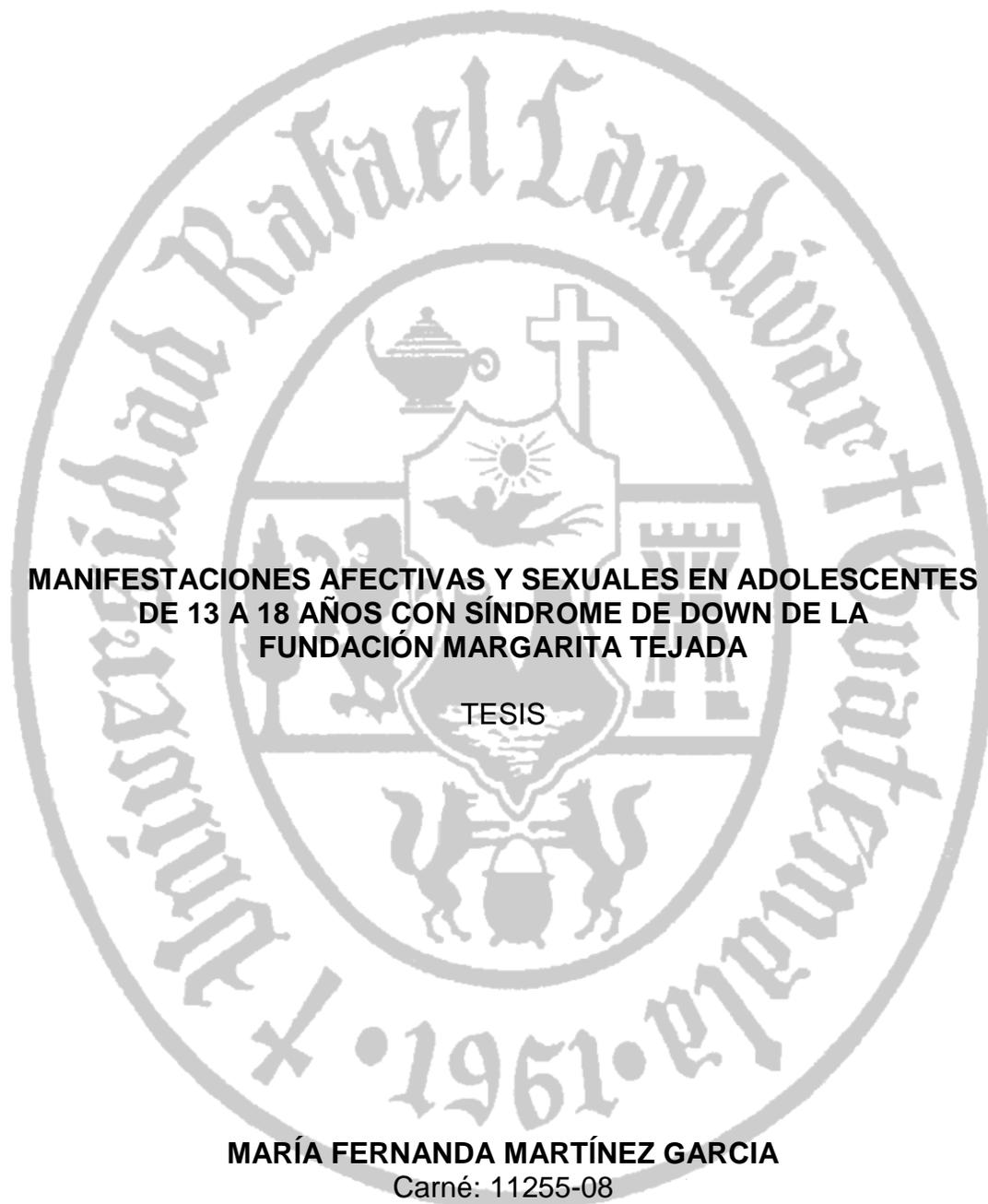


UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR
FACULTAD DE HUMANIDADES
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA



Nueva Guatemala de la Asunción, febrero de 2013
Campus Central

UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR
FACULTAD DE HUMANIDADES
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA

**MANIFESTACIONES AFECTIVAS Y SEXUALES EN ADOLESCENTES
DE 13 A 18 AÑOS CON SÍNDROME DE DOWN DE LA
FUNDACIÓN MARGARITA TEJADA**

TESIS

Presentada al Consejo de la Facultad de Humanidades

Por:

