



UNIVERSIDAD DEL AZUAY

**FACULTAD DE FILOSOFIA, LETRAS Y CIENCIAS DE
LA EDUCACIÓN**

**ESCUELA DE EDUCACIÓN ESPECIAL Y
PRE - ESCOLAR**

**LA SEXUALIDAD DE LOS NIÑOS CON SÍNDROME DE
DOWN EN LA ADOLESCENCIA**

**Trabajo de graduación previo a la obtención del título de
Licenciada en Educación Especial y Pre – Escolar**

Autora: Ana Carolina Carrasco Cordero

Directora: Dra. Esperanza Durán Durán

**Cuenca - Ecuador
2008**

Esta monografía dedico a las tres personas más importantes en mi vida
Mi mami, mi esposo y mi hija Ana Paulina
Con mucho amor y cariño

**Agradezco a mi mami por haberme dado la oportunidad de estudiar gracias
por tu apoyo en todo sentido.**

**A mi José por haberme dado todo el amor del mundo
y apoyado para cumplir todas mis metas,
gracias por ser tan especial.**

**También doy gracias a Dios por haberme dado una hija tan
comprensiva que siempre me entendió cada vez que
no tuve tiempo para estar con ella gracias mi corazón por estar siempre
conmigo te quiero mucho.**

**Quiero también agradecer a Esperanza por haberme apoyado a realizar mi
tema gracias por brindarme toda su experiencia.**

INDICE DE CONTENIDOS

Portada.....	i
Dedicatoria.....	ii
Agradecimientos.....	iii
Indice de Contenidos.....	iv
Resumen.....	v
Abstract.....	vi
Capítulo 1: El Síndrome de Down.....	7
Introducción.....	7
1.1 Definición.....	7
1.2Cómo se forma el síndrome de Down.....	7
1.3Tipos de Trisomía.....	9
1.4Características Físicas.....	10
1.5Características Psicológicas.....	11
1.6Diagnóstico.....	15
1.7Formas de Trabajo.....	16
Conclusiones.....	21
Capítulo 2: La Adolescencia y la Sexualidad.....	22
Introducción.....	22
2.1Adolescencia.....	23
2.1.1Características Físicas.....	24
2.1.2Características Psicológicas.....	30
2.2Afectividad.....	32
2.2.2Relación con el otro.....	33
2.3Educación Afectivo Sexual.....	34
2.4Que es la sexualidad.....	35
2.4.1Cuando aparece la sexualidad.....	36
2.4.2Desarrollo Sexual normal del discapacitado.....	38
2.4.3Cómo hablar con tu hijo de sexualidad.....	39
Conclusiones.....	41
Capítulo 3: Contenidos para trabajar un taller para padres.....	42
Introducción.....	42
3.1Contenidos para desarrollar un taller para la familia.....	43
3.2Metodología.....	44
3.5Contenidos básicos.....	45
3.6Recursos.....	46
Conclusiones.....	47
Bibliografía General.....	48
Bibliografía Internet.....	49

RESUMEN

En esta tesis se abordará lo que significa la afectividad y la sexualidad en el desarrollo de todas las personas y en particular de los jóvenes con síndrome de Down.

Se destacará la importancia de la orientación y capacitación a los padres como fundamento de un crecimiento afectivo y sexual sano. Por último se planteará un esquema del desarrollo de un taller dirigido a la familia de los jóvenes con discapacidad intelectual.

ABSTRACT

This thesis studies what affection and sexuality mean in the development of every person, and in particular, in the development of young people suffering from the Down Syndrome. I emphasize the importance of parents orientation and training as the foundation of a healthy affective and sexual growth. Finally, I propose a plan for the development of a workshop addressed to the family of a young people with this intellectual disability.

CAPÍTULO I

EL SINDROME DE DOWN

Introducción

En este primer capítulo dará a conocer cuales son las principales características del síndrome de Down, que pasa en el organismo, cómo se forma, quién lo descubrió, características, etc.

Además de como es su comportamiento psicológico y cómo se desenvuelve en las diferentes áreas, cómo sus padres pueden sacarlos adelante mediante cariño, amor y sobre todo la aceptación de que es un niño que merece los mismos cuidados que cualquier otro ser humano que viene al mundo.

1.1 DEFINICION DEL SINDROME DE DOWN

“El síndrome de Down consiste en un trastorno cromosómico causado por un error de la división celular que da como resultado la presencia de un tercer cromosoma 21 adicional, o trisomía del cromosoma 21” (Durán Esperanza, 2003, 1)

1.2 COMO SE FORMA EL SINDROME DE DOWN

Un síndrome significa la existencia de un conjunto de síntomas que definen o caracterizan determinada condición patológica.

El síndrome de Down fue identificado en el siglo pasado por el médico inglés John Langdon Down, pero no fue sino hasta 1957 que el doctor Jerome Lejeune descubrió que la razón esencial de que apareciera este síndrome se debía a que los núcleos de las células tenían 47 cromosomas en lugar de los 46 habituales.

Aún se desconoce por que el bebé tiene este cromosoma extra y como ello perturba y distorsiona el desarrollo de su estructura y funciones normales. Sin embargo será uno de los gametos óvulo o espermatozoide el que porte en su contenido cromosómico este exceso.

Siendo más frecuente la presencia de esta anomalía en el óvulo que en el espermatozoide de ahí que a partir de cierta edad (40 – 45 años) se recomienda a las mujeres evitar el embarazo ya que existen mayores posibilidades de errores de este tipo.

Sin embargo “de la población total de embarazos anuales, las madres de edad madura tienen menos bebés, un 75% de los bebés con síndrome de Down son hijos de madres más jóvenes, porque hay más mujeres jóvenes que maduras que dan a luz.” (p3)

“Sólo un 9% del total de embarazos anuales corresponden a las mujeres de 35 años o mas, pero un 25% de los bebés con síndrome de Down son de mujeres de este rango de edades.” (p3)

Además de todo lo expuesto anteriormente si fue el óvulo o espermatozoide, no hay ninguna razón para culpabilizar al padre o a la madre por lo que hicieron antes o durante el embarazo, los bebés con síndrome de Down son bebés como otros, fruto del amor de sus padres, que presentan una discapacidad, condición que se puede afrontar con apoyo de padres y maestros.

1.3 Tipos de Trisomía

Existen tres tipos de trisomía que son:

- 1.3.1 **Trisomía libre o simple:** Esta circunstancia es la más frecuente en el síndrome de Down, el 95% de las personas con síndrome de Down poseen esta trisomía simple. En este tipo de trisomía existe una no disyunción de la pareja 21 de cromosomas, esa célula aporta 24 cromosomas que al unirse con la otra célula germinal que aporta 23 cromosomas, la nueva concepción tendrá 47 cromosomas y a partir de ella todas las demás células tendrán 47 cromosomas.
- 1.3.2 **Translocación:** Alrededor de un 3.5% de personas con síndrome de Down poseen esta trisomía, presentan dos cromosomas del par 21 completos o sea lo normal, pero más un pedazo que generalmente se encuentra pegado o adherido de otro par: el 14 o el 22 aunque generalmente es el 14. Lo más importante de la trisomía por translocación es que el padre o la madre se comportan como portadores, ellos no presentan la trisomía porque solo tienen dos unidades 21, pero dado que una se encuentra pegada a otro cromosoma, es posible que se pueda repetir en más óvulos o espermatozoides y transmitir esa anomalía a otros hijos que también serían portadores, otra posibilidad es que su hijo tenga hijos con síndrome de Down, o se da que no posean ni sean portadores de esta condición.
- 1.3.3 **Mosaicismo:** Aparece en el 1.5% de los niños con síndrome de Down, ésta se produce porque a lo largo de las divisiones celulares, surge en alguna de ellas la no disyunción de la pareja del cromosoma 21 de modo que una célula tendrá 47 cromosomas mientras que las demás tendrán 46. El término mosaicismo no es exclusivo del síndrome de Down, es tomada del término mosaico que es el conjunto formado por piezas y materiales de varios colores eso quiere decir que una persona posee una composición cromosómica que no es homogénea sino que posee variantes. En el síndrome de Down

concretamente, algunas células del cuerpo tienen 46 cromosomas que es lo normal mientras que otras células tienen 47 cromosomas, y ese cromosoma extra pertenece a la pareja 21 por lo presentan trisomía 21.

