



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

Educación sexual en niños con Síndrome de Down

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A (N)

Marian Elena Piña Gutiérrez

Directora: Lic. **Francisca Bejar Nava**

Dictaminadores: Dra. **María de Lourdes Jiménez Rentería**

Mtra. **Claudia Pilar Flores Rubí**



Los Reyes Iztacala, Edo de México, enero 2024



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

Agradecimiento

A mi padre:

Por cada uno de los consejos que me has brindado.

Por la perseverancia que me has inculcado.

Por el amor y apoyo que me has brindado en cada momento.

Por el soporte que me has dado durante todos mis años en la escuela.

Por la motivación para seguir superándome.

A mis hermanos:

Quienes me han apoyado en mi desarrollo personal y profesional y quienes han sido un ejemplo de vida.

*A ti **Josafat** por el tiempo, cariño y apoyo que me has brindado. Por cada plática que terminaba en “regañó” para enseñarme a luchar por mis metas.*

A Gabriela:

Por ser esa amiga que estuvo desde el primer día en la universidad y quien estuvo a mi lado en cada momento.

Por ser el apoyo durante cada clase, proyecto y tiempo libre.

Por escucharme.

A mis tutoras:

Por el tiempo dedicado para la realización de este trabajo.

*A ti **Francis** por cada consejo, por la paciencia y ayuda infinita para la elaboración de este proyecto. Por tu guía para seguir creciendo profesionalmente.*

A mi casa de estudios:

Por último, quiero agradecer a la universidad que me ha permitido aprender y desarrollar competencias personales y profesionales. Por brindarme un espacio como la CUSI en donde descubrí mi interés profesional por la atención psicológica infantil.

Índice

Introducción	1
1. Aspectos generales del Síndrome de Down	5
1.1 Antecedentes históricos	5
1.2 Definición	6
1.3 Características y manifestaciones.....	8
1.3.1 <i>Características físicas.....</i>	<i>9</i>
1.3.2 <i>Desarrollo psicológico y comportamental.....</i>	<i>9</i>
2. Fundamentos sobre la sexualidad y educación sexual en niños de edad escolar con Síndrome de Down	12
2.1 Conceptos generales sobre sexualidad.....	12
2.2 Desarrollo sexual de niños con Síndrome de Down en edad escolar (6-12 años) ...	16
2.2.1 <i>Factores que interfieren con el desarrollo sexual.....</i>	<i>18</i>
2.3 Educación sexual en edad escolar en niños con Síndrome de Down	20
2.3.1 <i>Principios básicos para la enseñanza de educación sexual</i>	<i>22</i>
2.3.2 <i>Ejes temáticos para la educación sexual.....</i>	<i>24</i>
3. Educación sexual: prevención del abuso sexual en niños con Síndrome de Down.....	30
3.1 Abuso sexual: definición y señales de alerta de abuso sexual	30
3.1.1 <i>Factores que influyen en la detección de abuso sexual en niños con Síndrome de Down.....</i>	<i>33</i>
3.2 Consecuencias del abuso sexual	36
3.3 Análisis de propuestas metodológicas de educación sexual	37
Conclusiones	47
Referencias	53

Introducción

La vida afectiva y sexual de las personas con Síndrome de Down (SD) está sometida a un conjunto de mitos, barreras sociales, aislamiento y falta de información sobre su desarrollo sexual. Lo anterior las lleva a tener mayor riesgo en su salud e incluso de abuso sexual, por lo que la educación sexual en edades tempranas resulta una herramienta necesaria.

La sexualidad abarca las esferas biológicas-reproductivas, del placer y afectiva-relacional y está implicada en todos los elementos esenciales de la vida humana, desde la identidad individual, hasta el proyecto de vida, el ejercicio de los derechos y la participación social (Garvía & Miquel, 2009).

Por su parte, la Organización Mundial de Salud (OMS) define la educación sexual integral como un proceso sistemático de información que aborda los aspectos cognitivos, emocionales, físicos y sociales de la sexualidad. El objetivo es proporcionar a los niños conocimientos, aptitudes, actitudes y valores que les permitan desarrollar una vida saludable y digna, establecer relaciones sociales y sexuales de forma respetuosa, ser conscientes de la toma de decisiones, conocer sus derechos y velar por su protección (OMS, 2023).

En México, la Secretaría de Salud señala que el SD es la principal causa de discapacidad intelectual y la alteración genética humana más común (Instituto Mexicano del Seguro Social, 2022). No obstante, la mayoría de los patrones de conducta más investigados se han centrado en aspectos cognitivos y sociales olvidando otros temas importantes de su comportamiento como la sexualidad (Barrio & Moreno, 2014).

En este sentido, Garvía y Miquel (2009) señalan que la principal dificultad para entender la sexualidad de la persona con discapacidad se basa en tratar de buscar una sexualidad diferente que refuerza las limitaciones y basada en mitos y no en el conocimiento. Así mismo, agregan el prejuicio que existe al concebir a la persona con SD “siempre pequeña” (p.16), es decir, se infantiliza.

En este sentido, Lizama y Pastene (2015) señalan que estos mitos se deben a la falta de educación sexual, la poca enseñanza de los códigos sociales y las pocas oportunidades de privacidad. Por consiguiente, son escasas las oportunidades de socialización, existe dificultad en diferenciar los conceptos de público-privado, así como la dificultad en reconocer qué les sucede durante su desarrollo puberal y entonces, se generan experiencias inadecuadas en los diferentes contextos sociales.

Así mismo, Recio *et al.* (2017) señalan que las personas con discapacidad intelectual (DI) son más vulnerables de sufrir un abuso sexual. Al respecto, Couwenhoven (2013) y Boissonneault (2021) indican algunos factores de riesgo para abuso sexual en personas con DI: normalizar el hecho de que los cuidadores toquen y vean sus partes privadas de la persona con DI, falta de educación sexual, falta de información sobre el abuso sexual, falta de toma de decisiones.

La OMS (2010) define la violencia sexual como todo acto sexual, la tentativa de consumir un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, o las acciones para comercializar o utilizar cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción por alguien más. Por su parte, Couwenhoven (2013) lo define como un contacto sexual no deseado realizado para la gratificación de otra persona.

Ante esta problemática, las intervenciones psicoeducativas deben estar dirigidas al reconocimiento y manejo de la sexualidad en niñez y adolescencia con SD, no solo en la dimensión biológica, permitiendo visualizar de forma integral a cada niño o niña en los contextos en que se desenvuelve: casa, escuela, comunidad.

En el marco legal, tanto la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad que entró en vigor en el año 2008 (Comisión Nacional de los Derechos Humanos CNDH, 2020) como la Ley General de los derechos de niñas, niños y adolescentes (2014) determinan algunos artículos en los que se señala la protección hacia las personas con discapacidad de cualquier forma de violencia o abuso, así como la promoción de la educación sexual integral conforme a la edad, desarrollo evolutivo, cognoscitivo y madurez.

La educación sexual oportuna es una responsabilidad social compartida entre diferentes agentes: familia, escuela, estado y sociedad civil, con el fin de maximizar la inclusión social de las personas con SD. Se debe proporcionar desde una edad temprana las herramientas necesarias para que la persona viva su sexualidad con plenitud y responsabilidad en un futuro (Boissonneault, 2021).

Así mismo, la educación sexual implica una reflexión individual y colectiva desde la participación de la niñez, sus familiares y el equipo de profesionales pertinentes, destacándose por fomentar la sexualidad saludable, evitar malentendidos de índole sexual o conductas inadecuadas y reducir el riesgo de abuso sexual favoreciendo la adquisición de habilidades personales y relacionales (Down España, 2020).

Ante esto, es necesario que los psicólogos y docentes cuenten con la preparación profesional para atender las demandas de diversidad e inclusión y promover los niveles de autonomía y bienestar en la niñez con SD. En un comienzo, la educación sexual de los niños y las niñas con SD debe contemplar la comprensión de los conceptos de qué es lo público y qué es lo privado, información básica para el autocuidado (cuerpo y emociones), los límites y las relaciones, la distancia social, planes de seguridad y las consecuencias del contacto incorrecto (Bain, 2016).

Aunado a lo anterior, es importante fomentar el desarrollo de habilidades que les permitan reconocer y evitar situaciones peligrosas, promover habilidad de seguridad en sí mismo, tener conciencia y reconocer los sentimientos personales y la sensación de molestia, practicar la capacidad de elección, mejorar las habilidades de comunicación y planificar situaciones seguras.

A partir de lo mencionado, es indispensable profundizar en el conocimiento del SD y sus características particulares, principalmente en el desarrollo integral de la sexualidad en la niñez, y dar pauta al diseño de estrategias psicoeducativas para su abordaje. Así, surge la necesidad de priorizar la educación sexual como directriz principal para la prevención de abusos sexuales en la población infantil con SD.

En términos generales, este trabajo establece como objetivo general: describir

las pautas de intervención para la prevención de abuso sexual en edad escolar en población con Síndrome de Down. De manera más específica se busca:

- a) Identificar los antecedentes históricos y teóricos del SD
- b) Definir la educación sexual en niños con SD
- c) Especificar las pautas de intervención para el reconocimiento de la sexualidad en la infancia de la población con síndrome de Down y la prevención del abuso sexual.

El trabajo se estructura a partir de los siguientes apartados: 1. Introducción: resume los antecedentes generales del estudio, definición de la problemática, la justificación y relevancia social e individual, el objetivo general y los objetivos específicos; 2. Aspectos generales del Síndrome de Down, 3. Fundamentos sobre la sexualidad y educación sexual de niños en edad escolar; 4. Educación sexual: prevención del abuso sexual en niños con SD; 5. Conclusiones.

1. Aspectos generales del Síndrome de Down

En la actualidad, las consideraciones acerca del Síndrome de Down (SD) siguen siendo un tema de interés no sólo por su prevalencia a nivel mundial, sino por la necesidad de promover la inclusión social y romper con los estigmas que se tiene sobre su desarrollo psicológico. Por ello, la importancia de puntualizar los aspectos característicos del SD y, en función de lo anterior, el objetivo del primer capítulo es describir algunos datos generales sobre el SD, iniciando con un breve recuento histórico, mencionando algunas características y su clasificación clínica.

1.1 Antecedentes históricos

Las primeras descripciones fenotípicas correspondientes a los pacientes con trisomía 21 fueron realizadas por los franceses Jean-Etienne-Dominique Esquirol en 1838 y Edouard Séguin en 1846, las cuales fueron presentadas en una sección denominada “idiocy” (actualmente se refiere a discapacidad mental o retardo mental) en el primer libro de Esquirol y en la que expuso que los pacientes se caracterizaban por: hendiduras palpebrales ascendentes, pliegues epicánticos, puente nasal plano y protrusión lingual. Así mismo, señalaron otras características como talla baja, cuello corto, alteraciones a nivel de extremidades y “retraso mental”. A partir de estos hallazgos clínicos, Séguin agregó otros rasgos como nariz pequeña, morfología de la lengua y susceptibilidad de infecciones del tracto respiratorio (Cammarata-Scafisi *et al*, 2010).

Sin embargo, fue en 1866 cuando el médico británico John Langdon Down acuña un tipo que denominó “Mongolian idiocy” como parte de su propuesta de clasificación de pacientes con discapacidad intelectual. El término “Mongolian” fue asignado por el parecido fenotípico que presentaban estos pacientes con los pobladores de los grupos étnicos de la región central de Mongolia (Cammarata-Scafisi, *et al*, 2010).

Por consiguiente, los primeros trabajos científicos se centraron en estudiar las características morfológicas y de conducta de los sujetos afectados, así como la

presencia de cardiopatía, la probable influencia de la edad de la madre y las características estructurales del cerebro (Fernández, 2016).

Posteriormente, en 1959 se asoció por primera vez con una alteración cromosómica por los médicos franceses Jérôme Lejeune (1926-1994), Marthe Gautier (1925) y Raymond Turpin (1895-1988) al describir a niños con síndrome de Down, percatándose que el total de células de dichos pacientes correspondía a 47 cromosomas, es decir, un cromosoma extra. Además, propusieron que el origen de esto probablemente se debía a una falta de disyunción, lo que explicaba que la frecuencia del padecimiento aumentaba con la edad materna (Rivera, 2016; Lejeune, Gautier, Turpin, 1959; citados en Díaz-Cuéllar *et al*, 2016). Más tarde se publicarán los primeros casos de mosaicismo (Fernández, 2016).