MARÍA FERNANDA MARTÍNEZ GARCIA

Carné: 11255-08

Previo a optar al título de:

PSICÓLOGA CLÍNICA

En el grado académico de:

LICENCIADA

Nueva Guatemala de la Asunción, febrero de 2013
Campus Central

AUTORIDADES UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR

Rector	P. Rolando E. Alvarado López, S.J.
Vicerrectora Académica	Dra. Lucrecia Méndez de Penedo
Vicerrector de Investigación y Proyección	P. Carlos Cabarrús Pellecer, S.J.
Vicerrector de Integración Universitaria	P. Eduardo Valdés Barria, S.J.
Vicerrector Administrativo	Lic. Ariel Rivera Irías
Secretaria General	Licda. Fabiola de la Luz Padilla

AUTORIDADES FACULTAD DE HUMANIDADES

Decana	M.A. Hilda Caballeros de Mazariegos
Vicedecano	M.A. Hosy Benjamer Orozco
Secretaria	M.A. Lucrecia Elizabeth Arriaga Girón
Directora del Departamento de Psicología	M.A. Georgina Mariscal de Jurado
Directora del Departamento de Educación	M.A. Hilda Díaz de Godoy
Directora del Departamento de Psicopedagogía	M.A. Romelia Irene Ruiz Godoy
Directora del Departamento de Ciencias de la Comunicación	M.A. Nancy Avendaño Maselli
Director del Departamento de Letras y Filosofía	M.A. Eduardo Blandón Ruíz
Representante de Catedráticos	M.A. Marlon Urizar Natareno
Representante de estudiantes ante el Consejo de Facultad	Srita. Luisa Monterroso

ASESOR DE TESIS

Licda. Clara Isabel Garcés

REVISOR DE TESIS

Gladys Zaydeé Juárez Hernández de Corado

28 de noviembre 2012

Señores
Miembros del Consejo
Universidad Rafael Landívar
Presente

Estimados Miembros del Consejo:

Por este medio hago constar que he leído la tesis de **María Fernanda Martínez García**, identificada con carné 11255-08, estudiante de Psicología Clínica. El trabajo titulado, **"Manifestaciones afectivas y sexuales en adolescentes de 13 a 18 años con Síndrome de Down de la Fundación Margarita Tejada"** a mi criterio llena los requerimientos de la Universidad por lo que solicito que se lleve a cabo la revisión correspondiente.

Atentamente,

A handwritten signature in black ink that reads "Isabel Garcés". The signature is written in a cursive style with a large initial 'I'.

Isabel Garcés M.A.



Universidad
Rafael Landívar
Tradición Iesuita en Guatemala

FACULTAD DE HUMANIDADES
Teléfono: (502) 24262626 ext. 2440
Fax: 24262626 ext. 2486
Campus Central, Vista Hermosa III, Zona 16
Guatemala, Ciudad. 01016

FH/ap-CI-113-13

Guatemala,
08 de febrero de 2013

Señorita
María Fernanda Martínez García
Presente.

Estimada señorita Martínez:

De acuerdo al dictamen favorable rendido por la Revisora Examinadora de la Tesis titulada: **“Manifestaciones afectivas y sexuales en adolescentes de 13 a 18 años con Síndrome de Down de la Fundación Margarita Tejada”**, presentada por la estudiante **María Fernanda Martínez García**, carné No. **11255-08**, la Secretaria de la Facultad de Humanidades AUTORIZA LA IMPRESIÓN DE LA TESIS, previo a optar al título de Licenciatura en Psicología Clínica.

Sin otro particular, me suscribo de usted.

Atentamente,


Lcda. Lucrecia Arriaga Girón, M.A.
SECRETARIA DE FACULTAD



*ap
c.c.file

En todo amar y servir
Ignacio de Loyola

INDICE

Resumen

I. INTRODUCCION	3
1.1 El síndrome de Down	9
1.1.1 Causas del Síndrome de Down	10
1.1.2 Características del Síndrome de Down	15
1.2 Sexualidad	18
1.2.1 Educación Sexual	21
1.2.2 Educación Sexual en Adolescentes con Síndrome de Down	23
1.2.3 Desarrollo Sexual en Adolescentes	27
1.2.4. Desarrollo Sexual en Adolescentes con Síndrome de Down	29
1.3 Afectividad	32
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	36
2.1 Objetivos de la Investigación	37
2.1.1 Objetivo General	37
2.1.2 Objetivo Específico	37
2.2 Elementos de Estudio	38
2.3 Definición de Elementos de Estudio	38
2.3.1 Definición Conceptual	38
2.3.2 Definición Operacional	39
2.4 Alcances y Límites	39
2.5 Aporte	40
III. MÉTODO	41
3.1 Sujetos	41
3.2 Instrumentos	41
3.3 Procedimiento	42
3.4 Diseño y Metodología Estadística	43
IV. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	44
V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS	61
VI. CONCLUSIONES	65
VII. RECOMENTACIONES	66
VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	67
IX. ANEXOS	71