1.4 CARACTERISTICAS FISICAS

A pesar de que hay más de 50 signos reconocidos del síndrome de Down, es raro encontrar una persona con todos o una gran cantidad de éstos. Algunas características son las siguientes:

1. Hiperflexibilidad (la habilidad de flex excesivamente las coyunturas);
2. Manos chicas y anchas con un solo pliegue en la palma de una o ambas manos;
3. Pies anchos con los dedos cortos;
4. El puente de la nariz plano;
5. Orejas pequeñas, de implantación baja
6. Cuello corto;
7. Cabeza pequeña;
8. Cavidad oral pequeña
9. Disminución del tono muscular

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

Aparte de un distintivo aspecto físico, los niños con síndrome de Down frecuentemente experimentan problemas relacionados de salud. Por causa de la baja resistencia, estos niños son más propensos a los problemas respiratorios. Los problemas visuales, tales como el estrabismo y la miopía, son comunes en los niños con síndrome de Down, al igual que la deficiencia del lenguaje.

Aproximadamente una tercera parte de los bebés que tienen síndrome de Down tienen además defectos en el corazón, la mayoría de los cuales pueden ser corregidos. Algunos

individuos nacen con problemas gastrointestinales que también pueden ser corregidos, por medio de una intervención quirúrgica.

Algunas personas con síndrome de Down también pueden tener una condición conocida como Inestabilidad Atlantoaxial (Atlantoaxial Instability), una desalineación de las primeras dos vértebras del cuello. Esta condición causa que estos individuos sean más propensos a las lesiones si participan en actividades durante las cuales pueden extender demasiado o encorvar el cuello. A los padres se les pide un examen médico al respecto, para determinar si al niño se le debe prohibir los deportes y actividades que puedan dañar el cuello. A pesar de que esta desalineación puede ser una condición complicada, un diagnóstico correcto podría ayudar en la prevención de las lesiones serias.

En muchos casos los niños con síndrome de Down son propensos a subir de peso con el tiempo. Además de las implicaciones sociales negativas, este aumento de peso amenaza la salud y longevidad de estos individuos. Una dieta controlada y un programa de ejercicio podrían presentar una solución a este problema

1.5 CARACTERÍSTICAS PSICOLÓGICAS

Para plantear un programa educativo para cualquier niño, con o sin síndrome de Down, se ha de partir del conocimiento del niño. Por ello es esencial comenzar por establecer cuáles son las principales características psicológicas del niño con síndrome de Down y a partir de allí planificar la intervención educativa.

Existe una gran variabilidad entre los niños con síndrome de Down incluso mayor que la que se da en la población en general, no hay dos niños con síndrome de Down iguales, a causa de patrones de tipo interno como del entorno en el que se desarrollan.

Entre los principales aspectos que hay que tener en cuenta están los siguientes:

Personalidad: Se les califica de obstinados, afectuosos, sociables o sumisos, sin embargo y por encima de estereotipos y coincidencias aparentes se encuentra una rica variedad de temperamentos, algunas de las características generales en la personalidad de los alumnos con síndrome de Down son:

- ▶ Escasa iniciativa
- ▶ Tendencia a la persistencia de las conductas y resistencia al cambio
- ▶ Menor capacidad de respuesta y de reacción frente al ambiente
- ▶ Suelen mostrarse colaboradores y ser afectuosos y sociables
- ▶ En el trabajo son trabajadores constantes y tenaces, puntuales y responsables, realizando las tareas con cuidado y perfección.

Motricidad:

- ▶ Torpeza motora tanto gruesa como fina
- ▶ Lentitud en sus realizaciones motrices
- ▶ Hipotonía muscular y laxitud de los movimientos
- ▶ Mala coordinación.
- ▶ Dificultades con lo antigravitatorio

Atención: La atención varía en función del interés de la tarea

- ▶ Dificultad para mantener la atención sobre todo durante períodos de tiempo prolongados.
- ▶ Facilidad para la distracción frente a estímulos diversos y novedosos.

Percepción:

- ▶ Mejor percepción y retención visual que auditiva
- ▶ Su umbral de respuesta general ante estímulos es más elevado

Inteligencia: El SD siempre se acompaña de deficiencia mental, en diferentes grados

- ▶ Nivel intelectual en el rango de la deficiencia ligera o moderada en general
- ▶ Obtienen mejores resultados en las pruebas manipulativas que en las verbales
- ▶ Es difícil para ellos generalizar lo que aprenden
- ▶ Necesitan más tiempo para responder

Aspectos Cognitivos:

- ▶ Dificultad para manejar diversas informaciones
- ▶ Lentitud para procesar y codificar la información y dificultad para interpretarla.
- ▶ Les resultan difíciles los procesos de conceptualización, generalización, transferencia de aprendizajes y abstracción.

Memoria:

- ▶ Memoria procedimental y operativa, bien desarrollada (puede realizar tareas secuenciadas con precisión.)
- ▶ Mejor memoria visual que auditiva
- ▶ Les cuesta seguir más de tres instrucciones secuenciadas

- ▶ Son capaces de retener de 3 a 6 dígitos tras escucharlos (3 a 4 dígitos en la mayor parte de los casos/ 3 a 5 imágenes)

Lenguaje: El nivel lingüístico va por detrás de su nivel lector, de su capacidad social y de su inteligencia general.

- ▶ Mejor puntuación en pruebas manipulativas que verbales
- ▶ Tienen dificultad para dar respuestas verbales; dan mejores respuestas motoras
- ▶ Tienen mejor capacidad de lenguaje comprensivo que expresivo

Conducta: No suelen presentar problemas destacables de conducta, el entorno familiar es fundamental

- ▶ La mayoría pueden incorporarse con facilidad a los centros de integración escolar
- ▶ Los programas de modificación de conducta por lo común dan buenos resultados con ellos.

Sociabilidad:

- ▶ En conjunto alcanzan un buen grado de adaptación social.
- ▶ Sin una intervención sistemática su nivel de interacción social espontáneo es bajo
- ▶ Suelen demostrarse independientes de los adultos
- ▶ Se dan en ocasiones problemas de aislamiento en situación de hipotética integración

1.6 DIAGNÓSTICO

“Cuando nace un niño con síndrome de Down, puede ser fácilmente identificable, por parte del médico que atiende a la madre y/o por el pediatra, debido a su fenotipo, a sus características peculiares, que hace que este niño pueda ser observado como diferente, incluso por sus familiares”. (Durán Esperanza, 2003,p24)

“Los rasgos pueden incluir un perfil facial aplanado, oblicuidad hacia arriba de los ojos, pliegue en el ángulo interno del ojo, que puede ser unilateral o bilateral, orejas pequeñas y de forma anormal, etc.” (p24). En fin un sinnúmero de rasgos que nos permiten ver sus diferencias.

“Pero estos rasgos no son suficientes para establecer un diagnóstico, además el médico pedirá un análisis de sangre denominado cariotipo cromosómico, para ello se cultivan células de la sangre del bebé por unas dos semanas, y a continuación se visualizan los cromosomas con microscopio para determinar si hay presente material extra del cromosoma 21”. (p25)

O dicho de otra manera: “se realiza tomando una muestra de células, normalmente de la sangre, estas se cultivan durante varios días. La división de las células se detiene y las células se rompen para que liberen los cromosomas sobre unas láminas de cristal, se tiñen y se estudian con el microscopio. Se pueden hacer fotografías que luego se recortan para colocar los cromosomas en orden. Esto se llama cariotipo, es decir conocer el número y ordenamiento de los cromosomas”. (p25-26)

“Es muy importante que el personal médico y de salud en general, sepa como debe enfrentar esta situación tan delicada para los padres y el médico debe actuar con mucha cautela, tino y responsabilidad al transmitir lo que le pasa al niño a sus padres, porque de la forma en que se encare el diagnóstico, dependerá el trato futuro hacia el niño y la salud mental de los padres”. (p26)

“El abordar a los padres de manera tranquila, ayudará también a los familiares a reaccionar de manera semejante, porque de lo contrario, resulta una situación muy

embarazosa, que hace que las personas adopten conductas diferentes en este tipo de situación, no se les felicita a los padres por haber tenido un niño, tampoco se hacen presentes en la clínica o en casa, por temor a la reacción de los padres, en especial de las madres que optan por alejarse de sus amigos e incluso de sus parientes mas cercanos.” (p 27).