El término “mongol” se extendió hasta el siglo XX, pero más tarde fue señalado como inadecuado, por lo que propuso denominarlo como “trisomía del par 21” o síndrome de Down, siendo así el término que actualmente se utiliza.

1.2 Definición

El síndrome de Down es una alteración genética causada por la presencia de un cromosoma extra, es decir, se origina cuando la división celular anormal produce una copia total o parcial del cromosoma 21, dando como resultado tres copias de este y, por ello, también se le denomina “trisomía 21” (figura 1). Es la principal causa de discapacidad intelectual congénita y la alteración genética humana más común (Down España, 2018; Mayo Clinic, 2018).

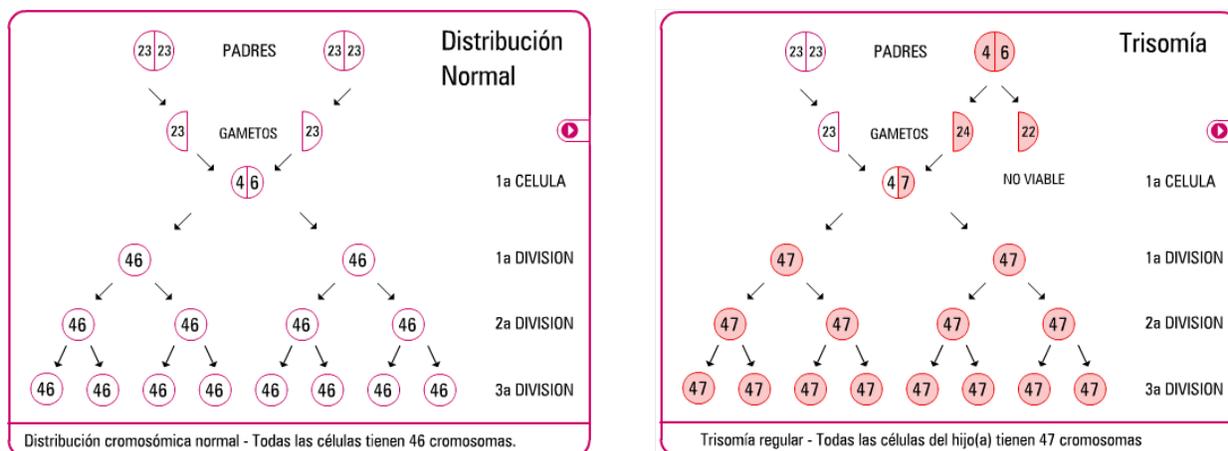


Figura 1. Representación gráfica de la distribución cromosómica normal vs trisomía 21
(Fuente: <https://fjldown.org/sindrome-de-down>)

Con base en Down España (2018) y Fernández (2016), se habla de posibles causas, pero se desconoce exactamente de qué manera se relacionan o cómo contribuyen a que se produzca esta anomalía genética. Mencionan que una posible causa es la edad de la madre, siendo significativamente más frecuente a partir de los 35 años, o bien, en 1% de los casos se produce por factores hereditarios.

También pueden influir factores externos como procesos infecciosos (hepatitis y rubeola); la exposición a radiaciones; algunos agentes químicos que pueden determinar mutaciones genéticas; o por deficiencias vitamínicas (Fernández, 2016).

De acuerdo con Fernández (2016), la National Down Syndrome Society (2017) y la Mayo Clinic (2018), se pueden distinguir tres tipos de síndrome de Down y cada uno va a dar lugar a características únicas que varían de una persona a otra.

Aclarado el punto anterior, los tres tipos de síndrome de Down que los autores señalan son (Fernández, 2016; National Down Syndrome Society, 2017; Mayo Clinic, 2018):

- Trisomía 21: representa el 95 % de los casos y significa que la persona tiene tres copias del cromosoma 21 en lugar de las dos copias habituales, en todas

las células. Esto sucede por la división celular anormal (no disyunción) durante el desarrollo del espermatozoide o del óvulo.

- Mosaicismo: representa alrededor del 1 % de todos los casos. La no disyunción del cromosoma 21 se presenta en una pero no en todas las divisiones celulares iniciales después de la fertilización, dando como resultado una mezcla de las células que contienen los habituales 46 cromosomas y otras que contienen 47 (siendo estas con un cromosoma 21 adicional).
- Translocación: representa alrededor del 4 % de los casos. Se refiere a que una copia total o parcial del cromosoma 21 se desprende durante la división celular y se adhiere (transloca) a otro cromosoma, antes o durante la concepción. Mientras que tienen las dos copias habituales del cromosoma 21, la presencia de un cromosoma 21 adicional unido a otro cromosoma hace que se presenten las características del síndrome de Down.

Cabe mencionar que no existen grados o niveles de síndrome de Down, es posible que las personas con esta alteración muestren características similares, pero cada individuo es singular con rasgos físicos y características comportamentales y psicológicas particulares.

1.3 Características y manifestaciones

Es importante mencionar que la clasificación clínica no determina las características de la persona con SD. En función de lo anterior, a continuación, se describe a manera de síntesis las características que algunos autores (Fernández, 2016; Mayo Clinic, 2018; Ruíz, 2014; National Down Syndrome Society, 2017) dan a conocer y que permite tener un panorama general de este.

1.3.1 Características físicas

El síndrome de Down conlleva problemas del desarrollo físico y fisiológico que usualmente se producen durante el desarrollo del feto, por lo que el diagnóstico puede realizarse en el momento del nacimiento. Entre las características físicas se puede encontrar: cabeza y nariz más pequeñas de lo normal, ojos sesgados, orejas sin lóbulo y boca relativamente más pequeñas, manos anchas y pequeñas con dedos cortos y con un solo pliegue transversal en la palma, la piel aparece ligeramente amoratada y tiende a ser relativamente seca (sobre todo a medida que el niño crece), altura inferior a la media y cierta tendencia a la obesidad ligera o moderada, cuello corto, lengua protuberante (por lo que tienden a tener la boca entreabierta), poco tono muscular y flexibilidad excesiva. Por su parte, Esparza-Ocampo *et al.* (2022) agregan que, “en el área de cabeza y cuello, se observa una microcefalia leve con braquicefalia y un occipital aplanado por detrás” (p. 8), los pies los describe como un parecido a “sandalia” debido a que hay mayor distancia entre los dedos.

También existe una mayor incidencia a determinados problemas de salud como las infecciones, defectos congénitos del corazón, problemas respiratorios, trastornos del tracto digestivo, problemas de audición, leucemia infantil, otros. Aunque la esperanza de vida para las personas con síndrome de Down ha aumentado significativamente desde 25 años en 1983 a 60 años en la actualidad.

1.3.2 Desarrollo psicológico y comportamental

Para una mayor comprensión, a continuación, se exponen las características que pueden o no presentarse en el desarrollo psicológico de los niños con síndrome de Down conforme a las distintas áreas de desarrollo.

- **Cognitiva**

El desarrollo intelectual se efectúa a una menor velocidad, presentan mayores déficits en ciertos aspectos como la capacidad de discriminación visual y auditiva, reconocimiento táctil en general y de objetos en tres dimensiones, copias y reproducción de figuras geométricas. El proceso de codificación e interpretación de la

información es más lento. En cuanto al proceso de atención, también existe un déficit, por lo que requiere más tiempo crear el hábito de dirigir la atención al aspecto concreto que se pretende, tienen dificultad en inhibir o retener su respuesta hasta después de haberse tomado el tiempo en examinar con detalle los aspectos más abstractos de los estímulos.

Sin embargo, es importante resaltar que su memoria visual es mejor que la auditiva, también pueden realizar tareas secuenciadas debido a que su memoria procedimental y operativa están bien desarrolladas, por ello obtienen mejores resultados en pruebas manipulativas que en las verbales.

Así mismo, González *et al.* (2022) señala que la afectación cerebral propia del SD produce mayor dificultad y lentitud para procesar, codificar, interpretar y elaborar la información y responder a sus requerimientos para la toma de decisiones. En consecuencia, se dificultan los procesos de conceptualización, abstracción, generalización y transferencia de los aprendizajes, así como, la orientación espacial y temporal y realización de cálculos aritméticos. Aunado a lo anterior, los autores indican que dichas alteraciones en los mecanismos cerebrales provocan dificultad para mantener la atención durante periodos de tiempo prolongados y facilidad para la distracción frente a diversos estímulos.

- **Autocuidado**

Pueden presentar dificultades de masticación, principalmente por las alteraciones en los movimientos de la lengua, por lo que algunos prefieren la comida triturada. Aprenden a sentarse, caminar, hablar, jugar y hacer gran parte de las demás actividades, aunque un poco más tarde que los niños sin síndrome de Down.

Suelen mostrarse dependientes de los adultos debido a la sobreprotección que reciben de sus padres, impidiéndoles hacer tareas como vestirse, bañarse, comer, ir al baño. Sin embargo, los programas de modificación de conducta y apoyo conductual pueden dar buenos resultados, acompañados del apoyo hacia los padres para que sean ellos quienes promuevan la autonomía de los niños con síndrome de Down.

- **Motricidad**

Pueden manifestar dificultades con la coordinación de los movimientos que requieren motricidad fina, hipotonía muscular y laxitud de los ligamentos, dificultades con los movimientos para saltar o subir escaleras. También pueden mostrar cierta “torpeza” en cuanto a la adquisición de determinadas habilidades como la escritura.

- **Lenguaje**

Existe un retardo en el desarrollo de lenguaje mostrándose una disociación entre el lenguaje comprensivo y el expresivo, evidenciando una mejor capacidad en el lenguaje comprensivo que en el expresivo, pero aun así con dificultades para interpretar expresiones faciales y emociones. Presentan dificultades articulatorias, baja inteligibilidad del habla, las oraciones son simples y cortas, problemas con la gramática y la fonología. Les cuesta dar respuestas verbales que a veces eluden o dan respuestas cortas estereotipadas, o bien, aportan mejores respuestas motoras.

Con lo revisado hasta ahora, se puede concluir que el síndrome de Down es una alteración genética que afecta distintas áreas de desarrollo tales como el lenguaje, autocuidado, motricidad y cognitiva. Dichas alteraciones dependen de cada caso, por lo que no se puede hablar de una generalización de sus características; al contrario, esta complejidad y multiplicidad de las características del síndrome de Down remite a hablar de particularidades del individuo que, con programas educativos de calidad, un ambiente familiar estimulante, buena atención médica y el apoyo de su entorno social permiten a las personas con síndrome de Down llevar una vida plena.

Por último, como se observó, en este apartado no se señaló el desarrollo afectivo-sexual de las personas con síndrome de Down debido a que es el tema de mayor interés de este trabajo, de tal forma que en los próximos capítulos se enfatizará y puntualizará lo relacionado a este tema.

2. Fundamentos sobre la sexualidad y educación sexual en niños de edad escolar con Síndrome de Down

El tema de la sexualidad sigue siendo un tema delicado y complicado de abordar debido a que alrededor de este concepto existen tanto mitos, prejuicios y tabúes que aumentan al hablarse de sexualidad en personas con SD. Se piensa erróneamente que la sexualidad en personas con discapacidad intelectual es “especial” e incluso, se anula; sin embargo, a lo largo de este capítulo se exponen puntos clave que permiten visualizar la sexualidad en niños con SD como parte de su desarrollo psicológico de forma similar a niños sin discapacidad intelectual iniciando por comprender algunos conceptos básicos de la sexualidad y aterrizándolos en el desarrollo psicosexual en niños en edad escolar con SD.

2.1 Conceptos generales sobre sexualidad

Garvía (2011) menciona que los conflictos o dificultades para comprender la sexualidad en personas con SD deriva, principalmente, de la falta de información, la inmadurez y las alteraciones en el desarrollo psicoafectivo. Puntualiza que la sexualidad de la persona con SD es sexualidad humana, por lo que no debe considerarse como una sexualidad especial, no existen diferentes sexualidades.

