gustado que se excluyeran en el curso?
- 4.- ¿Cuál considera el principal beneficio del curso para su hijo(a)?
- 5.- ¿Le gustaría que se siguieran impartiendo cursos sobre sexualidad en la escuela?

Alumnos

- 1.- ¿Te gustó el curso?  
Si No
- 2.- ¿Platicaste con alguien de tu familia sobre los temas que tratábamos en el curso?  
Si No  
¿Con quién?
- 3.- ¿Te gustaría que hubiera otro curso sobre sexualidad?  
Si No
- 4.- Dime dos cosas muy importantes que aprendiste en el curso.

Aplicador

- 1.- ¿Considera que hay algún tópico que debería añadirse al curso?  
Si No ¿Cuál? ¿Por qué?
- 2.- ¿Considera que hay algún tópico que debería excluirse del curso?

---

Si No ¿Cuál?

¿Por qué?

3.- El grupo se mostró más interesado:

a) al inicio del curso b) a la mitad del curso c) al final del curso d) siempre e) nunca

4.- ¿La asistencia de los alumnos al curso fue constante?

Si No

5.- La participación de los alumnos durante el curso fue:

a) buena b) regular C) mala d) excelente e) pésima

6.- ¿Los padres asistieron a las consultorias?

Observaciones: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

---

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

### Libros

- Aguilar, G.J. y Mayen, H. B. (1996) Hablemos de sexualidad: Lecturas. México: CONAPO. MEXFAM.
- Álvarez-Gayou, J. L. (1998) Elementos de sexología. México: Mc Graw-Hill.
- Amor Pan, J.C. (1997). Afectividad y Sexualidad en la persona con diferencia mental. España: UPCI.
- Carrasco Núñez, José Luis. (1998). Sexualidad y síndrome de Down. México. Ducere.
- Cazorla González, Gloria. (1994). Conductas sexuales delictivas, violación, abuso sexual, hostigamiento sexual, incesto, lenocinio y estupro, en Antología de la Sexualidad Humana, Tomo III. México. CONAPO.
- Chulz y Williams. (1983). Programación de objetivos en la educación sexual. México: Pax.
- Chulz y Williams. (1983). Family life and Sex education. Nueva Cork: Harcourt.
- Corona Vargas, Esther. (1994). Resquicios en las puertas: educación sexual en México en el siglo XX, en Antología de la Sexualidad Humana, Tomo III. México. CONAPO.
- Cunningham, Cliff. (1990). El Síndrome de Down. Una introducción para padres. México: Paidós.
- Delfín Lara, Francisco. (1994). La sexualidad en las personas con necesidad físicas especiales, en Antología de la Sexualidad Humana, Tomo II. México. CONAPO.
- Katchadourian, H. A. y Lunde, D. T. (1979). Bases de la sexualidad humana. México: CECSA.
- Masters, W. H., Johson, V. E., Kolodny, R.C. (1995) La sexualidad humana, Volumen II. México, Grijalbo.
- Milagros, Damián. (2000). Estimulación temprana para niños con síndrome de Down. México: Trillas.
- Ortega Támez, Luis Carlos. (1997) El síndrome de Down. Guía para padres y maestros. México: Trillas.
- Pueschel, S. M. (1999). Síndrome de Down: Un futuro mejor. Guía para padres de familia. (2ª. Ed.) Nueva Cork: III Masson.

---

Rubio Auriolés, Eusebio. (1994). Introducción al estudio de la sexualidad humana, en Antología de la Sexualidad Humana, Tomo I. México, CONAPO.

### Internet

<http://www.masquepiel.sindromededown.com.co>

<http://www.pasoapaso.com.ve>

<http://teso.com>.

### Tesis

Delgado León, Ana María. (2004). Manual de educación sexual para padres y maestros de adolescentes de doce a quince años (propuesta). Tesis de licenciatura. UNAM. México.

Hernández Carmona Rodríguez, Javier. (1997). Propuesta de elaboración de una escala para evaluar un programa de educación sexual para toma de decisiones con responsabilidad en personas con discapacidad intelectual. Tesis de licenciatura. UNAM. México.

Ortega Calzada, I. (2004). Propuesta de taller de educación sexual para adultos con discapacidad intelectual. Tesis de licenciatura. UNAM. México.

Pérez Martínez, María de Lourdes. (2005). La educación de la sexualidad desde el enfoque sistémico. Propuesta de un taller. Tesis de licenciatura. UNAM. México.