1.7 FORMAS DE TRABAJO

Los niños con síndrome de Down y otros niños con dificultades de aprendizaje, difieren de los niños que no las tienen, por su necesidad de ser enseñados para gran parte de sus adquisiciones, incluidas las que otros niños aprenden por si solos como la marcha y lenguaje. Durante los tres primeros años de vida los programas de atención temprana contienen una serie de objetivos que deben trabajarse porque, si no se hace, se corre el riesgo de que el niño con discapacidad intelectual no logre esa destreza o habilidad o la logre de un modo inadecuado.

En la actualidad, la mayoría de los bebés con síndrome de Down y sus familias tienen la oportunidad de participar y beneficiarse de buenos programas de intervención temprana o estimulación precoz. Estos programas cuentan con una serie de profesionales quienes orientan a los padres sobre múltiples aspectos en relación con los cuidados, la salud, los juegos y especialmente el desarrollo y evolución de su hijo.

Los objetivos de la atención temprana son 1) desarrollar al máximo las capacidades del niño, 2) paliar o disminuir los efectos negativos de la trisomía, 3) prevenir y evitar la aparición de problemas secundarios, 4) desarrollar la máxima autonomía, 5) lograr la mejor adaptación posible al medio en el que se mueve y 6) adquirir conductas adecuadas a la edad y al entorno.

Para conseguir estos objetivos es indudable que las actuaciones deben incluir tanto los tratamientos médicos sanitarios y cuidados de la salud que se precisen, como las intervenciones psico - educativas, profesionales y familiares.

La información debe darse a los dos padres a la vez en un lugar cómodo, de forma correcta y respetuosa, con tranquilidad. Los datos deben ser actuales, inteligibles, precisos ofreciendo apoyos y servicios. Después se elegirá el centro de atención y el programa que mejor se adapte a las necesidades del niño y de su familia. Los padres son la pieza clave para lograr el máximo desarrollo de su hijo, su bienestar y su autonomía por lo que deben informarse, formarse y ser apoyados.

Actualmente, según diversas investigaciones, ya no se duda de que la atención temprana realizada de un modo adecuado produce grandes beneficios tanto en el niño con síndrome de Down como en su familia. Los trabajos realizados ofrecen diversidad de datos que pueden resumirse en los siguientes:

1. Los niños estimulados adquieren niveles de desarrollo más altos que los niños sin estimular.
2. Los niños estimulados adquieren hitos del desarrollo a edades más tempranas que los niños de los grupos control.
3. A lo largo de los años, los niños estimulados mantienen un nivel más alto y estable en su cociente de desarrollo o coeficiente intelectual, sufriendo un declive mucho menor que en los casos de los niños sin estimular.

Formas de trabajo en las diferentes áreas

La forma de trabajar en las diferentes áreas tiene mucho que ver las condiciones y características del niño con síndrome de Down y de la estimulación que hayan recibido.

Personalidad

- Mas que “aceptarles como son”, ayudarles a mejorar
- Se ha de adaptar el programa educativo a la personalidad de cada alumno
- Hay que favorecer su participación en juegos y actividades en grupo
- Es preciso proporcionar el control externo para inhibir sus actuaciones que con el entrenamiento se convertirá en autocontrol.

Motricidad:

- ▶ Programas de atención temprana
- ▶ Ejercicio físico regular. Aprovechar las actividades cotidianas
- ▶ Práctica de deportes y otras actividades físicas
- ▶ Estudio previo de sus características físicas y de salud para prevenir riesgos
- ▶ Requieren una ingesta calórica menor que otros niños de su misma edad y estatura

Atención:

- ▶ Es preciso programar ejercicios para que aumenten sus períodos de atención
- ▶ Actividades variadas y amenas
- ▶ Es conveniente hablarles cuando se trabaja, juega, comprobar que atienden, eliminar estímulos distractores cuando se trabaja con ellos, presentarle los elementos de uno en uno y evitar enviarles diferentes mensajes y estímulos al mismo tiempo.
- ▶ No se ha de confundir la falta de atención con la demora en la respuesta, algo que se da habitualmente ya que su período de latencia es más largo

Percepción:

- ▶ Se debe presentar la estimulación siempre que sea posible a través de más de un sentido (multisensorial)
- ▶ El modelado o aprendizaje por observación, la práctica de conducta y las actividades con objetos e imágenes son muy adecuados.

Inteligencia:

- ▶ No se ha de olvidar que tienen discapacidad mental. Es preciso hablarles mas despacio; si no entienden las instrucciones, repetirlas con otros términos diferentes y más sencillos.

- ▶ Se les debe dar el tiempo que necesitan
- ▶ Trabajar desde lo concreto a lo abstracto, de lo manipulativo a lo intelectual.

Cognición:

- ▶ Es conveniente hablarles despacio, con mensajes breves, concisos, sencillos, directos y sin doble sentido.
- ▶ Se les ha de dar tiempo para que contesten, sin adelantarse a su posible respuesta.
- ▶ Es preciso explicarles hasta las cosas más sencillas, no dando por supuesto que saben algo si no lo demuestran haciéndolo.
- ▶ Se ha de prever en la programación la generalización y mantenimiento de las conductas

Memoria:

- ▶ Es esencial el entrenamiento de la memoria
- ▶ Necesitan que se les proporcione estrategias (subvocalizar, nombrar los objetos, agruparlos en categorías)
- ▶ Es recomendable practicar en las tareas cotidianas en casa y en el colegio (transmitir recados, por ejemplo)

Lenguaje:

- ▶ El lenguaje es conveniente que sea trabajado individualmente con cada uno de ellos
- ▶ En la clase, utilizar lo menos posible exposiciones orales y largas explicaciones
- ▶ A hablar se aprende hablando. Hablarles y escucharles son las mejores estrategias
- ▶ El ordenador puede ser un instrumento muy útil para alcanzar estos objetivos
- ▶ La lectura y escritura favorecen el desarrollo de su lenguaje.

Conducta:

- ▶ Lo más importante es la normalización, es decir, tratarles del mismo modo que a los demás y exigirles lo mismo que a ellos
- ▶ Tanto la sobreprotección como la dejadez y el abandono son actuaciones negativas
- ▶ La coordinación entre todos los profesores y con la familia es esencial.

Sociabilidad:

- ▶ Es conveniente establecer normas claras y razonadas
- ▶ Se ha de proporcionar control conductual externo, como paso previo al autocontrol
- ▶ Se recomienda la participación en todo tipo de actividades sociales en el entorno social real del niño
- ▶ Los programas de entrenamiento en habilidades sociales pueden ser aplicados con éxito entre estos alumnos y se obtienen resultados observables en poco tiempo.

“Tal como en la población normal, hay gran variedad en cuanto al nivel de las habilidades mentales, comportamiento, y el desarrollo de los individuos con síndrome de Down. Aunque el grado de retraso puede variar entre leve y severo, la mayor parte de los individuos con síndrome de Down caen bajo la categoría de leve a moderado. A causa de estas diferencias individuales, es imposible predecir los futuros logros de los niños con síndrome de Down. Asimismo, debido a estas diferencias individuales, es importante que las familias y los miembros del equipo escolar no impongan limitaciones en cuanto a las capacidades de cada individuo. Posiblemente sea más efectivo poner énfasis en los conceptos concretos en lugar de en las ideas abstractas. Se ha comprobado que los programas de enseñanza

con mayor éxito son los que están estructurados por etapas y con frecuentes alabanzas para el niño. La mayor aceptación de las personas con discapacidades, por parte del público, además de mayores oportunidades para que estas personas adultas puedan vivir y trabajar en forma independiente en la comunidad, ha resultado en más posibilidades para los individuos con síndrome de Down. Se ha demostrado que los Centros de Vivienda Independiente (Independent Living Centers), que proveen apartamentos y servicios de apoyo a la comunidad, forman recursos importantes para las personas con discapacidades”. (www.down21.org/educ_psc/sexualidad/sexualidad.htm - [Similar pages](#) visto el sábado 19 de Enero del 2008)

Conclusiones:

Al concluir este primer capítulo he podido ver que los niños con síndrome de Down con mucho apoyo de sus padres y maestros, pueden alcanzar un estilo de vida muy parecido a los niños normales.