A partir de lo anterior, el autor define la sexualidad como una dimensión de la personalidad que está presente en el comportamiento, indica que es una función biológica y afectiva. Por su parte, la Asociación Mundial para la Salud Sexual (citada en González *et al.*, 2022) define la sexualidad en los siguientes aspectos:

- Es una construcción humana.
- Es resultado de la interacción de factores biológicos, psicológicos, culturales, socioeconómicos, culturales, éticos, políticos, legales y religiosos.
- Abarca el sexo, las identidades y los roles de género, orientación sexual, el

placer, la intimidad y la reproducción.

- Se vivencia y expresa en forma de: pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, comportamientos, prácticas, funciones y relaciones.
- La construcción de la sexualidad es uno de los factores determinantes de la salud sexual, de la capacidad para vincular afectivamente, de la elección de la reproducción y otros aspectos como la autoestima, autoimagen, orientación sexual y el erotismo.

La sexualidad es un aspecto central del ser humano que está presente a lo largo de su vida que, a pesar de abarcar diferentes dimensiones que se han mencionado, no todas ellas se experimentan o expresan siempre. Al respecto, Aguilasocho (2014) señala que la sexualidad es la manera en la que cada persona vive el hecho de ser sexuado, está ligada al proceso de desarrollo integral de la persona, depende de la interacción de diferentes aspectos y de la cultura en la que estamos inmersos.

En este sentido, es importante comprender las diferentes dimensiones que permean la sexualidad: reproductora, del placer y afectivo-social. Garvía y Miquel (2009) y Garvía (2011) describen estas dimensiones de la siguiente manera:

- Dimensión reproductora: conlleva gran preocupación al pensarse de discapacidad severa e incluso moderada. En la discapacidad ligera puede haber bastante conocimiento de lo que significa la reproducción, no obstante, existen limitaciones en el desarrollo cognitivo y psico-afectivo que pueden desencadenar una comprensión errónea o limitada.
- Dimensión del placer: las personas con una discapacidad severa tienen un comportamiento sexual que se limita a la masturbación como una manera de autoestimulación cuya única función es de descarga y sin una fantasía sexual que la acompañe. Las personas con discapacidad leve pueden acceder a una sexualidad plena siempre y cuando reciban una educación en este sentido.

- Dimensión afectivo-social: presenta ciertos problemas como juicio empobrecido, razonamiento deficiente en el desarrollo de las relaciones afectivas y muestras de afecto indiscriminado, Así mismo, algunas dificultades en: la expresión de sentimientos, retrasar la espera y discriminar realidad y fantasía, el control de impulsos, para tolerar las frustraciones o desengaños y la falta de intimidad.

Una vez que se ha definido la sexualidad y se ha determinado que esta no es un concepto que se designa exclusivamente a las actividades de placer o al funcionamiento del aparato reproductor, es importante abordar otros elementos que también son fundamentales de comprender en los siguientes apartados: sexo, género, afectividad, intimidad, contacto y límites, y educación sexual.

La OMS (2018) define el sexo como el conjunto de características biológicas que determinan a los seres humanos como hombre o mujer; sin embargo, no son mutuamente excluyentes, ya que hay individuos que poseen ambos. Así mismo, Aguilasocho (2014) menciona que al hablar de sexo no sólo nos referimos al cuerpo sexuado determinado por los órganos sexuales y las características anatómicas y fisiológicas, sino que también se refiere a la capacidad de procreación y el placer físico que experimenta el individuo por tener órganos sexuales masculinos o femeninos.

Por otro lado, el género se ve permeado por el papel de la cultura, se comprende como los rasgos de personalidad, actitudes y capacidades propias de cada sexo, como consecuencia del rol que socialmente se ha destinado a cada uno de ellos (Aguilasocho, 2014).

Como se ha señalado, la sexualidad también conlleva el aspecto de la afectividad, la cual corresponde a la necesidad del ser humano de establecer vínculos con otras personas, lo que favorece la autoestima, seguridad y aceptación, además de permitir desarrollar la expresión y regulación de emociones (Lizama & Pastene, 2015).

Las experiencias que ocurren en las relaciones afectivas en la primera infancia permiten que los niños las generalicen y las usen en sus futuras relaciones sociales, especialmente en aquellas que implican afecto e intimidad. En este proceso se

aprenden dos procesos fundamentales para el desarrollo afectivo-sexual: la adquisición de una confianza básica y los códigos que se usan en la comunicación íntima (Aguilasocho, 2014).

Conforme a ello, la intimidad resulta un concepto importante por comprender. Todas las personas tienen derecho a espacios íntimos; empero ante una discapacidad se actúa con una excesiva protección (por ejemplo: exceso de ayuda en la higiene provocando una intromisión en la intimidad). Al dejar de haber intimidad después se exteriorizan situaciones que tendrían que ser íntimas, en lugares poco adecuados (Garvía & Miquel, 2009).

Lizama y Pastene (2015) definen la privacidad como un derecho en el cual parte de nuestra vida la vivimos en intimidad, en un lugar reservado y en forma confidencial. Los autores reafirman que la privacidad en personas con SD se ve invalidada por la sobreprotección, por el apuro del día a día, donde es mejor bañarlos que esperar que se bañen a su ritmo, o porque se cree que no pueden.

Avanzando en el tema, es necesario discriminar aquellos contactos físicos que implican los límites que las personas y la sociedad determinan como adecuados e inadecuados. Lizama y Pastene (2015) describen los contactos físicos adecuados como aquellos que se dan y reciben con cariño de las personas que se quiere, mientras que los contactos físicos inadecuados son aquellos que duelen y hacen sentir mal.

Hasta ahora se han puntualizado conceptos básicos que permitirán comprender de mejor forma la sexualidad. Llegados a este punto, es preciso definir la educación sexual como un recurso no ajeno a las personas con SD que inicia desde edades tempranas y que es el pilar fundamental de este trabajo ante la prevención del abuso sexual en niños con SD.

La educación sexual debe atender el desarrollo de los niños como seres sexuados de manera que vivencien la sexualidad de una forma sana, libre y responsable. A partir de la ayuda que se les brinda para establecer vínculos sanos, conocer su identidad, aceptarse a sí mismos, a respetarse y respetar a los demás, dar

respuestas a sus preguntas con sinceridad y claridad, se estará sentando la base de una adecuada educación sexual (Aguilasocho, 2014).

Garvía (2011) señala que la educación sexual en personas con SD les ayuda a entender los cambios de su cuerpo y de sus sentimientos, proporcionándoles las habilidades y la guía necesarias para asumir sus responsabilidades. Así mismo, les permite defenderse contra el abuso sexual ya que existe una relación entre educación socio-sexual y una menor incidencia en el abuso.

Finalmente, es importante reconocer y considerar la edad cronológica, las características particulares y el contexto social que desencadena ciertos mitos y prejuicios ante la sexualidad en niños con SD para brindar la información y confianza indispensable que permita identificar una situación de abuso sexual, o bien, situaciones en las que el vínculo afectivo sea adecuado como resultado de una educación sexual.

2.2 Desarrollo sexual de niños con Síndrome de Down en edad escolar (6-12 años)

Históricamente la sexualidad ha estado sometida a tabúes, prejuicios y prohibiciones que han trascendido hasta la actualidad, a pesar del desarrollo y los hallazgos científicos y socioeconómicos de la humanidad. Cuando se habla de sexualidad en personas con discapacidad se vuelve un tema controvertido principalmente porque se les ha impuesto el rótulo de seres asexuados tanto a niños como adultos, quitándoles así el derecho a vivirla con plenitud como parte inherente del desarrollo de su identidad (González *et al.*, 2022).

González *et al.* (2002) plantean que los niños con SD experimentan la misma secuencia de cambios físicos y hormonales asociados con la pubertad, igual que otros niños de su edad. Sin embargo, no se niega que exista una demora en el desarrollo de la madurez social, el autocontrol emocional, la comunicación social, el pensamiento abstracto y la capacidad de resolver problemas.

Pons *et al.* (2017) señalan que el esquema evolutivo de los niños y adolescentes con SD se asemeja al resto de personas, exceptúan el tiempo que se tarda de pasar de una etapa a otra, que es más prolongado. Además, las relaciones que presenta con otras personas son más sencillas, básicas y son más sensibles a las tensiones.

No obstante, Garvía (2011) señala que la manera de vincularse de las personas con SD y la intensidad o las características del vínculo que establecen con los demás no dependen tanto de la discapacidad intelectual como de los aspectos emocionales o de los estímulos que reciben. Las personas con discapacidad no desarrollarán más conductas inadecuadas que el resto de la población, si tienen las oportunidades normales para aprender sobre su sexualidad.

Aclarado el punto, Villarrocha (2010; citado en Meneses & Becerra, 2020) expone que los niños van descubriendo durante la infancia el placer sensual e intentan explorar y conocerse; sin embargo, los niños con SD no suelen hacer preguntas debido a las limitaciones comunicativas, por lo que es una responsabilidad explicarles estos aspectos con el apoyo del entorno familiar y los profesionales correspondientes. Cuando van siendo mayores se tiene que seguir potenciando esa comunicación y confianza y se deben incluir una serie de normas sociales.

Asumiendo lo anterior, el desarrollo sexual en niños con o sin discapacidad intelectual en edad escolar se puede (o no) caracterizar por la manifestación de ciertos comportamientos sexuales tales como: tocarse las partes privadas a propósito, jugar con niños de la misma edad a juegos simbólicos (ejemplo: jugar a la familia o al novio/a), tratar de mirar a otras persona cuando están desnudas o desvistiéndose, ver/escuchar material de contenido sexual presentado en los medios de comunicación, querer más privacidad y empezar a sentir interés hacia otros niños o niñas de su edad (The National Child Traumatic Stress Network, 2009).

Existen otras manifestaciones relacionadas con el género, la reproducción y sobre los vínculos afectivos como lo hace notar García-Piña (2016):

- Manifestaciones relacionadas con el género: los niños empiezan a comprender

las diferencias entre varones y mujeres durante los primeros tres años de vida. Identifican que pertenecen a un determinado género y asumen e imitan los papeles observados en los diferentes contextos en los que se desenvuelve. Algunas de sus manifestaciones son imitar el rol de la mamá o del papá, investigar las diferencias entre hombres y mujeres a través de los juegos y mostrar curiosidad por observar o tocar el cuerpo de los adultos.

- Manifestaciones relacionadas con la reproducción: es la forma en que niños se identifican o están interesados en los eventos de la concepción, el embarazo y el parto. Se manifiesta por la vivencia de ser como mamá o como papá y se expresa en los juegos simbólicos al investigar y conocer del embarazo
- Manifestaciones sobre los vínculos afectivos: alrededor de los 6 años, el juego se expresa en equipo, entonces los menores empiezan a comprender y a respetar los límites. Muestran interés por tener novio o novia, curiosidad por el matrimonio, cuidan y brindan afecto a juguetes y mascotas.

La sexualidad infantil se expresa de diversas maneras, es cuestionable que la sexualidad en niños con SD sea especial; no obstante, surge la interrogante acerca de ¿qué factores influyen en este hecho? A continuación, se presentan algunas de las razones por las que se habla de una educación sexual para niños con SD de forma particular.

2.2.1 Factores que interfieren con el desarrollo sexual

Garvía (2011) desmiente el mito de que las personas con discapacidad son sexualmente diferentes de las demás y son más propensas a desarrollar un carácter sexual inusual al mencionar que la sexualidad de la persona con discapacidad puede estar afectada por diferentes factores que interfieren en su desarrollo: una insuficiente o nula educación sexual, la exclusión de las interacciones de grupo o escaso contacto social, las restricciones familiares en las actividades, la no diferenciación entre lo público y lo privado, y el trato infantilizante.

La autora enfatiza en el papel de la sobreprotección como uno de los factores que interfieren en su desarrollo sexual en niños con SD siendo esta evitación de situaciones frustrantes la que resulta nociva para el desarrollo y maduración del niño pues una de las cosas que ayuda a llegar a ser adulto es, precisamente, aprender a tolerar y gestionar frustraciones, aprender de las experiencias y la toma de decisiones.