RESUMEN

El objetivo de la presente investigación fue determinar cuáles son las manifestaciones afectivas y sexuales en los adolescentes con Síndrome de Down cuyas edades oscilan entre 13 y 20 años. La muestra estuvo conformada por 30 personas, 15 maestros y 15 padres de adolescentes de la Fundación Margarita Tejada.

Como instrumento se utilizó un cuestionario elaborado por la autora de la investigación, el cual midió las manifestaciones sexuales y afectivas de los adolescentes con Síndrome de Down desde el punto de vista de los padres y maestros, tomando en cuenta el área cognitiva, conductual, emocional, biológica y de comunicación.

La investigación fue de tipo descriptiva y se evaluó la percepción que tienen los padres y maestros acerca del desarrollo sexual y afectivo de los adolescentes para poder establecer una relación en cuanto a las manifestaciones presentadas por los mismos. Se logró determinar a través de la evaluación que la mayoría de padres carecen de información sobre cómo educar a sus hijos acerca de la sexualidad.

Se estableció que el 100% de maestros tienen claridad en cuanto a cómo abordar el tema con los adolescentes. Se observa que los maestros tienen conocimiento medio en cuanto a la intervención de la misma. Los resultados de la misma indican que los adolescentes tienen sentimientos de confusión y frustración en cuanto a su desarrollo debido a la falta de información. La mayoría de padres indican que los adolescentes únicamente escuchan al momento de hablar sobre el tema.

Los datos obtenidos demuestran que la mayoría de maestros consideran que los adolescentes muestran interés por el sexo opuesto y no siempre expresan adecuadamente el cariño y afecto con las demás personas.

I. Introducción

La afectividad y la sexualidad humana ayudan a las personas a realizarse tanto a nivel personal e interpersonal, a nivel motivacional y en el desarrollo de la autonomía. El conocimiento de sí mismo en este campo ayuda tanto en el desarrollo de aspectos funcionales como psicológicos.

En consecuencia, la educación sexual es el proceso de construcción de un modelo de representación y explicación de la sexualidad humana de acuerdo a potencialidades, con el único límite de respetar la libertad de las demás personas y en este sentido es necesario analizar críticamente los fundamentos de los modelos que se proponen. (Barragán, 1999).

Por consiguiente, la educación afectiva-sexual en personas con necesidades especiales tal como el Síndrome de Down es importante ya que estas personas necesitan una atención y educación especializada para poder comprender y actuar conforme a eso. De esta educación, depende cómo las personas expresan la sexualidad a lo largo de su desarrollo en relación con las demás personas y dentro de la sociedad.

El presente estudio buscó determinar e investigar cuales son las manifestaciones afectivas y sexuales de los adolescentes entre 13 y 18 años con Síndrome de Down. Se enfocó en encontrar y determinar los patrones de conducta sexuales y afectivos más comunes.

Se planteó este objetivo, ya que es importante conocer cómo los adolescentes con Síndrome de Down perciben la sexualidad y la curiosidad sobre el tema. Con esto, se les puede dar a conocer tanto a padres como a maestros cómo deben manejar la sexualidad en los adolescentes para lograr una adecuada intervención sobre el tema.

En cuanto a la información sobre el tema de sexualidad en Síndrome de Down, pueden encontrarse varios estudios tanto nacionales como internacionales que muestran su incidencia y prevalencia.

Para la metodología de la presente investigación, fue importante contar con estudios anteriores relacionados con el tema, pruebas y escalas que sirvan como método de apoyo a la investigación. Por esta razón, es importante conocer como se concibe la temática de manera nacional e internacional.

A continuación, se presentan algunas investigaciones realizadas en Guatemala relacionadas con el presente estudio. Con esto, se podrá conocer más acerca del tema y sus distintos objetos de estudio.