Los programas de Atención Temprana son una de las mejores opciones que se les puede brindar a los padres para que desde el nacimiento inicien una intervención con profesionales que les van a dar las pautas para desarrollar las destrezas necesarias para llegar a tener una vida saludable.

CAPÍTULO II

LA ADOLESCENCIA Y LA SEXUALIDAD

Introducción

“La obstinada prohibición social y cultural de acceder al mundo de los adultos, que se manifiesta (inconscientemente) hacia todas las personas con discapacidad mental, y en particular en el caso de personas con síndrome de Down, hace que ante una tal perspectiva se conviertan en la evidencia misma de una prohibición a crecer de la que somos todos altamente cómplices. Desde este punto de vista, el joven con síndrome de Down puede ser asumido como el prototipo, bastante emblemático, de todos los jóvenes con discapacidad que, pudiendo convertirse simplemente en hombres, permanecen retenidos en una infancia sin fin.” (www.psicopedagogia.com/definicion/sindrome/%20de%20down -24k- visto el día 23 de enero del 2008.)

“Expresiones como “a mi edad ya no pienso en esas cosas”, entre otras, así como la creencia de que en la infancia no existe sexualidad, son muestras más que suficientes para entender como se niega ésta en distintas etapas de la vida. De forma indirecta se niega entonces su condición de proceso, en continuo devenir, constitutivo del ser humano.

En las personas con discapacidad hay que abordar la sexualidad de la misma manera que en un adolescente sin discapacidad, ya que ellos presentan las mismas necesidades ya que su ciclo vital es el mismo que el de cualquier persona y adolescente de su edad”

(www.sexologia.org/evolucion-de-la-sexualidad.html - 25k - [En caché](#) - [Páginas similares](#) Visto el 23 de Enero del 2008)

2.1 LA ADOLESCENCIA

Es un “período en el transcurso de la vida del cual se realiza el paso de la infancia a la edad adulta” (Gran Diccionario de Psicología, s/a, 20)

“El comienzo de la adolescencia, va cronológicamente asociado a la maduración de la pubertad, se sitúa en torno a los 11 o 12 años y su finalización hacia los 18 años, valor que conviene mantener aunque los límites entre el final de la adolescencia y el estado de joven adulto no sean claros. En efecto, las transformaciones biológicas, psicológicas y psicosociales propios de la adolescencia ya se han producido a los 18 años, aunque el desarrollo continúa en otros campos y según otras modalidades. El período de la adolescencia está marcado por la convergencia de tres hechos fundamentales, a partir de los cuales se puede establecer un cuadro comprensivo de los acontecimientos que caracterizan el paso de la infancia a la edad adulta”. (p20)

1. “Una gran aceleración del crecimiento, en que la estatura es uno de los signos más llamativos
2. La importancia de los cambios que se producen y que afectan al conjunto del organismo y de la persona
3. Una gran variabilidad individual: la velocidad de estos cambios y el momento o edad de sus apariciones varían enormemente de un niño a otro; se constata también una gran variabilidad intra individual: en un mismo individuo, todos los cambios no se producen en el mismo momento, ni siguiendo el mismo ritmo en todos los sectores del desarrollo físico, intelectual o socio afectivo. Estas dos formas de variabilidad son inherentes al desarrollo normal”. (p20).

2.1.1 CARACTERÍSTICAS FÍSICAS

2.1.1.1 Cambios físicos:

“Durante los años de primaria, las niñas son tan grandes o hasta más grandes que los niños de su grupo. Entre los 11 y los 14 años, en promedio las niñas son más altas que los niños de su edad. La diferencia en el tamaño puede darle a las niñas una ventaja en las actividades físicas, aunque algunas pueden presentar algún conflicto y, como resultado, menospreciar sus capacidades físicas. Sin embargo, la diferencia en el ritmo de crecimiento es más pronunciada al principio de la pubertad”.

(www.monografias.com/trabajos/adolescencia/adolescencia.shtml - 76k - visto el 23 de Febrero del 2008)

“La pubertad no es un acto aislado, sino una serie de cambios que abarcan casi todo el organismo. El resultado final de todos estos cambios es la capacidad de reproducción.

Generalmente, las niñas comienzan la pubertad dos años antes que los niños y alcanzan su estatura máxima a los 16 años, la mayoría de los niños siguen creciendo hasta los 18 años. Para una joven normal, la adolescencia comienza con el desarrollo de los senos entre los 10 y 11 años y dura aproximadamente 3 años. En tanto que ésta es la edad promedio, el rango de edad en que se presenta es de 9 a 16 años. El 80% de las niñas tienen su primera menstruación entre los 11 y medio y los 14 años y medio. Para el joven normal, su desarrollo comienza entre los 11 y 12 años. En general, los muchachos son más variables que las muchachas en lo que se refiere al momento en que se presentan estos cambios físicos de la adolescencia. El tiempo que se necesita para que se presenten todos los cambios de la pubertad varía más en los hombres y el rango de las diferencias en la estatura y el peso, al final de la pubertad, es mayor para los hombres que para las mujeres.” (www.monografias.com/trabajos/adolescencia/adolescencia.shtml - 76k - visto el 23 de Febrero del 2008)

“Los cambios físicos que se presentan en la adolescencia tienen efectos importantes sobre la identidad del individuo.

Los psicólogos se han interesado, en particular, en las diferencias sociales, académicas y emocionales descubiertas entre los adolescentes que maduran prematuramente y quienes tardan más en ello”. (www.monografias.com/trabajos/adolescencia/adolescencia.shtml - 76k - visto el 23 de Febrero del 2008)

“Primero, parece que la maduración temprana trae ventajas académicas. Por lo general, los estudiantes que son físicamente maduros tienden a obtener calificaciones más altas en los exámenes de capacidad mental que otros estudiantes de la misma edad pero menos maduros. Segundo, la maduración temprana parece tener ciertas ventajas especiales para los jóvenes. Es más probable que estos disfruten de un nivel socioeconómico más alto, suelen ser los líderes y más populares. Por otro lado, los jóvenes de maduración tardía pasan malos ratos. Además, debido a que las mujeres maduran antes que los hombres, hasta las jóvenes que maduran tardíamente se han desarrollado por completo para cuando los jóvenes de maduración tardía terminan su desarrollo. El último en salir de la infancia podría pasar muchos años rodeado de compañeros maduros. Éstos jóvenes suelen ser menos populares, y más necesidades de atención”. (www.monografias.com/trabajos/adolescencia/adolescencia.shtml - 76k - visto el 23 de Febrero del 2008)

“Esta situación parece ser injusta, en especial debido a que es muy poco lo que puede hacer el individuo para cambiar su reloj genético. Sin embargo, posteriormente estos jóvenes tienen ciertas compensaciones.

Algunos estudios muestran que, en la edad adulta, los hombres que maduraron antes tienen un pensamiento menos creativo y menos flexible, en tanto que los que maduraron tardíamente son más creativos, perceptivos y tolerantes. Quizás las tentativas (acción con que se intenta) y las ansiedades originales por la madurez tardía ayuden a algunos jóvenes a resolver mejor los problemas”. (www.monografias.com/trabajos/adolescencia/adolescencia.shtml - 76k - visto el 23 de Febrero del 2008)

“Para los jóvenes, la maduración física temprana parece ser menos importante para determinar el nivel social. Sin embargo, el que maduren más rápido que sus compañeros puede ser una desventaja.

Ser más grande que todos los compañeros del grupo no es una característica que se valore en nuestra cultura. Quizá la niña que comienza a madurar antes, será la primera en pasar por los cambios de la pubertad. Esto no puede ser muy preocupante para algunos, en especial si no están preparadas para estos cambios o si los amigos las molestan. Parece que las niñas que maduran después tienen menos problemas, sin embargo, tienen miedo que algo malo les pase. Todos los estudiantes pueden beneficiarse al saber que la variabilidad del ritmo de maduración es muy grande”.