Por su parte, González *et al.* (2022) hablan de los factores que determinan la satisfacción de necesidades afectivas y sexuales de las personas con SD y que las coloca dentro del grupo de mayor vulnerabilidad de abuso, acoso y violación sexual. Entre estos factores señala los siguientes:

- Las dificultades de acceder a contextos normalizados.
- Sobreprotección de la familia provocando empobrecimiento de su entorno, limitación en el desarrollo de sus capacidades y un mayor control de las conductas.
- La ausencia de espacios y tiempos privados e íntimos de un entorno poco estimulador y controlado.
- La negación de la educación sexual debido a que los padres consideran a sus hijos incapaces de comprender la información y formación sexual que se les puede brindar.

A medida que se cree la falta de sexualidad en personas con SD, se bloquea la educación sexual que pueden recibir, impidiéndoles discriminar entre comportamientos adecuados e inadecuados, llegando incluso a que la persona ni siquiera pueda identificar que están siendo víctima de un abuso (Recio *et al.*, 2017).

Por ello, la necesidad de recibir una información y formación integral, clara, adecuada y completa basada en el respeto, en la conceptualización de lo privado y lo público, así como en la comprensión del desarrollo psicosexual de los niños con SD.

2.3 Educación sexual en edad escolar en niños con Síndrome de Down

Antes de hablar sobre los principios de la educación sexual y lo que implica conocer en cuanto al contenido temático dentro del contexto escolar, es elemental considerar los requisitos que forman parte del repertorio conductual básico que todo niño debe desarrollar:

- Atención: es la capacidad de detectar cambios en el medio, localizarlos, concentrarse en ellos y actuar en consecuencia.
- Seguimiento de instrucciones: es la capacidad que tiene el niño para responder a los requerimientos que implican la realización de actividades.
- Imitación: es la capacidad de reproducir la conducta de un modelo determinado y se refiere también a conductas que ocurren en una secuencia predeterminada.
- Discriminación: capacidad que tiene el niño para reconocer semejanzas y diferencia ante estímulos que se le presentan (Kids Emotion, 2022).

De este modo, se espera que los niños que se encuentran en edad escolar cuenten con dichas habilidades básicas ya que estas fungen un papel imprescindible para el aprendizaje derivado de la educación sexual que se les brinde.

Aunado a lo anterior, González *et al.* (2022) sostienen que es indispensable conocer las características psicológicas de las personas con SD, pues ayuda a adaptar las formas de cómo nos relacionamos con él o ella, así como realizar las adecuaciones en cuanto a su proceso educativo. Así mismo, se debe comprender que las personas con SD pueden desarrollar las habilidades sociales y emocionales de forma similar a la de una persona sin discapacidad intelectual sin perder de vista que requieren mayor tiempo para aprender a regularlas o expresarlas (Barrio & Moreno, 2014).

Por ello, Barrio y Moreno (2014) señalan que, para favorecer el aprendizaje, éste debe realizarse de forma constante y desde distintos contextos (hogar, escuela, lugar de trabajo, etc.), sin excluirlos en ninguno, a pesar de los estereotipos que existen

alrededor del SD y del miedo que puede conllevar en los cuidadores por llegar a sufrir un abuso físico o sexual al considerarlos indefensos; de lo contrario, se estará impidiendo una socialización sexual eficiente.

Ahora bien, para brindar una educación integral de la sexualidad es imprescindible la formación y transmisión de información real y clara sobre los fundamentos anatómicos, fisiológicos, psicológicos y sociales que constituyen la sexualidad de tal forma que se contrarresten gran cantidad de estereotipos, prejuicios y mitos que se han erigido sobre ella (González *et al.*, 2022). Los mismos autores argumentan que recibir una educación sexual integral contribuye al fortalecimiento de la identidad y al respeto de las necesidades propias y las de los otros.

Existen diversas definiciones acerca de la educación sexual; sin embargo, para fines del presente trabajo se retomará la definición que brinda la Organización de las Naciones Unidas para la Cultura, las Ciencias y la Educación (UNESCO) debido a que sintetiza los aspectos implicados en este proceso:

La educación integral en sexualidad es un proceso para enseñar y aprender sobre los aspectos cognitivos, emocionales, físicos y sociales de la sexualidad. Su objetivo es preparar a los niños, niñas y jóvenes con conocimiento, habilidades, actitudes y valores que los empoderarán para realizar su salud, bienestar y dignidad; desarrollar relaciones sociales y sexuales respetuosas; considerar cómo sus decisiones afectan su bienestar y el de los demás; y entender cuáles son sus derechos a lo largo de sus vidas y asegurarse de protegerlos (UNESCO, 2018; citada en González *et al.*, 2022, p. 314).

Así pues, queda en evidencia que la educación sexual integral no se limita a conocer las partes íntimas o los órganos sexuales de hombres y mujeres tal y como se ha experimentado durante la estadía en la escuela. Esto lleva a replantearse y cuestionarse el modo en cómo se ha implementado la educación sexual en el contexto escolar y los obstáculos que han permeado la escasa formación dentro y fuera del aula.

2.3.1 Principios básicos para la enseñanza de educación sexual

De acuerdo con Torres y Beltrán (2005; citados en González *et al.*, 2022), la educación sexual debe comenzar desde edades tempranas enfocada en los siguientes puntos que, a consideración personal, forman parte de los principios básicos en cuanto a los conocimientos teóricos previos para favorecer la adquisición de herramientas, a nivel teórico, necesarias en edad escolar:

- Identificación adecuada de partes corporales con los términos correctos.
- Reconocimiento del comportamiento privado y público o las reglas básicas que guían el comportamiento social.
- Valorar una variedad de refuerzos sociales. Es importante enseñar a la persona con SD a valorar elogios y saludos (*high-fives*) como reforzadores adicionales.
- Identificar las habilidades y recursos educativos apropiados sobre educación sexual y adaptar el plan de estudios que satisfaga las necesidades y estilo de la persona con SD. Se puede hacer uso de agendas o pictogramas que favorezcan la comprensión de información apropiada y relevante.
- Individualizar la instrucción y presentarla en un contexto natural.

De este modo, se habla de conocimientos y herramientas básicas que los niños con o sin discapacidad deben contar en edad escolar. Por otro lado, Aguilasocho (2014) propone una serie de estrategias para una adecuada educación afectiva-sexual en personas con SD, las cuales se resumen a continuación como parte de los principios básicos para la enseñanza de la educación sexual en niños en edad escolar:

- Mayor sencillez en la información que se les dará.
- Requieren mayor insistencia, delicadeza y una enseñanza más meticulosa.
- Necesitan mayor control del aprendizaje, por lo que se debe asegurar de que ha comprendido lo que se le quiere transmitir.

- Dentro del proceso de socialización: deben conocer las normas básicas para tener un desempeño adecuado en los diferentes contextos, por lo que su integración y participación resulta indispensable en actividades cotidianas como lo son: saludar a conocidos o desconocidos, ir a comprar algo a la tienda, ocuparse de su higiene personal, saber vestirse, iniciar o terminar una conversación, conocer el uso de los utensilios de comer, ir al baño solo, etc.
- Necesitan ser reforzados cuando realicen un comportamiento social apropiado (modo de saludar, dar ejemplos de un comportamiento adecuado de acuerdo con la situación y el lugar, tener una particular atención en proporcionarles situaciones en donde se puedan replicar),
- Necesitan ser reforzados cuando realicen conductas apropiadas a la edad (relacionarse con sus pares, establecer relaciones basadas en intereses y actividades comunes, discriminar y reconocer relaciones de amistades).
- Dentro del tema de autoestima: necesitan desarrollar una autoestima favorable y saludable, evitando el aislamiento y la sobreprotección por parte de los cuidadores. Algunas sugerencias para fortalecer la autoestima que la autora propone son: no ser consideradas como inválidas, darles autonomía e independencia, ayudarles a tener éxito, estimular los estados de ánimo positivos, elogiar los comportamientos apropiados a la edad, etc).
- Requieren ayuda para distinguir los sentimientos a partir de la descripción de experiencias por parte de sus cuidadores.
- Demandan respetar su intimidad, por lo que es necesario pedirles permiso cuando hay que ayudarle en cosas íntimas, reforzando su derecho a decir no.

En síntesis, la atención, el seguimiento de instrucciones, la imitación son dispositivos básicos para el aprendizaje que, centrándose en la educación sexual, definen el grado en que pueda comprenderse los conocimientos acerca de la sexualidad: partes del cuerpo, las partes íntimas y privadas, y relaciones afectivas.

2.3.2 Ejes temáticos para la educación sexual

En la literatura existen diversas propuestas acerca del contenido temático de la educación sexual de niños con SD en edad escolar (6-12 años). Sin embargo, en la tabla 1 se ejemplifican los ejes temáticos de un programa de educación sexual con sus objetivos más mencionados y que, de forma personal, son indispensables para iniciar con la educación sexual. Este material ofrece recomendaciones sencillas que se pueden llevar a cabo en casa como parte de la educación sexual en jóvenes con discapacidad cognitiva. Así mismo, pretende ser una ayuda para trabajar los conceptos básicos de una forma precisa y clara, de tal forma que los padres y educadores fomenten el desarrollo de la autoestima e identidad personal.

Tabla 1.

Programa “Educación sexual y afectividad para personas con discapacidad cognitiva”

Temática	Objetivos/sugerencias
Desarrollo puberal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Reconocer las partes del cuerpo con sus nombres correctos y explicar en forma simple sus funciones. 2. Reforzar que los genitales son partes privadas de su cuerpo. 3. Enseñar los cambios del cuerpo de niño a adulto y las diferencias entre hombres y mujeres. 4. Conversar sobre las inquietudes de los jóvenes, atender sus problemas y emociones.
Privacidad: cómo enseñar a distinguir qué es público y qué	<ol style="list-style-type: none"> 1. Respecto a las partes privadas del cuerpo es necesario enseñar que: deben mantenerse cubiertas por la ropa interior, la ropa íntima no es suficiente para

es privado	<p>estar en un lugar público, son partes que no puede ver ni tocar nadie, a menos de que ellos lo autoricen.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Enseñar que los lugares privados son aquellos donde se mantiene la privacidad y seguridad. 3. Respetar los espacios privados del joven. 4. Ser consecuente al respetar la diferencia de lugares y actividades privadas y públicas.
Autocuidado, higiene y control de salud	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se sugiere abordar temas como enseñar y modelar el lavado de manos, cepillado de dientes, cuidados personales (afeitarse, depilación, uso de desodorante, uso de ropa limpia), higiene durante periodo menstrual.
Masturbación	<ol style="list-style-type: none"> 1. Muestra recomendaciones de cómo explicar la masturbación como una actividad privada. 2. Entregar conceptos concretos y nombres correctos: tocarse sus partes privadas produce una sensación agradable llamada masturbación.
¿Cómo los jóvenes se relacionan con las demás personas?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se especifican conceptos sobre las relaciones interpersonales y red de confianza, así como el tema de desconocidos y las muestras de afecto. 2. Enseñar a usar correctamente los códigos sociales. 3. Enseñar a canalizar emociones de amor, así como identificar qué es un amor platónico.
Relaciones de pareja,	<ol style="list-style-type: none"> 1. Reforzar la expresión de afectos respetuosa.

<p>matrimonio, paternidad y maternidad.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 2. Explicar una situación en la que el amor es correspondido y otra cuando no lo es. 3. Conocer las diversas formas de expresar cariño en la pareja: tomarse de la mano, abrazarse y besarse. 4. Identificar situaciones en donde la relación no es saludable y es mejor que se termine.
<p>Prevención del abuso sexual</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Denominar los contenidos de las conversaciones en adecuadas e inadecuadas y saludables o tóxicas. 2. Explicar la diferencia entre conversaciones privadas saludables y secretos tóxicos. Las primeras son aquellas donde se cuenta algo que es importante para y desea que se mantenga en secreto. Por el contrario, los secretos tóxicos son conversaciones donde existe incomodidad y desagrado por guardar el secreto. 3. Enseñar a decir "NO" en ejemplos concretos, así como denunciar las situaciones que les den temor o desconfianza a cualquiera de las personas más cercadas de su red de confianza. 4. Identificar los contactos físicos adecuados e inadecuados.