Cossich (2006), realizó un estudio sobre el aprendizaje artístico como fenómeno de la integración social de la Fundación Margarita Tejada para el Síndrome de Down. El objetivo del estudio fue buscar otras formas de enseñanza-aprendizaje que no hayan sido tomadas en cuenta como fuentes de desarrollo integral en las instituciones, a través de actividades que aumenten el potencial creativo que poseen las cuales les permitan desenvolverse en su medio. La muestra estuvo integrada por adolescentes y adultos de la Fundación Margarita Tejada. Se utilizó el método ex post facto por tratarse de una experiencia vivida, la autora tomó parte activa en el caso práctico expuesto. Se concluyó que las experiencias multisensoriales, actúan como estimulantes de la percepción, la atención, la coordinación y la comprensión. En resumen, el taller favoreció el aprendizaje general, ya que contribuyó en la adquisición de otros temas en varias áreas de la educación. Con esto, la persona va adquiriendo conocimientos que beneficiarán su nivel cognitivo.

De la misma manera, Monterroso (2008), realizó un estudio sobre el material gráfico informativo para aumentar el conocimiento de padres de familia con Síndrome de Down de la Fundación Margarita Tejada. El objetivo de dicho estudio fue evaluar si existe un medio grafico que aumente el conocimiento acerca de los niños con Síndrome de Down.

Utilizó una escala Tipo Lickert, con una muestra de 50 personas, hombres y mujeres, padres de familia con hijos con Síndrome de Down. Los principales hallazgos fue que el 86% de los encuestados reconocieron que era necesario diseñar material grafico informativo para mejorar el conocimiento sobre el Síndrome de Down de padres de familia.

A su vez, Maldonado (2008) realizó una investigación sobre la estimulación temprana para promover el desarrollo afectivo, cognitivo y psicomotriz en niños con Síndrome de Down. Esta investigación tenía como objetivo determinar si la estimulación temprana facilitaba el desarrollo de distintas áreas en los niños. La población que utilizó fue de niños y niñas con Síndrome de Down de 0 a 6 años provenientes de la Institución Asoce. Se evaluó a través de una guía de cotejo aplicada antes y después de poner en práctica El Manual. El resultado de dicho estudio mostró que la estimulación temprana en estos niños brinda un mejor nivel de desarrollo. También se concluyó que la estimulación de las áreas afectivas cognitivas y psicomotriz logra un mejor desarrollo integral de los niños.

Posteriormente, López y Mejía (2008) realizaron una investigación sobre la modificación conductual como recurso educativo a padres de familia de niños con Síndrome de Down. El objetivo de dicho estudio fue crear una guía de orientación para educadores en la cual se describieron técnicas, estrategias, actividades y sugerencias para abordar los problemas de conducta en los alumnos. Se utilizaron instrumentos como la evaluación, la observación y cuestionarios de preguntas cerradas.

Los resultados de este estudio fueron que los alumnos presentaron mayor agresión física debido a factores ambientales aprendidos tales como: problemas emocionales, sensoriales y conductuales. Con estos resultados establecieron que es necesario implementar rutinas de entrenamiento del método de análisis conductual, ya que este mejora los procesos adecuados para que el alumno se controle. También descubrieron que son productivas las terapias expresivas para modificar la conducta ya que esto ayuda a canalizar las emociones reprimidas de los alumnos.

Así mismo, Jiménez (2011), realizó un estudio sobre los rasgos de personalidad que predominan en alumnos con Síndrome de Down en el Centro Educativo Las Margaritas. El propósito de dicha investigación era identificar los rasgos de personalidad que más se reflejaran en sus dibujos. La población fue de 20 alumnos hombres y mujeres de la Fundación Margarita Tejada, a quienes se les aplicó como instrumento de medición el Test del Árbol. Con esto, se concluyó que los rasgos de personalidad que predominan en los sujetos corresponden a una dimensión de afabilidad: el 70% de sujetos proyectó empatía, un 70% proyectó dulzura y un 65% de ellos proyectó impaciencia.

También existen investigaciones internacionales acerca del Síndrome de Down.

Por ejemplo, Rodríguez (1996), en Chile, menciona la importancia de la estimulación temprana en el desarrollo psicomotor de niños pequeños. La muestra fueron 26 niños, hombres y mujeres de 10 meses a 2 años de edad que asistían a jardines infantiles. Utilizó como instrumento la prueba de Wilcoxon para su investigación. Se llegó a concluir que la baja estimulación en edades pequeñas causa trastornos en el desarrollo, por lo cual era necesario mejorar la calidad de instrucción en maestras y mujeres que están al cuidado de estos niños para así ayudarlos a su desarrollo.