(www.monografias.com/trabajos/adolescencia/adolescencia.shtml - 76k - visto el 23 de Febrero del 2008)

2.1.1.2 Cambios fisiológicos.

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

No hay que olvidar que al estar completamente sometidos a la influencia de las hormonas que funcionan a toda velocidad, el comportamiento de los chicos y chicas es de lo más extraño y variado”. (www.monografias.com/trabajos/adolescencia/adolescencia.shtml - 76k - visto el 23 de Febrero del 2008)

2.1.1.3 Pubertad en las mujeres.

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

puesto en función”. (www.monografias.com/trabajos/adolescencia/adolescencia.shtml - 76k - visto el 23 de Febrero del 2008)

“En la parte baja del cerebro se encuentran dos órganos estrechamente relacionados: el hipotálamo, que es el centro de regulación y de control, y la hipófisis, que es el director de todo el sistema hormonal. Hacia los 7 u 8 años, la hipófisis, estimulada por el hipotálamo, se pone en funcionamiento y secreta dos hormonas, la hormona folículo-estimulante (FSH) y la hormona luteinizante (LH). Pero todavía no puede verse el trabajo”. (www.monografias.com/trabajos/adolescencia/adolescencia.shtml - 76k - visto el 23 de Febrero del 2008)

“Más tarde, con el aumento progresivo de esas dos hormonas, los órganos sexuales (los ovarios), se ponen en funcionamiento. Estos, que a la vez están estimulados por la FSH y la LH, secretarán dos hormonas femeninas: los estrógenos y la progesterona. Todo este trabajo se hace lentamente, de manera que poco a poco los órganos genitales femeninos van madurando para poder llevar a cabo la instalación de la función reproductora.

El primer papel de los estrógenos (que son las hormonas secretadas por los ovarios) es de hacer aparecer el vello y ordenar el crecimiento de los pechos. Todo este proceso se lleva a cabo con el siguiente orden”. (www.monografias.com/trabajos/adolescencia/adolescencia.shtml - 76k - visto el 23 de Febrero del 2008)

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

5. Los pechos se desarrollan completamente, se marcan con precisión los contornos y aparece vello en las axilas.

Estas transformaciones tardan como dos años.

2.1.1.4 La pubertad en los hombres.

“Cuando el muchacho tiene la primera eyaculación (que es la primera expulsión de semen fuera del pene), puede considerarse que ha entrado en la pubertad. Corresponde a la primera regla de las mujeres, pero hasta que el cuerpo de los chicos puede llegar a ese estado de cosas ha de pasar un tiempo más largo, unos 3 años, aproximadamente.

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

(www.monografias.com/trabajos/adolscencia.shtml -76k- visto el 23 de Febrero del 2008)

“La hipófisis, es una pequeña glándula situada en la base del cerebro, al ser estimulada por el hipotálamo segrega unas hormonas, la hormona foliculoestimulante (FSH) y la hormona luteinizante (LH). La acción de estas dos hormonas hipofisarias se realiza, en los hombres, en los testículos, produciendo el mismo resultado que hemos observado en el desarrollo de las mujeres: la maduración de los órganos genitales que hace posible la reproducción.

La FSH multiplica y hace madurar las células germinales que se encuentran en los testículos. Éstas se convertirán en espermatozoides. Las glándulas anexas, como por ejemplo la próstata, se encargan de que los espermatozoides sean aptos para la fecundación”. (www.monografias.com/trabajos/adolscencia.shtml -76k- visto el 23 de Febrero del 2008)

“Por otro lado la LH hace que los testículos secreten una hormona masculina, la testosterona, que da los caracteres masculinos. En los hombres, y a diferencia de las mujeres, la formación de las células germinales no se produce de forma cíclica (que ocurre en ciclos), sino es permanente a lo largo de la vida.

La secreción de hormonas masculinas se mantiene en constante equilibrio, así, cuando la tasa de testosterona sube en la sangre, la secreción de LH es frenada por la hipófisis y viceversa”. (www.monografias.com/trabajos/adolscencia.shtml -76k- visto el 23 de Febrero del 2008)

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

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

los órganos genitales en su forma y enmarcación sean como los del adulto.

2.1.1.5 Caracteres sexuales secundarios:

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

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

Los vellos: Abajo de las axilas crecen bastante tarde, primero se extiende por el estómago hasta el ombligo, más tarde en la parte inferior de las piernas y por encima de los testículos y el pene; ya pasada la pubertad crecen vellos en el pecho, en las manos y en la espalda”. (www.monografias.com/trabajos/adolescencia/adolescencia.shtml - 76k - visto el 23 de Febrero del 2008)

2.1.2 CARACTERÍSTICAS PSICOLÓGICAS

“El problema de identidad es vital en la adolescencia y no se puede prescindir de los aspectos biológicos u orgánicos, aunque el sentido de la identidad no se agota ahí”. (Gran Diccionario de Psicología, 20)

“En el transcurso de la pubertad, el cuerpo del niño se modifica en su morfología, en su funcionamiento y en su apariencia; en poco tiempo, se convierte en un cuerpo adulto, sexualizado. El adolescente debe adaptarse a estos cambios, integrar en la imagen de sí mismo este cuerpo en transformación, asumir una identidad de género, masculino o femenino, y avanzar en el camino que le llevará a la sexualidad genital adulta”. (p20)

“La gran mayoría de los adolescentes llegan sin perturbaciones psicológicas mayores ; la tarea no es sin embargo fácil, y conlleva muchas inquietudes, dudas y angustias. Este proceso de transformación de la intimidad corporal también implica cambios en la

manera de ser percibido y considerado por el entorno: padres, compañeros, profesores, etc.” (p,20)

“La pubertad trae consigo enormes cambios en el equilibrio hormonal del cuerpo. Psicológicamente crea un interés máximo por el sexo contrario. En la mayoría de los casos unos se enamoran de un amigo o amiga, a quien dedica toda clase de atenciones. Algunos adolescentes experimentan una fijación en una persona adulta, por ejemplo, un profesor, una estrella de cine, etc., hacia quien sienten admiración, pero a quien no se atreven a dirigirse. Los jóvenes con discapacidad no constituyen excepción a esta regla. Las etapas del enamoramiento sirven al desarrollo de la personalidad, a pesar de ser angustiosas y llenas de problemas mientras duran. Durante la pubertad son frecuentes las fases homosexuales, e incluso, pueden derivar en relaciones homosexuales estables. Es poco probable que estas experiencias homosexuales se conviertan en una conducta homosexual permanente”. (KATZ Gregor, 1967, 16).

“Se acrecienta durante la pubertad la frecuencia de la masturbación. Esta es frecuentísima en los chicos y también en las chicas, y a menudo se continúan en la edad adulta. De ordinario, los chicos aprenden de un amigo mayor a masturbarse. Sin esta iniciación, puede que el muchacho tarde mucho tiempo en descubrir la manera de masturbarse. Tal descubrimiento se produce con ocasión de una erección, a través de la cual descubre la posibilidad de masturbarse. Puede la masturbación ser considerada como un ejercicio preliminar en el aprendizaje de una conducta sexual más madura. No se debe olvidar nunca, que un comportamiento sexual adulto no se alcanza de inmediato en la pubertad, sino que necesita un aprendizaje, como cualquier otro arte. Nunca se repetirá demasiado que la masturbación no acarrea daño ni físico ni mental. Para muchos adultos con discapacidad, la masturbación sigue siendo la forma principal de satisfacción sexual, como puede ocurrir frecuentemente con los adultos normales también”. (p16).

2.2 LA AFECTIVIDAD

2.2.1 Definición

“Conjunto de reacciones psíquicas del individuo frente al mundo exterior”. (Gran Diccionario de Psicología, s/a, 23).