Fuente: adaptado de Lizama y Pastene (2015)

Como se señaló, la enseñanza del cuerpo, la privacidad, el conocimiento acerca de los lugares públicos y privados, la importancia de identificar y comunicar y la prevención del abuso sexual forman parte de las bases sólidas para futuras investigaciones centradas en la creación de un programa de intervención. Se consideraron dichos aspectos debido a la relevancia social para la prevención del abuso sexual en niños con SD en edad escolar siendo así un gran reto para los profesionales cambiar la mirada acerca de la sexualidad y brindar más herramientas dentro y fuera del contexto escolar que promueva la toma de decisiones, la autonomía e independencia y la vida sexual saludable.

Del mismo modo, Down España (2020) propone la estructura por bloques temáticos de la educación sexual de niños en edad escolar con SD (tabla2):

Tabla 2.

Bloques temáticos de un programa de educación sexual (6-12 años)

Bloque temático	Contenido
Género e igualdad	<ol style="list-style-type: none"> 1. Todos somos iguales 2. Roles de género 3. Derechos de las mujeres
Sexualidad	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nuestra sexualidad 2. Identidad sexual 3. Lo que es público y es privado. Partes del cuerpo, lugares y actividades. 4. Mitos sobre la sexualidad.

<p>Afectividad</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Definición de afectividad 2. Tipos de relaciones afectivas: familia, amistad, noviazgo, pareja y matrimonio. 3. Conceptos de familia, amistad, noviazgo, pareja y matrimonio. 4. La autoestima. 5. Autoconcepto. El grupo la norma social. 6. Respeto al derecho del otro. Saber decir NO y también saber respetar el NO ajeno. 7. Habilidades de comunicación para afrontar las situaciones de presión. 8. Expresión de emociones y sentimientos.
<p>Cuerpo</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Conocimientos básicos anatómicos y fisiológicos. 2. Nuestro cuerpo: diferencias hombre/mujer. 3. El cuerpo cambia. 4. Fisiología sexual: menstruación. 5. Reproducción sexual. 6. Higiene personal. 7. Vocabulario.

Fuente: Down España (2020)

Con base en la tabla anterior, se evidencia la importancia de abordar temáticas relacionadas con el género e igualdad y con la afectividad. Por un lado, se ha visto cómo se ha ido modificando la sociedad en el tema de género e igualdad y que no se deja a un lado por tratarse de niños, al contrario, vale la pena reflexionar y no subestimar la capacidad de los niños con SD para comprender dichas problemáticas con el objetivo de promover el respeto a los demás. Por otro lado, la afectividad aborda puntos relevantes en cuanto a la autoestima y autoconcepto, así como las habilidades de comunicación, lo que significa brindar más oportunidades para identificar una situación de riesgo como es el abuso sexual.

Otro punto importante por resaltar en cuanto a la propuesta que el autor plantea es que se habla mucho de lo público y privado en cuanto a las partes del cuerpo y los lugares; no obstante, recupera las actividades como un aspecto que también se debe comprender dentro de lo público y privado.

Finalmente, este capítulo nos invita reflexionar sobre los tabúes y prejuicios que, como adultos, hemos experimentado acerca de la sexualidad. Es importante reconocerlos y superarlos para ofrecer otra manera de actuar ante este tema. Así mismo, se subraya la responsabilidad que conlleva implementar dichas temáticas en un contexto escolar dejando en claro que existen factores que pueden afectar el desarrollo sexual-afectivo de los niños con SD, por lo que resulta indispensable superar estas barreras, brindar información y formación integral sobre la educación sexual integral.

3. Educación sexual: prevención del abuso sexual en niños con Síndrome de Down

Se ha mencionado que los niños con SD son más vulnerables o tienen mayor riesgo de ser víctimas de abuso sexual, no por el hecho de presentar una discapacidad, sino por la existencia de factores externos que se caracterizan por la falta de información, la crianza de los padres (sobreprotección), y los mitos y prejuicios acerca del SD y la sexualidad, lo que conlleva el infantilismo, la falta de intimidad o la dependencia de terceras personas. Por otro lado, se ha resaltado la importancia de la educación sexual integral como un recurso para la prevención del abuso sexual.

Por lo anterior, en este capítulo se indican las señales de alerta ante el abuso sexual con el objetivo de poder identificarlas y actuar ante esta situación. Posteriormente, se presenta un análisis de varias propuestas metodológicas que los autores han llevado a cabo y, finalmente, se exponen las pautas de intervención para la prevención de abuso sexual de edad escolar en población con SD.

3.1 Abuso sexual: definición y señales de alerta de abuso sexual

De acuerdo con la OMS (2010) el maltrato infantil se define como la desatención y los abusos hacia los menores de 18 años. Incluye el maltrato físico y psicológico, desatención, abuso sexual, negligencia y explotación comercial, o de otro tipo que genere un daño en el desarrollo, salud, supervivencia o dignidad del niño, niña o adolescente, en el contexto de una relación de confianza, poder o responsabilidad.

En esta línea, Garvía (2011) define el abuso sexual como cualquier actividad de explotación sexual y emocional de un menor o bien de una persona incapaz de comprender los matices sexuales de una relación y sus consecuencias (por una discapacidad cognitiva). Es necesario subrayar que se trata de un acto que involucra a un niño o niña en una actividad sexual que él o ella no comprende completamente, no tiene capacidad de libre consentimiento o su desarrollo evolutivo (biológico, psicológico y social) no está preparado como lo plantea Roza (2013).

El abuso sexual se sustenta en que el agresor establece una relación secreta con la víctima, lo que hace que esta situación se perpetúe en el tiempo y sea recurrente. Es un acto que viola los derechos fundamentales del ser humano, más aún cuando se trata de una persona con discapacidad cognitiva (Lizama & Pastene, 2015). Por ello, el énfasis en contemplar las conversaciones privadas y los secretos como parte de los contenidos temáticos que se proponen dentro de la educación sexual en edad escolar.

Existen algunas señales de alerta que permiten el reconocimiento de una situación de abuso sexual en niños con SD (tabla 3). A continuación, se muestra una serie de posibles indicadores de abuso sexual que los autores (Garvía, 2011; Couwenhoven, 2012; Lizama & Pastane, 2015; Recio *et al.*, 2017) mencionan:

Tabla 3.

Indicadores de abuso sexual en niños con SD

Tipo de indicadores	Manifestaciones
Físicos	<ul style="list-style-type: none"> • Dificultad para andar o sentarse. • Ropa interior perdida, teñida, desgarrada o manchada con sangre. • Lesiones en los genitales (hematoma en la zona genital, sangrado genital o anal sin causa aparente). • Magulladuras, hemorragia, cortes o arañazos en la cara, boca, cuello, pecho, espalda, genitales, caderas o nalgas de forma inexplicable o inusuales. • Dolor, picor, inflamación o molestias en la zona genital. • Sangre en orina o heces.

	<ul style="list-style-type: none">• Infecciones en genitales sugerentes de infecciones de transmisión sexual.• Cefaleas, migraña o dolores de cabeza.• Objetos extraños en los orificios genital, rectal o urinario.
Conductuales	<ul style="list-style-type: none">• Comportamiento agresivo o impulsivo. Ira injustificada.• Rechazo a una persona o al contacto físico.• Conducta sumisa.• Conductas hipersexualizadas o eróticas.• Negación para participar en actividades sociales y grupales.• Retraimiento o aislamiento social. Relaciones sociales temerosas, reservadas y desconfiadas.• Retroceso en las habilidades ya aprendidas.• Depresión o ataques de llanto excesivo.• Miedo, evitación o resistencia a estar con personas concretas o en determinados sitios.• Trastornos del sueño y la alimentación.• Resistirse al contacto o exploración física• Inicio de conducta autodestructiva (tirarse del pelo, morderse, golpear con la cabeza), lesionar a otros.

	<ul style="list-style-type: none"> • Inicio de contactos sexuales u otras conductas o comentarios sexuales compulsivos e inapropiados. • Falta de interés por la higiene y el aseo. • Inicio de sonidos nuevos (zumbidos, gritos, gemidos). • Verbalizaciones o soliloquios que sugieren que la persona está siendo silenciada o amenazada. • Regresión a conductas infantiles (mojar la cama).
<p style="text-align: center;">Indicadores psicológicos o emocionales</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ansiedad. • Tristeza asociada a baja autoestima. • Falta de confianza en las personas.

Fuente: adaptado de Garvía (2011), Couwenhoven (2013) y Lizama y Pastene (2015) y Recio *et al.*, (2017)

Este conjunto de posibles indicadores ayuda a la detección de abuso sexual en niños, siendo los signos conductuales los de más fácil por identificar debido a que son observables. Hay que recordar que los niños con SD pueden presentar dificultades comunicativas de manera significativa, lo que impide que se realicen verbalizaciones; no obstante, existen otros factores que influyen en la detección de abuso sexual.

3.1.1 Factores que influyen en la detección de abuso sexual en niños con Síndrome de Down

De acuerdo con Garvía (2011), el temor a hablar de sexualidad con las personas con discapacidad intelectual tiene como consecuencia una importante falta de información que repercute en cómo llevan a cabo su vida sexual en edades adultas y en cómo se enfrentan o evitan situaciones de abuso.

En esta dirección, Recio *et al.* (2017) sostienen que el desconocimiento o la escasa información que se tiene sobre el tema, las limitaciones en las habilidades comunicativas y la elevada relación de dependencia hacia sus cuidadores minimizan la capacidad de la persona con discapacidad intelectual a denunciar la situación que está experimentando. Además, sugiere que denunciar una situación de abuso sexual conlleva un proceso de victimización por ciertas barreras por parte de los profesionales:

1. Mala adecuación de los instrumentos, entrevistas y procedimientos de evaluación para la detección de abusos cometidos contra estas personas.
2. El lenguaje y los métodos de los profesionales que trabajan en la detección no están adaptados a las personas con discapacidad intelectual.
3. Se pone en duda la credibilidad de los testimonios por el hecho de tratarse de personas con discapacidad intelectual.
4. El desconocimiento de lo que significa un abuso y las amenazas por parte del agresor, el miedo a que no les crean o la incapacidad para expresar el delito también forman parte de los factores que influyen en la detección del abuso sexual.
5. Las emociones frecuentemente derivadas del abuso, como el miedo, la culpa, la vergüenza o el temor a no ser creído constituyen potentes factores mantenedores del secreto del abuso.

Por su parte, Couwenhoven (2013) y Boissonneault (2021) mencionan otros factores que pueden dificultar la detección del abuso sexual en niños con SD:

1. Son niños que se les educa socialmente para que sean afables y obedientes.
2. Usualmente hay una dinámica en la que un tercero está involucrado en la higiene de la persona con discapacidad intelectual, lo que genera un mensaje de normalidad ante el hecho de que vean y toquen sus partes privadas.

3. La falta de toma de decisiones y el aislamiento social, lo que limita en gran medida la vida social de las personas con discapacidad intelectual y por ende no desarrollan las habilidades sociales necesarias para enfrentarse a situaciones complicadas.

En resumen, existen varios factores que influyen en la detección del abuso sexual que deben ser considerados en conjunto de las señales de alerta para determinar si se ha sido víctima de una situación de abuso sexual. Superar estas barreras y asumir que mi hijo o hija es víctima de abuso sexual conlleva un gran miedo y desconcierto por parte de los cuidadores por saber cómo actuar.

En este sentido, Recio *et al.* (2017) proponen ciertas claves para la detección del abuso sexual en niños con discapacidad intelectual:

1. Considerar la posibilidad de que la persona sea víctima de un abuso independientemente de contar con las confidencias o revelaciones directas de la persona.
2. Prestar atención a los cambios en la persona con que se pueden derivar de una situación de abuso.
3. Atender las verbalizaciones espontáneas sin poner en duda la veracidad del testimonio. Es importante escuchar a la persona y corroborar los hechos sin cuestionar ni otorgar una credibilidad acrítica.
4. Planificar una entrevista de valoración bajo ciertos principios: debe realizarla un profesional capacitado que sea de confianza resguardando la seguridad y confidencialidad de la persona con discapacidad intelectual, no se debe sugerir concretamente el hecho de abuso o maltrato.
5. Registrar la información: todo lo referido por la persona durante la revelación espontánea de forma literal y cuidado de registrar con exactitud las palabras o mensajes emitidos a través de otros sistemas de comunicación. También se

deberá registrar la sintomatología que presenta y el momento de aparición, y los acontecimientos que puedan haber favorecido la revelación de los hechos.