Lima (2003), realizó un estudio en la Universidad de Salamanca, sobre la inclusión social de los niños con Síndrome de Down basada en un plan individual de apoyo educativo. El objetivo de dicho estudio era comprobar que los de 5 a 8 años, pudieran ir a una escuela y tuvieran un plan de intervención específico acorde con sus necesidades, en el cual fueran capaces de desarrollar sus habilidades funcionales de tal modo que se igualaran al resto de niños de la escuela.

Se utilizó como método de evaluación el PIAE, el cual es un plan basado en enfoques cognitivos de enseñanza. Se incluyeron 15 niños de escuelas ordinarias, 32 niños con Síndrome de Down utilizando la enseñanza tradicional y 48 niños en el preescolar. Después de un año, dieron como resultados que los niños con Síndrome de Down que utilizaron el PIAE desarrollaron más y mejor que los niños con la misma condición de los otros centros. Lograron desarrollarse casi igual a niños normales e incluso mejoraron su autonomía e independencia personal.

Ordóñez (2006), en México, presentó una tesis con el objetivo de analizar las actitudes de los padres ante la educación sexual de sus hijos. Así mismo, utilizó como muestra dos padres y ocho madres de hijos con Síndrome de Down del Instituto del Niño Down en Colima. Se utilizó una entrevista semiestructurada y una escala de actitudes a los padres. Los resultados indicaron que los participantes no mostraron diferencia significativa en la descripción de sus actitudes ante la educación sexual de sus hijos. En general, prevalecieron las actitudes de represión, desconfianza, resistencia y temor hacia la educación sexual de los mismos.

Por otro lado, Rodríguez (2008), realizó una Programación Educativa para Escolares con Síndrome de Down. Con este estudio se pretendía potenciar la construcción de un conocimiento sexual que posibilite una explicación crítica de la sexualidad humana, así como cambiar las actitudes de la sexualidad para que se entienda como una forma de relación, comunicación y felicidad.

Para esto, se utilizó una muestra de hombres y mujeres entre 13 y 28 años de edad con Síndrome de Down. Este programa se trabajó a través de 5 unidades didácticas según las necesidades observadas. Con eso se buscaba conocer y diferenciar las distintas funciones de la sexualidad humana. Como resultado, se observaron actitudes positivas acerca del tema y una mejor comprensión de ello.

En Cuba, Pineda y Gutiérrez (2010), hicieron un estudio sobre estrategias de intervención educativa sobre sexualidad en niños con Síndrome de Down en el cual establecieron que la sexualidad es un elemento importante en la educación y por lo tanto, los padres deben tener conocimientos adecuados para enfrentarla de forma responsable durante las primeras etapas de vida. La intervención se realizó con un diseño pre-post con un grupo de control no equivalente sobre las nociones y el tratamiento de la sexualidad que tenían los padres de hijos con Síndrome de Down. Estos realizaron 3 fases de investigación en las cuales se impartieron 3 talleres.

Con esta información se concluyó que antes de los talleres solo el 23.5% de las madres recibieron información sobre la sexualidad. La acción de rozamiento o frotamiento es la más vinculada a la sexualidad por parte de los niños. Las acciones que los padres asocian a la sexualidad se relacionan con la genitalidad en el 100% de los casos. Después de los talleres, aumentaron las reacciones positivas de los padres y trataron de pedir información especializada. El 70.6% de los progenitores consideraron una sexualidad sana en el futuro.

Finalmente, los talleres impartidos tuvieron un impacto positivo en el conocimiento acerca de la sexualidad.

En resumen, existen varios estudios tanto nacionales como internacionales sobre sexualidad y Síndrome de Down en el mundo. Los autores han realizado estudios que dan información valiosa para la propia intervención. Estos estudios han dado lugar a datos estadísticos reales para poder observar los cambios a través del tiempo.

Así mismo, se puede ver que la sexualidad en adolescentes es un tema de suma importancia el cual los profesionales se han esforzado por observar y estudiar. De esta manera, estudiar la sexualidad en adolescentes con este síndrome lo hace más importante aún, ya que es un tema relevante y necesario, tanto para los adolescentes como para los padres de familia.