“Los psicólogos y los fisiólogos distinguen a la afectividad de base u holotimia, que cubre el campo de los sentimientos vitales, el humor y las emociones, y la afectividad organizada y diferenciada, o catatimia, que se refiere a las manifestaciones más complejas como las pasiones y los sentimientos sociales”. (p23)

A partir del psicoanálisis de S Freud, la concepción de la afectividad cambia de forma radical, especialmente por la introducción del concepto de “inconsciente”. Cuando plantea que la represión impide la manifestación del afecto, Freud se distancia de la concepción psicológica de la afectividad. Según él, en efecto, los dos sistemas, consciente e inconsciente, luchan constantemente para asegurarse la primacía en el dominio de la afectividad. Según Freud, la afectividad “se manifiesta esencialmente por una modificación del medio interno del individuo sin acción sobre el mundo exterior, lo que la distingue de la motricidad, la cual tiene como objetivo transformar el mundo exterior”. (p23)

“Ese cúmulo de situaciones conflictivas en el camino de conquista de la propia autonomía se vuelve más intenso y extenso en relación con el mundo de los afectos y la sexualidad, en donde las restricciones y discriminaciones, también las limitaciones naturales, de las personas con síndrome de Down son más evidentes y, a veces, lacerantes. La afirmación de que el ser humano es un ser sexuado parece hoy casi trivial y superflua. Y sin embargo hay que insistir en que la sexualidad no es una dimensión secundaria de la vida humana, sino que pertenece íntimamente a su constitución, también en el caso de los sujetos con síndrome Down en particular los que tienen una discapacidad intelectual en general”.(p23)

2.2.2 La relación con el otro

“Se cree que el problema es mayor para las chicas. Normalmente, un chico le pide salir y la chica se siente cortada o le mira mal si lo hace. La chica se siente confusa en la relación, tenemos miedo a perder ese primer gran amor que les llega tanto al corazón. Cuando un chico deja a una chica, sufre bastante y sólo la ayuda de sus amistades y familia pueden hacerle salir de eso. A veces creemos que no puede haber amistad entre los sexos, sino sólo amor. Así los chicos piensan que las chicas sobran en la amistad entre ellos y que hay cosas que no se hablan con ellas, la amistad entre chicos y chicas debe fomentarse”. (VARIOS AUTORES PROGRAMA HARIMAGUADA, Guía de formación para padres y madres, s/a, 32)

2.2.3 Por una vida sexual y afectiva normalizada.

“Se entiende entonces por qué hablamos de sexualidad. La integración y normalización de las personas con discapacidad intelectual queda generalmente estancada en su dimensión sexual. Entre las razones que explican esta situación, cabe citar las actitudes paternalistas de las personas de su entorno y una antropología y comprensión del hecho sexual humano insuficiente y reduccionista. Sólo el que haya descubierto y sentido simultáneamente el valor de la persona con síndrome de Down y el valor de la vida sexual del ser humano sabrá deducir después las consecuencias lógicas y las soluciones más adecuadas. Esto planteará muchos problemas de orden práctico, porque hablamos de un dominio impreciso, porque la psicopedagogía no es una ciencia matemática ni mecánica. Se dan ciertamente puntos de referencia, certezas, algunas líneas maestras, pero se impone también la necesidad de abordar a cada individuo sin ideas preconcebidas y conocer su nivel propio de desarrollo, sus posibilidades, sus limitaciones. La familia aquí, como en las otras grandes áreas de la vida de la persona en crecimiento, juega un papel fundamental, tanto para bien como para mal”.(www.down21.org/educ_psc/sexualidad/sexualidad.htm - [Similar pages](#) visto el sábado 19 de Enero del 2008)

“El niño con síndrome de Down es un niño en situación de riesgo, por presentar mayores probabilidades de tener problemas en su desarrollo que los otros niños. Los factores de riesgo se deben a su déficit cognitivo, que va a dificultar la interacción positiva con su entorno, precisamente en unas circunstancias de máxima dependencia de dicho entorno”.

(www.down21.org/educ_psc/sexualidad/sexualidad.htm - [Similar pages](#) visto el sábado 19 de Enero del 2008)

“Uno de los problemas mayores es la falta de fe en las posibilidades de desarrollo de la persona con síndrome de Down: si se cree que no hay nada que hacer, seguramente no se hará nada. Los padres que consideran que su hijo no puede perfeccionarse y alcanzar altas cotas de desarrollo, de autonomía y de calidad de vida, siempre según sus propias posibilidades, por medio de la educación y los apoyos que sean necesarios, tendrán unas expectativas muy pobres acerca de lo que su hijo puede llegar a alcanzar. Esto va a generar en el niño un pobre autoconcepto e incluso en muchos casos una relativa indefensión aprendida, además de que probablemente no le vamos a proporcionar los recursos y las oportunidades imprescindibles para que desarrolle las potencialidades que lleva dentro de sí. La persona con síndrome de Down adulta va a ser, en gran medida, lo que determine su entorno, pues su autonomía se encuentra máximamente condicionada por las relaciones con dicho entorno, y de manera muy importante está condicionada por su familia, porque de ella va a recibir para bien o para mal los pilares básicos para elaborar su personalidad”.

(www.down21.org/educ_psc/sexualidad/sexualidad.htm - [Similar pages](#) visto el sábado 19 de Enero del 2008)

2.3 EDUCACIÓN AFECTIVO SEXUAL EN LA ADOLESCENCIA

“Cuando hablamos de sexualidad, estamos refiriéndonos no sólo a una dimensión importante de nuestra personalidad, sino a una realidad que somos. Utilizando la definición dada por la Organización Mundial de la Salud, diríamos que “La sexualidad es una energía que nos motiva a buscar afecto, contacto, placer, ternura e intimidad. La sexualidad influye en nuestros pensamientos, sentimientos, acciones e interacciones y,

por tanto influye en nuestra salud física y mental”. (VARIOS AUTORES PROGRAMA HARIMAGUADA, Guía de formación para padres y madres, s/a,1)

Desde la infancia somos objeto de un proceso educativo implícito y explícito sobre todos aquellos aspectos relacionados con la sexualidad.

En consecuencia, la Educación Afectivo – Sexual como tarea compartida por la escuela y la familia adquiere vital importancia.

La Educación Afectivo Sexual la podemos definir como “un proceso cuyo objetivo básico es posibilitar que cada persona viva su sexualidad de forma sana, feliz y responsable”. (p1)

“La Educación Afectivo Sexual formal (explícita, intencional y programada) que se hace en la escuela es aún muy escasa en nuestro entorno. Y cuando se hace, muchas veces tiene efectos muy parciales porque niñas, niños y jóvenes están influenciados por otros agentes y, sobre todo, porque las actitudes, valores, normas y conocimientos vitales más significativos tienden a aprenderse de esos otros agentes educativos (familia, amistades, medios de comunicación, etc.) de forma experiencial, incidental, por mecanismos distintos a los usados de manera predominante en la escuela”. (p1)

2.4 Qué es la Sexualidad

“La sexualidad es una dimensión, un valor, que en el momento que constituye al ser humano, evoluciona y se desarrolla en los distintos momentos de la vida del ser sexuado. No es un algo estático o un añadido que como se suele creer culmina en la adolescencia para ir descendiendo hasta su desaparición en la vejez.” (www.sexologia.org/evolucion-de-la-sexualidad.html - 25k - [En caché](#) - [Páginas similares](#) Visto el 23 de Enero del 2008)

“Aunque la sexualidad es algo que nos interesa a todas las personas, nos resulta muy difícil decir algo sobre ella. Una de las razones es porque antes no se podía hablar de estas cosas. Por eso, ni hemos hablado, ni hemos escuchado mucho sobre la sexualidad”. (VARIOS AUTORES PROGRAMA HARIMAGUADA, Guía de formación para padres y madres, p15)

2.4.1 Cuando aparece la sexualidad

“Desde que nacemos, somos sexuados. La sexualidad no es algo que nos podamos quitar o poner. Nuestro cuerpo es, todo el, sexuado.

Tenemos intereses y comportamientos sexuales en todas las edades, en la infancia, en la adolescencia, en la edad adulta y en la vejez. Cada edad es diferente y se vive de forma distinta, pero en todas ellas es importante”. (VARIOS AUTORES PROGRAMA HARIMAGUADA, Guía de formación para padres y madres, s/a, 51-52)

“Las niñas y niños pequeños, no sólo tienen las necesidades biológicas, comer, estar limpios, etc., sino también sociales, afectivas y sexuales. Tocar, abrazar, acariciar, mecer, mirar, cantar, halar, sonreír, observar sus gestos, y responder a ellos, es la mejor manera que tenemos de ayudarles para un buen desarrollo de su persona, ya que en este momento la sexualidad no está muy diferenciada de otros sentimientos de placer, bienestar y seguridad”. (p51-52)

“Es muy importante responder con naturalidad a sus preguntas y permitirles que se toquen, que se miren, que se quieran, pues así estamos ayudándolos a que se desarrollen de forma adecuada su sexualidad”. (53-54)

En la pubertad el organismo madura sexualmente, y hay una serie de cambios generales, mediante los cuales el chico y la chica se diferencian totalmente.