Tanto la observación de los indicadores como de las posibles secuelas pueden ayudar a hacer un seguimiento más cuidadoso de la persona y llevar a cabo las medidas necesarias que permitan valorar si, efectivamente, parecen responder a un posible abuso o se deben a otras causas (Recio *et al.*, 2017).

3.2 Consecuencias del abuso sexual

Las posibles consecuencias se refieren a todo aquel repertorio de manifestaciones psicológicas, conductuales, emocionales y sociales que podrían ser resultado del abuso, pero que no son manifestaciones exclusivas de éste (Recio *et al.*, 2017). Dependiendo de la naturaleza del incidente, el momento de su descubrimiento, las habilidades del niño para afrontarlo y los tipos de intervención que se hayan implementado, serán las secuelas que se puedan manifestar.

Entre las posibles consecuencias del abuso sexual son descritas a continuación por Couwenhoven (2013) y Recio *et al.* (2017):

- Trastorno de estrés post-traumático (TEPT): se expresa con la presencia de imágenes retrospectivas, pesadillas, reducción de la actividad o estados de alerta fisiológico, incapacidad para recordar aspectos del suceso traumático, pensamientos intrusivos y rechazo de aspectos relacionados con el abuso.
- Ansiedad: puede expresarse en forma de hiperactividad, explosiones de ira o agresividad, inseguridad o miedo al relacionarse, regresiones de actividades o habilidades ya desarrolladas.
- Depresión: se manifiesta en forma de retraimiento, falta de vitalidad, abandono del cuidado personal o apatía. También se asocia con la irritabilidad, conducta autolesiva, trastornos de sueño y molestias físicas.

- Dificultades para fijar límites: se expresa en la presencia de conductas sexuales inapropiadas (contactos inapropiados de los genitales de otras personas, masturbación compulsiva, iniciar actividad sexual con niños más pequeños).
- Miedo: temor generalizado de ser dañadas o temores específicos en relación con las personas y los lugares asociados con el incidente de abuso.
- Ira: pueden expresar su enojo ante pequeñas cosas que les ocurran, o hacia las personas o la vida en general.

Con lo revisado hasta el momento, se puede notar la complejidad de identificar una problemática como lo es el abuso sexual en niños con SD. No sólo existe la preocupación por tratarse de una población de mayor riesgo en sufrirlo, sino que hay que sumarle toda la serie de factores externos que se ven inmiscuidos.

Existe una línea delgada para determinar si se trata de abuso sexual o no debido a que varios signos y consecuencias pueden estar asociados a otras problemáticas, por lo que será necesario descartar otras posibles causas. Ante ello, es preciso atender aquello que parezca “raro” en el comportamiento del niño o la niña, buscar evidencias que confirmen o declinen el posible abuso y acudir con un psicólogo o médico.

En el capítulo 2 se habló del papel que juega la educación sexual en el desarrollo de habilidades para afrontar situaciones difíciles y, en específico, aquellas que le permitan reconocer que está siendo víctima de abuso sexual. Es aquí donde cobra relevancia brindar las herramientas necesarias dentro de un programa de educación sexual para la prevención del abuso sexual.

3.3 Análisis de propuestas metodológicas de educación sexual

Existen diversos materiales que describen los componentes a nivel teórico y metodológico de la educación sexual en niños en edad escolar con el objetivo principal de orientar a profesionales y padres y/o cuidadores. En la tabla 4 se indican algunas

guías y propuestas que presentan diferentes autores (Hernández & Jaramillo, 2006; Montes, 2008 y Down España, 2020) y las cuales se retoman en este trabajo por la siguiente justificación.

La primera guía titulada “La educación sexual de niñas y niños de 6-12 años” (Hernández & Jaramillo, 2006) se seleccionó con el objetivo de demostrar que el contenido y las recomendaciones que se brindan en este material hacia las madres, padres y profesorado de educación primaria tiene características similares a las guías o manuales dirigidos a población con SD. De esta forma se deja en evidencia, una vez más, que no es necesario hablar de una educación sexual “especial” siempre y cuando los objetivos se centren en brindar los conocimientos y las herramientas indispensables para prevenir una situación de riesgo (abuso sexual).

La elección de la segunda propuesta titulada “Taller de educación sexual para niños con Síndrome de Down” (Montes, 2008) se basó en el diseño atractivo para la implementación de un taller en niños con SD en México mediante estrategias y actividades lúdicas, así como el uso de recursos didácticos visuales que facilitan la comprensión de los conceptos básicos de sexualidad. Además, promueve el aprendizaje significativo en los niños a partir del juego simbólico que permite ejemplificar situaciones reales.

La tercera opción titulada “Programa de educación afectivo-sexual” (Down España, 2020) presenta un programa de educación afectivo-sexual dirigido a profesionales dividido en bloques de edad: 3-6 años, 6-12 años, 12-18 años y adultos. La importancia de retomar este material radica en que ofrece los componentes indispensables para brindar una educación sexual integral facilitando su ejecución gracias a los bloques temáticos correspondientes a la etapa de desarrollo en la que encuentra el niño o niña.

Tabla 4.*Propuestas y recomendaciones de intervención.*

Autor/año	Título	Contenido
Hernández, G. y Jaramillo C. (2006).	La educación sexual de niñas y niños de 6-12 años.	<p>La guía incluye los siguientes apartados enfocados en cómo abordar la sexualidad con niños en educación primaria:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El sexo y la diferencia sexual: se explica la definición de sexo y se aclara que las diferencias sexuales entre hombre y mujer se reducen a las características físicas. • La sexualidad: Se define qué es la sexualidad y lo que implica. Se exploran las nociones que tienen los niños acerca de la sexualidad. • Educar con lo que somos: Se describe el papel de los miedos, prejuicios y dificultades en relación con la sexualidad. • Quiénes han de educar la sexualidad de niñas y niños: Se habla de la participación de los docentes y los padres como principales orientadores. • Hablar sobre sexualidad: Se consideran las necesidades de los niños, de crear un ambiente de confianza, de atender la singularidad, escuchar y estimular e informar. • El cuerpo: Abordan temas como: los cambios corporales, la curiosidad por los otros cuerpos, el

		<p>autoplacer, sentir que sí/sentir que no, la menstruación, la reproducción humana,</p> <ul style="list-style-type: none"> • Amigas y amigos: Se describe cómo iniciar y elegir vínculos, la amistad, los conflictos y la relación entre niños y niñas. • Los sentimientos amorosos: Se enfoca en la expresión de sentimientos y los vínculos en una relación amorosa (novio, novia). • La violencia sexual y los límites de la sexualidad: Señala la importancia de establecer vínculos sin violencia y cómo identificar una situación de riesgo.
Montes, F. (2008)	Taller de educación sexual para niños con Síndrome de Down.	<p>La propuesta promueve el aprendizaje a través de la participación activa de los participantes. Los temas del programa son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Relaciones sociales: Se espera identificar la relación social que hay con la familia, los amigos y con personas desconocidas a través de dos actividades con apoyo de fotografías. Además, se explican los diferentes tipos de saludos, despedidas, abrazos y caricias. • Reglas sociales: El contenido se basa en la distinción de lugares y comportamientos públicos y privados en casa mediante el juego simbólico con muñecos e imágenes de las habitaciones de la casa.

		<ul style="list-style-type: none"> • El cuerpo humano: Se centra en reconocer las partes del cuerpo mediante esquemas y rompecabezas y se explican las diferencias anatómicas de hombres y mujeres. • Prevención del abuso sexual: se abordan puntos como las relaciones sociales, reglas sociales y el cuerpo humano.
Down España (2020)	Programa de educación afectivo-sexual	<p>El programa plantea 4 bloques temáticos (ver tabla 2):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Género e igualdad. • Sexualidad. • Afectividad • Cuerpo <p>Así mismo, propone una rúbrica guía para la evaluación inicial y “final” de cada uno de los participantes, se presentan 10 criterios para evaluar: conocimiento en vocabulario relacionado con la sexualidad, tener una actitud abierta y respetuosa hacia los actos sexuales, actitud abierta y respetuosa frente a la orientación sexual, conocimiento de las partes del cuerpo, identificación y expresión de emociones, valoración positiva de su realidad, hábitos de higiene, reconocer conductas sexuales de riesgo, dispone de herramientas para iniciar y mantener amistades, dispone de herramientas para mantener relaciones de pareja,</p>

Fuente: elaboración propia

Como se aprecia en la tabla anterior, los autores plantean objetivos similares en cada una de las propuestas presentadas. De hecho, se identifican puntos de

convergencia en los contenidos temáticos como lo son: conceptos de sexualidad, el cuerpo, las relaciones interpersonales y la prevención del abuso sexual. Al respecto, Couwenhoven (2013) señala que las nociones como “un extraño-un peligro”, “contacto agradable-contacto malo” y “simplemente, di no” son ideas desfasadas e irrelevantes que favorecen el aislamiento como medida para la prevención del abuso sexual.

Además, es necesario subrayar que las propuestas se enfocan en proporcionar herramientas y conocimientos para la educación sexual; sin embargo, en las tres propuestas se busca la participación de los padres y/o cuidadores, los niños con SD y los docentes o profesionales involucrados, dejando en claro que la educación sexual es una tarea de todos. De esta forma, se pretende ir más allá de la adquisición de información y conseguir una formación en las competencias de aprender haciendo.

Ahora bien, ¿cómo se puede comprobar el efecto positivo de los programas de educación sexual en niños con SD? En la tabla 5 se indican algunos artículos empíricos en los que se da cuenta de las ventajas de proporcionar educación sexual en un contexto escolar. También permite ver cómo la formación en educación sexual en niños con SD se ve obstaculizada por la falta de información por parte de los padres y/o de los docentes o incluso por las barreras propias de la cultura en cuanto a los prejuicios y tabúes que giran en torno a la sexualidad en niños con SD.

Tabla 5.

Estudios empíricos con propuestas de educación sexual en niños con SD

Autor/año	Método	Objetivo	Resultados y/o conclusiones
Montes, F. (2008)	Taller.	Proporcionar a personas con SD, por medio de un taller, conocimientos, actitudes y valores sobre sexualidad,	Se confirmó que las personas con SD tienen la capacidad para comprender temas de educación sexual, generando en ellos conductas de autoprotección al proporcionarles los conocimientos

		para que sean capaces de diferenciar una situación normal de una situación de riesgo y así prevenir el abuso sexual.	necesarios, utilizando estrategias y material didáctico significativos, diseñado de acuerdo con sus necesidades, edad, capacidad cognitiva y de comunicación.
Pineda, E. y Gutiérrez, E. (2009).	Estudio experimental.	El estudio muestra una intervención con diseño estudio antes-después con grupo de control no equivalente sobre los conocimientos de la sexualidad que tienen los familiares de niños con SD en el Círculo Infantil Especial "Zunzún".	<p>En la fase inicial se aplicó la prueba de entrada para explorar los conocimientos que los padres tenían acerca de sexualidad. La fase experimental implicó la realización de tres talleres:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué es la sexualidad? Su importancia e influencia en la vida diaria. • Esquema corporal. Identidad de género. Características de la sexualidad en edad preescolar, escolar, adolescencia y adultez. • Sexualidad en niños con el SD. Consejos y recomendaciones a los padres. Mitos y prejuicios. Necesidad de información continuada que deben recibir los padres para la orientación de la sexualidad en las diferentes