A continuación se presentan descripciones de diversas teorías y definiciones que respaldan y fundamentan la teoría del Síndrome de Down, de la sexualidad y de la afectividad.

1.1 El Síndrome de Down

Acevedo (2007) establece que el Síndrome de Down es la enfermedad más frecuente entre todos los trastornos de los cromosomas, estudiados en el campo de la genética. También indica que el trastorno ha sido conocido desde la antigüedad y le han llamado por varios nombres.

El Síndrome de Down o Trisomía 21, según la Fundación Down 21, es una entidad que aparece en la especie humana como resultado de una anomalía cromosómica por la que los núcleos de las células del organismo poseen 47 cromosomas en lugar de 46. Ellos establecen que se le llama Síndrome al conjunto de síntomas que definen a una determinada condición patológica.

Acevedo (2007) refiere que Sir John Langdon Down (Siglo XIX), identificó inicialmente el Síndrome de Down. Él fue quien recogió el conjunto de síntomas que observó en las personas. Identificó que ese conjunto de síntomas conformaba un Síndrome. Debido a su aspecto facial similar al de los habitantes de la Mongolia, Langdon Down los empezó a llamar “Mongoles”, término que hasta hace pocos años se ha tratado de erradicar ya que es impropio para unos niños que no tienen relación con los mongoles.

Así mismo, la Fundación Iberoamericana Down 21 (2012), establece que el Dr. Jerome Lejeune descubrió en 1957, la razón esencial de la aparición del Síndrome la cual se debía a que los núcleos de las células tenían 47 cromosomas en lugar de los 46. Este cromosoma extra pertenece a la pareja 21, el cual se convierte en un trío. Por esta razón se le llama trisomía 21.

Se conoce la incidencia de un niño con este síndrome por cada seiscientos o setecientos nacimientos y se habla hasta de un uno por cada novecientos nacidos vivos. Se menciona que hay predominio del sexo masculino, hasta el 60% de todos los niños que nacen con el problema. Así mismo, se le da mucha importancia a la edad de la madre, considerándose hasta el 70% de niños con Síndrome de Down que proceden de madres mayores de 35 años. Acevedo (2007).

1.1.1 Causas del Síndrome de Down

La Fundación Iberoamericana Down 21 (2012), establece que los genes dirigen la formación y desarrollo de todo el organismo humano. Cuando hay más copias de las debidas hay un desequilibrio y desorganización en las órdenes de los mismos. Este es un desequilibrio genético el cual ocasiona modificaciones y cambios en el desarrollo y función de los órganos y sistemas.

Por consiguiente, aparecen anomalías visibles y diagnosticables. Estas anomalías son congénitas y pueden aparecer a lo largo de la vida. En estas personas, el sistema más afectado es el sistema nervioso, el cerebro y cerebelo. Por esta razón, las personas con Síndrome de Down presentan un grado variable de discapacidad intelectual entre leve y moderada.

De la misma manera, la Fundación Iberoamericana Down 21(2012), describe la expresión genética como el modo en que se desarrolla la acción de los genes, esto varía en cada persona. Por esta razón, el grado de afectación en los órganos es variable. Esto es lo que causa que la intensidad de estas alteraciones sea diferente en cada persona. Estas diferencias deben ser consideradas, evaluadas y tratadas de manera individual.

Así mismo, afirman que todas las personas poseen 46 cromosomas en el núcleo de cada célula. Al momento de ser concebidos, se reciben 23 cromosomas del espermatozoide y otros 23 del óvulo de la madre.

De estos 46 cromosomas, 44 son llamados regulares o autosomas y forman parejas de la 1 a la 22, los otros conforman la pareja de cromosomas sexuales llamados XX Y XY. En el 10 a 15 % de los casos, el cromosoma extra es aportado por el espermatozoide y en el 85-90 % de los casos por el óvulo.