“Estos cambios van a ser rápidos, bruscos y muchas, veces, producen gran confusión. La aparición de la menstruación en la chica y la eyaculación en el chico, pueden crear preocupaciones si no se les ha dado información y si no existe comprensión y diálogo por parte de quienes les educan”. (p53-54)

“En la adolescencia van a nacer las grandes amistades y los primeros amores. A partir de ahora, sentirán necesidades específicamente sexuales, viven la sexualidad “a flor de piel”. Y se encontrarán con el conflicto entre lo que sienten y lo que se les prohíbe. (p53-54)

“Uno de los fines más importantes de la sexualidad es la obtención de placer. Esto se puede lograr relacionándonos con nuestro propio cuerpo (masturbación), o con otras personas (caricias, besos, abrazos, coito). La sexualidad tiende a provocar ternura, comunicación, cariño, amor entre las personas que se relacionan” (p53-54)

“Por lo tanto podemos decir que “la sexualidad es algo muy amplio, que incluye comunicación, afecto, reproducción, placer”. (p57)

“La sexualidad, pues, es todo un mundo de posibilidades. Conocerla, vivirla libre y responsablemente es saludable y necesario para nuestro equilibrio para todas las personas con o sin discapacidad”. (p 57).

2.4..2 DESARROLLO SEXUAL NORMAL EN EL DISCAPACITADO INTELECTUAL.

“El desarrollo sexual entre los discapacitados intelectuales no se diferencia en el de la gente normal. Puesto que el comportamiento sexual de una persona con discapacidad intelectual no difiere, en conjunto, del comportamiento sexual de un individuo con inteligencia normal” (KATZ, Gregor, 1967, 15)

“La sensación más intensa de placer, que experimenta el niño durante los doce primeros meses procede de la acción de mamar o chupar, Los niños pequeños gustan de chupar los dedos; al mismo tiempo desean abrazar ropa suave o algo por el estilo. Niños más grandes recurren a chupar el dedo pulgar, cuando están cansados o cuando las cosas no les van bien, es decir regresar a una fase vital anterior. En épocas anteriores de la vida sacamos placer de la boca por medio del beso, y la misma acción de fumar se considera relacionada con la obtención de experiencias placenteras procedentes de la boca. Algunos discapacitados intelectuales más profundos puede que traten de chupar lo que cae en sus manos, aún cuando sean mayores”. (p15)

2.4.2.1 Diversidad de comportamientos sexuales

Es una idea muy arraigada en la gente, como dije antes que el comportamiento sexual del discapacitado intelectual es de alguna manera diferente del de las personas normales.

“Hay quienes creen que los discapacitados intelectuales carecen de instintos sexuales, que tienen la sexualidad adormecida; y, por tanto, el discapacitado intelectual es considerado, o bien como un niño inocente, libre por completo de instintos “pecaminosos” o como un ser tan inepto que no experimenta ningún sentimiento sexual. Es igualmente frecuente el punto de vista contrario, sobre todo que el discapacitado intelectual esta sometido a impulsos sexuales incontrolables y de inhibición totalmente

imposible. Ninguno de estos dos puntos de vista corresponde a la realidad. De una forma u otra, la sexualidad se manifiesta prácticamente en todos los discapacitados, pero existen grandes diferencias debidas a la edad, sexo, grado de discapacidad y características individuales. En general se puede afirmar que, cuando una persona tiene una discapacidad más profunda menos sexualidad manifiesta y cuando la discapacidad es menor, más normal es su desarrollo sexual”. (p16)

“Por tanto, entre las personas con menos déficit existirán tantas variantes en su comportamiento sexual como las que se pueden dar entre personas normales. Existe, sin embargo una diferencia fundamental: Los discapacitados que viven en una institución, del tipo que sea, no tienen las mismas oportunidades que los demás para desarrollar una vida sexual libre de supervisión. En tal situación, las más ligeras desviaciones se hacen más notorias”. (p 16).

2.4.3 Cómo hablar de sexualidad con tu hijo con síndrome de Down

“Los niños y jóvenes con discapacidades, incluido el síndrome de Down, se ven a menudo confrontados con barreras de actitud, aislamiento y falta de información sobre su desarrollo sexual y su sexualidad. Esto les lleva a tener un mayor aislamiento, riesgos de su salud e incluso abuso sexual”. (www.avesid.org/saber_mas/hablar_sobre_la_sexualidad_con_mi_hijo.pdf

visto el sabado 19 de Enero del 2008 **Barbara Bain**)

“Muchas de las lecciones que hemos de dar sobre estos temas han de iniciarse ya en las primeras edades, cuando el niño gatea y en la edad pre-escolar, mediante el uso de nuestros propios modelos (por ejemplo, el modo en que nos aseamos), y respondiendo de manera sencilla a las preguntas de su hijo. Lo que usted enseñe mediante estos métodos y en estas edades va a quedar como fundamento y base de las largas lecciones de la vida que conciernen a la sexualidad, al desarrollo de una sana actitud sexual y de habilidades sociales apropiadas”. (www.avesid.org/saber_mas/hablar_sobre_la_sexualidad_con_mi_hijo.pdf visto

el sabado 19 de Enero del 2008 **Barbara Bain**)

“Para poder hacer una sana elección, para saber resistir la agresión y el abuso sexual, resulta esencial estar informado sobre el propio cuerpo, sobre el desarrollo sexual y sobre los derechos a la privacidad”. (www.avesid.org/saber_mas/hablar_sobre_la_sexualidad_con_mi_hijo.pdf

visto el sábado 19 de Enero del 2008 **Barbara Bain**)

“A veces los niños y jóvenes con síndrome de Down se comportan de manera poco apropiada simplemente porque están confusos, o no han sido educados sobre los conceptos de lo que es privado y lo que es público. Por ejemplo, pueden estar haciendo algo correcto (una conducta natural o apropiada), pero lo están haciendo en el momento inoportuno o en el lugar inadecuado (contexto inapropiado). O pueden estar haciendo algo que fue reforzado en su momento como una conducta simpática, pero que ahora que ya son mayores, resulta inapropiada. Esta confusión en los criterios puede hacer que los niños y jóvenes con discapacidad intelectual se encuentren ante situaciones desagradables e inseguras”. (www.avesid.org/saber_mas/hablar_sobre_la_sexualidad_con_mi_hijo.pdf visto el sábado

19 de Enero del 2008 **Barbara Bain**)

“Los puntos para iniciar la educación sexual de los niños y jóvenes con discapacidad pueden variar. Sin embargo, para aprender las habilidades personales necesitan entender:

1. Lo que es público y privado: partes del cuerpo, lugares, actividades.
2. Cuerpos y emociones: información básica necesaria para el autocuidado de cada día.
3. Límites y relaciones: los contactos y la conversación
4. Distancia social: cómo dirigirse a los demás y cómo los demás han de dirigirse a él.
5. Planes de seguridad: qué hacer cuando se le toca en forma incorrecta.

6. Consecuencias del contacto incorrecto: lo qué puede ocurrir si alguien toca a otro de modo incorrecto”. (www.avesid.org/saber_mas/hablar_sobre_la_sexualidad_con_mi_hijo.pdf visto el sabado 19 de Enero del 2008 **Barbara Bain**)

“Estas actitudes deben ser enseñadas en varias etapas a lo largo de los años. Recuerde también que usted y su hijo son los expertos sobre cuándo y cómo ha de darse la información”. (www.avesid.org/saber_mas/hablar_sobre_la_sexualidad_con_mi_hijo.pdf visto el sabado 19 de Enero del 2008 **Barbara Bain**)

CONCLUSIONES.

Podemos concluir este capítulo diciendo que no existe una gran diferencia entre las personas con discapacidad intelectual y las personas con inteligencia normal. Tanto su desarrollo físico como psicológico se presenta en las mismas edades evolutivas, y los conflictos que viven los adolescentes, sus cambios corporales, emocionales, afectivos, se dan también en las mismas circunstancias.

Yo pienso que los niños con síndrome de Down dependiendo de sus capacidades físicas e intelectuales pueden llegar a actuar de la misma forma que un adolescente normal, la diferencia es que no tienen las mismas oportunidades, ni el mismo apoyo por parte de padres, educadores y de la sociedad ya que se cree erróneamente que ellos son niños para siempre y que no pueden desarrollar una vida independiente, peor enamorarse y adaptarse a una pareja de sus mismas condiciones o diferente.