			<p>edades de estos pacientes.</p> <p>En la última fase se aplicó la prueba de salida para conocer el nivel de preparación que adquirió el padre o la madre y constatar la efectividad de los talleres impartidos.</p> <p>Los resultados arrojaron que antes de los talleres solo el 23.5% de las madres recibieron información sobre la sexualidad. El 100% de los padres vinculan la sexualidad con la genitalidad.</p> <p>Se concluye que los padres mostraron no tener los conocimientos suficientes sobre la sexualidad y a partir de los talleres tuvieron una actitud positiva acerca de su sexualidad y la sexualidad en sus hijos.</p>
Porres, J. (2012).	Estudio descriptivo.	Crear un programa de información sexual para padres de los estudiantes del Instituto Neurológico de Guatemala, quienes presentan Síndrome de Down o Retraso	De acuerdo con el resultado estadístico-porcentual se llegó a la conclusión que los alumnos se manifiestan de una manera inadecuada por la falta de educación y preparación sexual, partiendo de la carencia que se tiene sobre esta temática en los hogares y luego en la institución. Se

		Mental.	considera que el programa a padres será una herramienta fundamental en la preparación como individuos, tanto para ellos como para sus hijos en donde se fomente el buen desarrollo afectivo y sexual de quienes lo pongan en práctica.
Pons, S. <i>et al</i> (2017).	Estudio descriptivo.	Identificar el nivel de conocimientos de a los adolescentes con SD y proponer un programa educativo a partir de la identificación de necesidades de aprendizaje sobre la sexualidad en los estudiantes de la escuela especial Francisco Vicente Aguilera del municipio Manzanillo en el período comprendido entre febrero y abril de 2016.	<p>Se encontraron limitaciones en la oportunidad de aprender debido a que la familia evita el acceso de los niños con SD a cualquier contenido sexual. Por tanto, los niños no comprenden los mensajes, miradas e insinuaciones de las conversaciones entre adultos y adolescentes.</p> <p>El 90% de los padres no tenían conocimiento sobre la educación sexual en adolescentes con síndrome de Down.</p> <p>Los adolescentes son SD tienen conocimiento sobre algunos aspectos de la sexualidad como su sexo y partes del cuerpo, pero se vuelve necesario la creación de un programa educativo.</p>

Fuente: elaboración propia

Los autores coinciden en buscar un cambio no sólo a nivel conceptual, sino también a nivel actitudinal hacia la sexualidad, un cambio de postura sobre lo que se conoce de la sexualidad y las necesidades que el niño con SD tiene entorno a este tema. A partir de los resultados presentados por cada autor se concluye lo siguiente:

1. La educación sexual en niños con SD se ve limitada por el desconocimiento que los padres o profesionales pueden tener acerca de la sexualidad.
2. Se deja en evidencia el error común de atribuir como aspecto único de la sexualidad a la genitalidad, dejando fuera otros aspectos más allá de las características anatómicas diferenciales o el acto de tener relaciones sexuales.
3. Los niños con SD o discapacidad intelectual tienen las mismas oportunidades de aprender y comprender los temas relacionados con la sexualidad con características particulares en su proceso de aprendizaje, pero este *per se* no lo determina.
4. Los talleres resultan ser una forma viable de brindar herramientas y de poner en práctica lo aprendido dentro de un espacio de confianza.

Down España (2018) menciona que uno de los avances en la vida de las personas con SD es su creciente autonomía, que se traduce en el ejercicio de las habilidades sociales, iniciado tempranamente (higiene, alimentación, juego y entretenimiento, etc.), y reforzado en la adolescencia, juventud y adultez a través de las relaciones sociales cultivadas en la familia, vecindario, escuela y entorno laboral.

Finalmente, se enfatiza en los efectos positivos como consecuencia de brindar un programa integral de educación sexual basado en la transmisión de conocimientos y la participación de los agentes involucrados de forma significativa en tanto se comprenda que la sexualidad es un derecho que toda persona tiene para vivir de forma plena y saludable. Resulta indispensable señalar que existen temas que se deben abordar durante la edad escolar y que los contenidos y adaptaciones deben estar en función del desarrollo evolutivo del niño, así como de considerar la educación sexual como una respuesta ante la problemática del abuso sexual.

Conclusiones

La educación sexual integral oportuna es una responsabilidad compartida entre la familia, la escuela, el estado y la sociedad. La participación de estos agentes en la dimensión sexual en niños con SD como parte de su desarrollo es de vital importancia puesto que hablamos de un derecho de toda persona y de las herramientas necesarias para que los futuros adultos con SD vivan una sexualidad plena y saludable.

Cada vez más familias aceptan la sexualidad de sus hijos, pero muchas otras se niegan a ello, obvian el tema o incluso se lo prohíben (Meneses & Becerra, 2020). Asumir una postura distinta a la tradicional caracterizada por un rechazo a la sexualidad significa romper con nuestros miedos, con los esquemas que han permeado nuestra vida alrededor de la sexualidad y con los sentimientos de vergüenza presentes en la historia personal. Vale la pena cuestionarnos si nuestras creencias deben perdurar y trascender en la vida de otro o decidimos brindar un espacio de confianza y una oportunidad para que los niños con SD crezcan con las habilidades necesarias para enfrentar situaciones difíciles, de tal forma que se fortalezcan la toma de decisiones y la autonomía.

Se sostiene que no existe una educación sexual especial para niños con SD, así como no se habla de un desarrollo especial. No se trata de negar su realidad y particularidad de cada niño/a, sino de considerar sus habilidades y ofrecer la formación e información pertinente para favorecer su aprendizaje; se reconoce que el procesamiento de información puede ser más lento, pero no por ello se admite que el niño o la niña no comprende lo que se le está explicando.

El desarrollo de los niños/niñas con SD contempla las mismas etapas evolutivas que las de niños sin discapacidad intelectual solo que a un ritmo más lento en correspondencia con la formación del resto de sus procesos intelectuales y emocionales. y por eso, se piensa erróneamente en niños indefensos e incapaces de comprender lo que sucede a su alrededor. Incluso, se corre el riesgo de emplear la discapacidad intelectual como una razón suficiente para justificar conductas desadaptativas (por ejemplo: tocarse sus partes íntimas en público).

Ahora bien, hablando sobre la sexualidad en niños con SD, es importante considerar que su desarrollo afectivo-sexual se ve afectado por la influencia de factores externos como lo son los mitos, prejuicios y tabúes que orillan a los padres a no tocar el tema generando mayor incertidumbre: ¿cómo hablo de sexualidad con mi hijo?

Por esta razón, es indiscutible el hecho de buscar soluciones para que las personas con SD puedan expresar sus intereses sexuales en específico comenzando su formación desde edades tempranas que les permitan comprender temas como: lo público y lo privado (partes del cuerpo, lugares y actividades), las relaciones interpersonales, la identificación y el reconocimiento de sus emociones, los cambios físicos y hormonales presentes en la pubertad y la prevención del abuso sexual.

El acompañamiento con profesionales como psicólogos, profesores o médicos se debe caracterizar por brindar una orientación completa y adecuada hacia los padres o cuidadores como parte del proceso psicoeducativo. El fin de la intervención de los profesionales correspondientes es preparar a los padres y/o cuidadores de niños con y sin discapacidad para la transición de niños a adolescentes y de adolescentes a adultos, dejando atrás el principal mito en relación con el SD: eternamente niños.

Para conseguir lo anterior, es indispensable considerar los siguientes elementos que forman parte de las conclusiones de este trabajo:

1. La educación sexual es una medida preventiva del abuso sexual. El abuso sexual es una situación totalmente inaceptable que se puede prevenir si se brinda una formación adecuada desde edades tempranas con el objetivo de que los niños, adolescentes y adultos con SD reconozcan su sexualidad e identifiquen y comuniquen situaciones de riesgo (por ejemplo: contacto físico de personas desconocidas).
2. La educación sexual no significa genitalidad. La educación sexual integral incluye los aspectos afectivos (emociones y sentimientos), comunicación, relaciones interpersonales, límites y conductas, actividades y lugares públicos y privados, prevención del abuso sexual.

3. Las personas con SD sienten y viven su sexualidad. Su aprendizaje puede requerir más tiempo y apoyo, por lo que el modo en cómo se expliquen el contenido debe ser claro, concreto y utilizando los términos adecuados, recordando que uno de los objetivos es aclarar las creencias en relación con la sexualidad y el SD.
4. El papel de los padres y/o cuidadores es mantenerse informados sobre el tema, teniendo los recursos siempre disponibles para ser ese adulto significativo que pueda aclarar las dudas que puede manifestar su hijo/a en relación con la sexualidad. Así mismo, proporcionar un espacio de confianza para escuchar, conocer y atender sus necesidades.

Llegado este punto, vale la pena recordar el objetivo del presente trabajo: describir las pautas de intervención para la prevención de abuso sexual en edad escolar en población con Síndrome de Down. Con ello, se espera que las pautas que se plantean a continuación puedan ser una guía y un apoyo a modo de bosquejo para diseñar un plan de intervención:

1. Ser consciente de la vulnerabilidad que los niños y niñas con SD tienen para ser víctimas de abuso sexual.
2. Proporcionar las herramientas conceptuales y metodológicas acerca de la educación sexual a los niños con SD, padres y profesorado, incluyendo la dimensión afectiva-sexual como parte importante del desarrollo de los niños.
3. Como profesional, desarrollar las habilidades y competencias para la evaluación, detección e intervención del abuso sexual.
4. Atender los indicadores de riesgo. Los padres y/o cuidadores y profesionales deben ser capaces de identificar los diferentes aspectos físicos, conductuales y psicológicos que los niños pueden manifestar como indicadores de abuso sexual.
5. Crear un espacio de confianza en el que los cuidadores y los niños puedan

expresar sus inquietudes acerca de su sexualidad y la prevención del abuso.

6. Considerar las características de los niños con SD y realizar las adaptaciones necesarias en cuanto al contenido y el modo en cómo se brinda esta orientación.
7. En cuanto a estrategias metodológicas, se sugiere el uso de recursos visuales (esquemas, pictogramas, videos) y el juego simbólico. Es importante considerar las adaptaciones en los materiales utilizados para garantizar su comprensión y se logre un aprendizaje efectivo y significativo.
8. Los temas indispensables en una intervención de “educación sexual: prevención del abuso” en niños en edad escolar con SD que se deben considerar son los siguientes:
 - Conceptos básicos de la sexualidad: aclarar los falsos conceptos.
 - Partes del cuerpo: enseñar las partes del cuerpo y distinguir las partes privadas de las partes públicas.
 - Intimidad y privacidad: identificar las actividades, conductas y los espacios públicos y privados.
 - Identificación y expresión de emociones: desarrollar habilidades para la expresión asertiva de emociones.
 - Autocuidado e higiene: identificar los cambios anatómicos que se van presentando en el desarrollo preadolescente y adolescente.
 - Prevención del abuso sexual: reconocer situaciones de riesgo como las conversaciones y el contacto físico inadecuado, saber qué hacer y cómo comunicarlo.
9. Por último, tener presente los objetivos finales que se esperan a partir de esta formación de educación especial en los niños con SD: desarrollar habilidades sociales, promover la expresión asertiva de emociones, identificar situaciones de

riesgo, fortalecer la autoestima, evitar conductas desadaptativas, establecer relaciones interpersonales, promover la autonomía y toma de decisiones, desarrollar una actitud positiva frente a la sexualidad y reducir el riesgo de abuso sexual.

En este sentido, algunas medidas que se pueden implementar en casa desde un primer momento para favorecer el desarrollo sexual-afectivo de los niños con SD y prevenir una situación de riesgo como abuso sexual son las siguientes:

- respetar la intimidad de los niños en cuanto a la higiene (independencia para bañarse, ingresar al baño o al probador acorde a su sexo),
- enseñar a decir “no” cuando se presenta una situación desagradable,
- nombrar las partes del cuerpo de forma correcta y
- mostrar los lugares privados y públicos (baño y sala de estar, por ejemplo).

Con relación al papel del psicólogo se destaca en ser promotor de la educación sexual como un derecho de toda persona, evaluador de los programas o proyectos en materia de educación sexual en cuanto al contenido y estrategias psicopedagógicas, así mismo, debe resaltarse como profesional capaz de ejecutar dichos programas con el objetivo de proporcionar la información necesaria y establecer una red de apoyo entre el niño con SD y la familia, escuela y sociedad, así como favorecer su inclusión social. Además, debe orientar y promover el desarrollo de conductas sexuales adaptativas en niños con SD desde edades tempranas con el fin de favorecer el desarrollo sexual afectivo. De este modo se deja en claro la actuación inmediata de diseñar programas de intervención con un enfoque multidisciplinario a partir de las pautas que se han establecido como principal aportación del presente trabajo.