También creo que al conocer más sobre su desarrollo debemos darles la apertura necesaria para cambiar ese pensamiento y darles la oportunidad a ellos también de ser personas que puedan conocer su cuerpo, aprender a quererse, y solo así adquirir una educación sexual que satisfaga sus necesidades básicas y luego de un óptimo aprendizaje lograr manifestar su sexualidad libremente.

CAPÍTULO III

CONTEIDOS PARA DESARROLLAR UN TALLER DIRIGIDO A LA FAMILIA DE CHICOS CON SINDROME DE DOWN

Introducción

En este capítulo se desarrollará los contenidos que pueden incluir un taller dirigido a padres de familia de jóvenes con síndrome de Down. Se iniciará con una conceptualización de lo que representa la familia.

“La familia es considerada como la unión entre el mundo interior del niño y el exterior de la sociedad. La familia como todos aquellos grupos que tienen una historia propia y que en consecuencia tienen unas características propias aplicables a los miembros tomados aisladamente, representa un sistema autocorrectivo gobernado por reglas que han sido elaboradas por sus componentes de una manera gradual y que representa una especificidad propia de cada familia, distinta al mismo tiempo de cualquier otra. La función de la familia respecto del niño es la de permitir su paso del propio mundo al de los adultos y en definitiva al de la sociedad”. (BLADARO Joel, GOVIGLI Giuliano, VALGIMIGLI Camilo, 1988, 40)

Este taller dirigido a los padres de familia de adolescentes con síndrome de Down va a permitir interiorizar más sobre lo que representa que su hijo con esta discapacidad se inserte en el mundo de los adultos, también va a guiarles a que ayuden a sus hijos a que conozcan su cuerpo, aprendan a quererse y valorarse como personas, aprendan como vivir una vida sexual sana, a relacionarse con las personas de sus mismas condiciones y también con las personas que son diferentes a ellos, y cómo hacer que sus hijos eviten los peligros que existen en la sociedad actual.

3.1 CONTENIDOS PARA DESARROLLAR UN TALLER DIRIGIDO A PADRES Y FAMILIARES DE JOVENES CON SINDROME DE DOWN.

3.1.1OBJETIVOS:

Objetivos Generales:

1.- Favorecer el desarrollo, la comprensión, respeto y aceptación de la afectividad, y la sexualidad de los adolescentes.

Objetivos Específicos:

- 1.- Aceptar los cambios que tienen lugar a partir de la pubertad.
- 2.- Orientar a los padres sobre la manera de abordar temas como la menstruación o las primeras eyaculaciones.
- 3.- Comprender y aceptar positivamente los procesos de atracción y enamoramiento que surgen.
- 4.- Potenciar más, los canales de diálogo y discusión sobre estos temas
- 5.-Proponer modelos de conducta sexual respetuosos y saludables.
- 6.- Adoptar actitudes abiertas y comprensivas hacia conductas de carácter homosexual.

3.2 Metodología

La metodología a utilizarse en este taller será activa y participativa entre las personas que dicten el taller y los asistentes. Donde se fomentarán las siguientes características.

- ▶ Adaptación y flexibilización de las intervenciones
- ▶ Creación de grupos homogéneos.
- ▶ Incremento de espacios y actividades de relación

3.3 Técnicas a utilizarse:

- ▶ Lluvia de ideas
- ▶ Philips 6.6
- ▶ Foro
- ▶ Mesa redonda
- ▶ Debate

3.4 Desarrollo y duración del taller

Este taller tendrá duración de 5 días con un horario de 18h00 a 21h30 ya que es un horario en el cual los padres y familiares tienen la facilidad de asistir y de participar conjuntamente, ya que es un horario accesible para todos.

3.5 Contenidos Básicos

Estos contenidos podrán variarse según las necesidades de cada grupo y previa la realización de una encuesta a los padres.

Primer Día

- ▶ Entendiendo el síndrome de Down.
- ▶ Qué pasa al interior del organismo para que se produzca el síndrome de Down
- ▶ Diferencias entre los tipos de trisomía
- ▶ Generalidades de la discapacidad intelectual
- ▶ Riesgos y cuidados médicos

Segundo Día

- ▶ Inclusión educativa y social de los jóvenes con síndrome de Down
- ▶ Actividades extracurriculares, apoyos especiales.
- ▶ Preparándonos para la pubertad
- ▶ La Adolescencia: una situación difícil de afrontar
- ▶ Cambios en la adolescencia: Menstruación y Eyaculación
- ▶ La masturbación

Tercer Día

- ▶ Desarrollo de la Afectividad
- ▶ Cómo viven la sexualidad los chicos y chicas con síndrome de Down
- ▶ Cómo guiarlos en esta etapa: aspectos a tener en cuenta.

Cuarto Día

- ▶ Los amigos y el amor
- ▶ El enamoramiento
- ▶ Conductas homosexuales: prevención
- ▶ Actitudes de padres y maestros
- ▶ Conductas aceptadas y prohibidas
- ▶ Impedimentos de la sociedad

Quinto Día

- ▶ Riesgos y beneficios de una sexualidad libre
- ▶ Métodos anticonceptivos
- ▶ Derechos Humanos: Vasectomía o Ligadura de Trompas.
- ▶ El Matrimonio
- ▶ Y si tus hijos desean tener hijos?
- ▶ Riesgos y consecuencias de formar una familia

3.6 Recursos:

- ▶ Humanos: Intervendrán de acuerdo a los temas diferentes especialistas: como médico, psicólogo, maestra-o
- ▶ Materiales: Videos, diapositivas, papelógrafos, marcadores, materiales de escritorio.

CONCLUSIONES

Durante la preparación de este taller, se ha tratado de abarcar los aspectos más importantes que los padres deben tener en cuenta cuando tienen un hijo con estas características.

Las diferentes etapas de la vida te van enseñando que somos diferentes y que no nos pueden imponer un patrón de vida igual para todos, ya que vivimos en un mundo donde somos libres y tenemos derecho a ser parte de una sociedad con o sin discapacidad.

Para ello se han creado miles de formas de trabajo y de apoyos que están o deben estar al alcance de todas las personas y siempre debemos pensar que de una u otra forma todos estamos en el deber de abrir nuestras mentes y pensar que estos chicos pueden llegar muy lejos con el apoyo necesario de sus padres, maestros y sociedad, no debemos olvidarnos que la discapacidad no es ajena a ningún ser humano. Por eso no cerremos nuestras mentes y dejemos que ellos participen activamente en la sociedad y sean parte activa de ella.

BIBLIOGRAFIA GENERAL

- 1. BASS Medora S. y GELOF Melvin; Derecho a la sexualidad y responsabilidades del deficiente mental; Editorial Fontanella, Barcelona 1976.**
- 2. BLADARO Joel, GOVIGLI Giuliano, VALGIMIGLI Camilo; La Sexualidad del Deficiente; Ediciones Ceac, 1988 Barcelona España.**
- 3. DURÁN Esperanza; Tesis Doctoral “Plasticidad cerebral y entorno socio afectivo, estudio comparativo de niños con síndrome de Down”; 2003 Cuenca Ecuador.**
- 4. GRAN DICCIONARIO DE PSICOLOGÍA; Editorial Océano.**
- 5. KATZ Gregor; La vida sexual de los deficientes mentales; Editorial El Rescate de la Sexualidad, 1967**
- 6. VARIOS AUTORES, programa Harimaguada; Guía de formación de madres y padres/ educación afectivo sexual en la secundaria; Edita Conserjería de Educación cultura y deportes. Gobierno de las Canarias, Dirección General de Ordenación e Innovación educativa.**

BIBLIOGRAFIA DE INTERNET

www.down21.org/educ_psc/sexualidad/sexualidad.htm - [Similar pages](#) visto el sábado 19 de Enero del 2008

www.sexologia.org/evolucion-de-la-sexualidad.html - 25k - [En caché](#) - [Páginas similares](#) Visto el 23 de Enero del 2008

www.psicopedagogia.com/definicion/sindrome/%20de%20down -24k- visto el día 23 de enero del 2008.

www.monografias.com/trabajos/adolescencia/adolescencia.shtml - 76k - visto el 23 de Febrero del 2008

www.avesid.org/saber_mas/hablar_sobre_la_sexualidad_con_mi_hijo.pdf visto el sábado 19 de Enero del 2008 **Barbara Bain**

Centro de Recursos sobre Salud Sexual
SunnyHill Health Centre for Children
Canada