De este trabajo se deriva la necesidad inmediata de futuras investigaciones complementarias que se caractericen por sensibilizar a los padres y/o cuidadores sobre la importancia de brindar una educación sexual temprana en los diferentes contextos mediante la participación multidisciplinaria de profesionales de salud como medida de

prevención del abuso sexual en niños con SD, e incluso que pueda iniciar el proceso de concientización desde las creencias irracionales que los padres tienen acerca de la sexualidad. Además, se espera mayor interés y apertura por parte de las autoridades correspondientes para la inclusión de programas o talleres dentro de las escuelas con el objetivo de superar la errónea equivalencia de sexualidad=genitalidad y proporcionar una perspectiva diferente frente a la sexualidad como una dimensión que forma parte del desarrollo de los niños, así como lo es la dimensión cognitiva, social y motriz.

Además, sería enriquecedor que las futuras líneas de investigación ofrezcan un estudio longitudinal en el que se pueda evaluar no sólo los resultados inmediatos, sino a largo plazo en las diferentes etapas evolutivas y constatar que los cambios actitudinales resultantes de la implementación de un programa de educación sexual perduran en la etapa de adultez de las personas con SD o al momento de establecer una relación amorosa con alguien más.

Al respecto, Garvía (2011; citada en Meneses & Becerra, 2020) resalta el hecho paradójico de que se les apoye a las personas con SD y anime para que trabajen, se relacionen y se integren con el resto y, sin embargo, luego no se muestre ese apoyo en lo relacionado con las habilidades socio-sexuales, tema que es muy importante para ayudarles a conocer su cuerpo y demás aspectos. Con una buena educación sexual las personas con SD podrán adquirir nuevos conocimientos y ese grado de madurez necesario para establecer relaciones, evitar abusos y disfrutar de su sexualidad, así como de su autonomía.

Finalmente, se vuelve necesario recordar que se busca un cambio de actitud y postura frente al tema de sexualidad, el reconocimiento de dicha esfera en el desarrollo del niño con SD permite una mayor comprensión de sus necesidades. Es un gran reto sensibilizar a la población sobre este tema tabú y concientizar a los padres y/o cuidadores que los niños con SD tienen la oportunidad de llevar una vida plena, pero no es imposible.

Referencias

- Aguilasocho, T. (2014, 31 de enero). *El desarrollo afectivo sexual, desde la niñez hasta la adultez* [ponencia]. National Down Syndrome Congress, Monterrey, México. <https://studylib.es/doc/7207353/s%C3%ADndrome-de-down--el-desarrollo-afectivo-sexual--desde-la...>
- Bain, B. (2016). Hablar sobre la sexualidad con mi hijo. *Revista Virtual Canal Down21*, 185. <https://www.down21.org/revista-virtual/revista-virtual-2016/1722-revista-virtual-octubre-2016-numero-185/2984-articulo-profesional-octubre-2016.html>
- Barrio, E. y Moreno, B. (2014). Sexualidad en personas con síndrome de down: prácticas, actitudes y conocimientos: un estudio empírico exploratorio. *Siglo cero: Revista Española sobre Discapacidad Intelectual*, 45 (252), 8-21. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5203364&orden=0&info=link>
- Boissonneault, D. (2021). *Sexualidad y discapacidad intelectual*. Red Down México. <https://red-downmexico.org/sexualidad-y-discapacidad-intelectual/>
- Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. (2014, 04 de diciembre). *Ley General de los Derechos de niñas, niños y adolescentes*. Diario Oficial de la Federación. <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGDNNA.pdf>
- Cammarata-Scalisi, F., Da Silva, G., Cammarata-Scalisi, G., Sifuentes, A. (2010). Historia del Síndrome de Down. Un recuento lleno de protagonistas. *Canarias Pediátricas*, 34 (3), 157-159. <https://dialnet.unirioja.es/download/articulo/3719661.pdf>
- Comisión Nacional de los Derechos Humanos. (2020). *La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su proceso Facultativo*. <https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/documentos/2019-05/Discapacidad-Protocolo-Facultativo%5B1%5D.pdf>

- Couwenhoven, T. (2012) La prevención del abuso sexual. *Revista Virtual Síndrome de Down*, 138. <https://www.down21.org/revista-virtual/1634-revista-virtual-2012/revista-virtual-noviembre-2012-numero-138/3954-articulo-profesional-abuso-sexual-4-parte.html>
- Couwenhoven, T. (2013). La educación sexual es la prevención del abuso sexual. *Revista Síndrome de Down*, 30, 9-14. <http://sid.usal.es/idocs/F8/ART19610/couwenhoven.pdf>
- Díaz-Cuéllar, S., Yokoyama-Rebollar, E. y Del Castillo-Ruiz, V. (2016). Genómica del síndrome de Down. *Acta Pediátrica Mexicana*, 37 (5), 289-296. <http://www.scielo.org.mx/pdf/apm/v37n5/2395-8235-apm-37-05-00289.pdf>
- Down España. (ed.). (2018). *El síndrome de Down hoy. Dirigido a familias y profesionales*. <https://www.sindromedown.net/wp-content/uploads/2019/02/S%C3%ADndrome-de-Down-hoy.pdf>
- Down España. (ed.). (2020). *Programa de educación afectivo-sexual*. https://www.sindromedown.net/wp-content/uploads/2021/02/DOWN_EdSexual_12Feb.pdf
- Esparza-Ocampo, K., Chaidez-Fernández, Y., Magaña-Ordorica, D., Angulo-Rojo, C., Guadrón-Llanos, A., Castro-Apodaca, F. y Magaña-Gómez, J. (2022). Principales características fenotípicas crónico degenerativas asociadas al síndrome de Down: Una revisión narrativa. *REVMEDUAS*, 12, (3-22). <https://hospital.uas.edu.mx/revmeduas/articulos/v12/se/down.pdf>
- Fernández, A. D. (2016). Aspectos generales sobre el Síndrome de Down. *Revista Internacional de Apoyo a la Inclusión, Logopedia, Sociedad y Muticulturalidad*, 2 (1), 33-38. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6941140.pdf>
- García-Piña, C. (2016). Sexualidad infantil: información para orientar la práctica clínica. *Acta Pediátrica de México*, 37 (1), 47-53. <https://www.redalyc.org/journal/4236/423644006007/html/>

- Garvía, B. y Miquel, M. J. (2009). La vida sexual y afectiva de las personas con síndrome de Down. *Repositorio IBERamericano sobre DIScapacidad*, (43), 12-17. <http://riberdis.cedid.es/handle/11181/3342#:~:text=Las%20personas%20con%20s%C3%ADndrome%20de%20Down%20tienen%2C%20sienten%20y%20pueden,y%20en%20lo%20posible%20satisfechas>
- Garvía, B. (2011). *Síndrome de Down. Relaciones afectivas y sexualidad*. Fundación Catalana Síndrome de Down. https://www.sindromedown.net/wp-content/uploads/2014/09/87L_relaciones.pdf
- González, A. B., Marrero, J. C., Lugo, C. C. y González, C. R. (2022). Sexualidad en personas con discapacidades. Síndrome de Down, el papel de la familia. *Revista Sexología y Sociedad*, 28 (2), 303-321. <https://revsexologiaysociedad.sld.cu/index.php/sexologiaysociedad/article/view/753/788>
- Hernández, G. y Jaramillo, C. (2006). *La educación sexual de niñas y niños de 6 a 12 años. Guía para madres, padres y profesorado de Educación Primaria*. <http://www.codajic.org/sites/default/files/sites/www.codajic.org/files/La%20educaci%C3%B3n%20sexual%20de%20ni%C3%B1as%20y%20ni%C3%B1os%20de%206%20a%2012%20a%C3%B1os.pdf>
- Instituto Mexicano del Seguro Social (2022, junio). *Fortalece IMSS atención médica a población con Síndrome de Down como parte de los esfuerzos de la cultura inclusiva*. [comunicado de prensa]. <https://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/202206/313#:~:text=En%20M%C3%A9xico%2C%20la%20Secretar%C3%ADa%20de,alteraci%C3%B3n%20gen%C3%A9tica%20humana%20m%C3%A1s%20com%C3%BA>
- Kids Emotion. (2022). *Los repertorios básicos en conducta*. <https://kidsemotion.com.mx/los-repertorios-basicos-en-conducta/>
- Lizama, M. y Pastene, C. (eds.) (2015). *Educación sexual y afectividad para personas con discapacidad cognitiva*. Centro UC Síndrome de Down. http://www.centroucdown.uc.cl/images/PDF/PDF_25.pdf

- Mayo Clinic. (2018, 08 de marzo). *Síndrome de Down*. <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/down-syndrome/symptoms-causes/syc-20355977>
- Meneses, N. y Becerra, M. T. (2020). Estudio bibliométrico sobre la sexualidad en el síndrome de Down. *Revista Española de Discapacidad*, 8 (2), 185-208. https://www.researchgate.net/publication/347606591_Estudio_bibliometrico_sobre_la_sexualidad_en_el_sindrome_de_Down
- Montes, F. M. (2008). *Taller de educación sexual para niños con Síndrome de Down* [tesis de licenciatura, Universidad Pedagógica Nacional]. <http://200.23.113.51/pdf/25632.pdf>
- National Down Syndrome Society (2017). *An Overview of Down syndrome*. [folleto] <https://www.friendssupport.org/images/pdf/NDSSGENERALBROCHURESspanish.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2010, marzo). *Violencia sexual en Latinoamérica y el Caribe: Análisis de datos secundarios*. https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=3341:2010-sexual-violence-latin-america-caribbean-desk-review&Itemid=0&lang=es#gsc.tab=0
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: un enfoque operativo*. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274656/9789243512884-spa.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2023, 18 mayo). *Educación sexual integral*. <https://www.who.int/es/news-room/questions-and-answers/item/comprehensive-sexuality-education>
- Pineda, E. J. y Gutiérrez, E. (2009). Estrategia de intervención educativa sobre sexualidad en niños con el síndrome de Down. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 25 (3), 95-104. https://www.researchgate.net/publication/262711117_Estrategia_de_intervencion_educativa_sobre_la_sexualidad_en_ninos_con_el_sindrome_de_Down

- Pons, S., López, E., González, R., Gutiérrez, E. y Benítez, M. (2017). Propuesta educativa para elevar los niveles de conocimiento sobre sexualidad en adolescentes síndrome de Down. *Multimedia Revista Médica*, 21 (2), 88-99. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=72891>
- Porres, J. (2012). Programa a padres de familia sobre educación sexual para la salud y la promoción del desarrollo individual y social de los estudiantes del instituto neurológico de Guatemala. *Horizontes Pedagógicos* 14 (1), 43-67. <https://horizontespedagogicos.iberro.edu.co/article/view/324>
- Recio, M., Galindo, L., Cendra, J., Alemany, A., Villaró, G. y Martorell. (2017). *Abuso y discapacidad intelectual. Orientaciones para la prevención y la actuación*. Fundación Carmen Pardo-Valcarce. <https://plenainclusionmadrid.org/recursos/abuso-discapacidad-intelectual-orientaciones-la-prevencion-la-actuacion/>
- Roza, M. (2013). Maltrato en niños con Síndrome Down: factores de riesgo y protección. *Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología*, 13 (7), 57-74. <https://revistas.unbosque.edu.co/index.php/CHP/article/view/1349/971>
- Ruíz, E. (2014, 2-3 de agosto de 2014). *Características psicológicas y del aprendizaje del alumno con Síndrome de Down* [seminario]. Seminario Miradas de una realidad, Chile. https://down21-chile.cl/cont/cont/2014/96_3_caracteristicas_psicologicas.pdf
- The National Child Traumatic Stress Network. (2009). *Desarrollo sexual y conducta en los niños. Información para padres y cuidadores*. [folleto]. <https://www.nctsn.org/resources/desarrollo-sexual-y-conducta-en-los-ninos-informacion-para-padres-y-cuidadores>