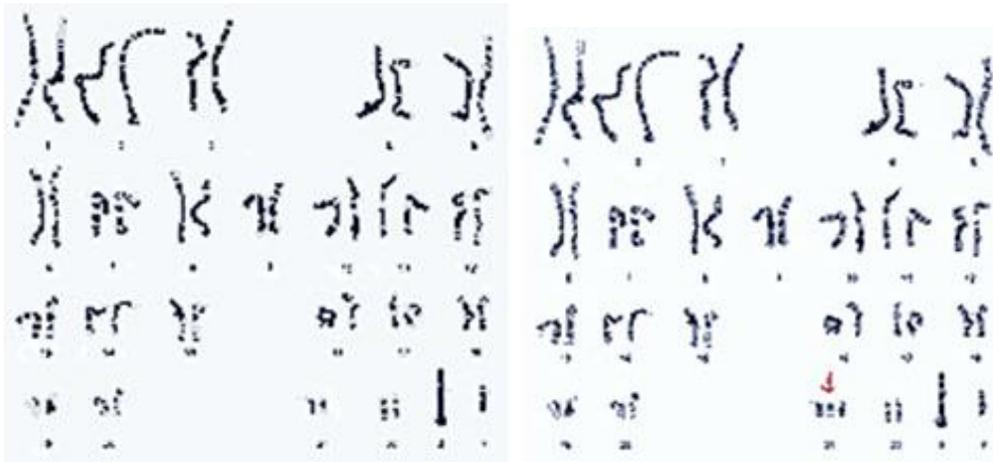


Fig.1. Cromosomas humanos (varón) Fig.2. Cromosomas en el Síndrome de Down (varón). Tomado de Fundación Down 21.

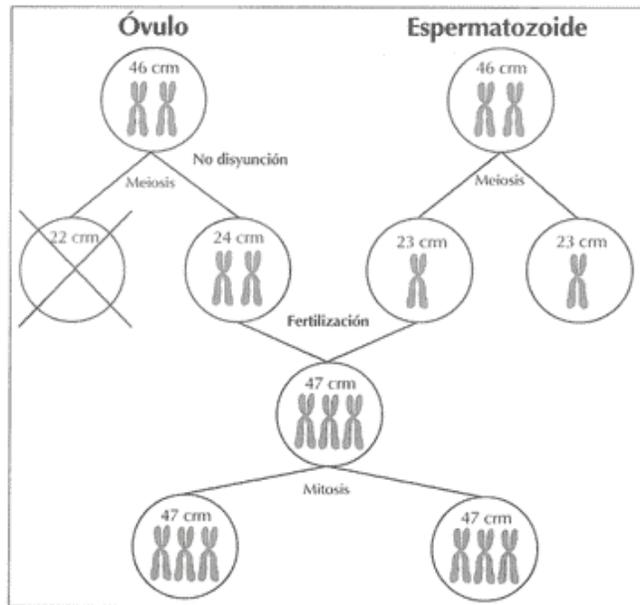
Existen distintos tipos de variaciones genéticas que causan el Síndrome de Down:

A. Trisomía libre o simple

En el momento de la división y separación de las parejas de cromosomas, esto no se realiza correctamente, por lo tanto, una de las parejas de cromosomas no se separa, sino que los dos cromosomas 21 permanecen unidos y se quedan en una de las células divididas. A esto se le llama “no disyunción o no separación”. Con lo cual, esta célula ya tiene 24 cromosomas, dos de ellos en la pareja 21. Al momento de unirse con la otra célula germinal con 23 cromosomas, la nueva célula tendrá 27 cromosomas. (Fundación Down 21, 2012).

Por otro lado, Acevedo (2007), indica que todas las células, de todos los órganos del individuo, tienen tres cromosomas en el par número 21, células de sangre, de la piel, del hígado, del cerebro, del riñón, etc. Todas tendrán la Trisomía equivalente a 47 cromosomas en total para cada célula.

Así mismo, afirma que la Trisomía 21 Regular se origina por la “no disyunción” del par veintiuno durante la ovogénesis y este fenómeno ocurre con más frecuencia en mujeres de edad avanzada. Con esto, los dos cromosomas 21 emigran a un polo de la célula durante la segunda división meiótica y producen tres tipos alternativos de gametos: uno normal, otro con dos cromosomas veintiuno y un tercero carente de cromosoma veintiuno.



Tomado de Fundación Down 21.

B. Translocación

La Fundación Iberoamericana Down 21 aclara que alrededor de un 3.5% de personas con Síndrome de Down presentan 2 cromosomas del par 21 completos, más un trozo grande de un tercer cromosoma 21, que generalmente se encuentra pegado a otro de otro par, generalmente del par 14. Las consecuencias orgánicas de la translocación son similares a la de trisomía simple y aparece de la misma manera con todas sus manifestaciones.

Lo más importante de la translocación es que ya sea el padre o la madre se comportan como portadores y es posible que puedan transmitir esta anomalía a otros hijos que también sean portadores.

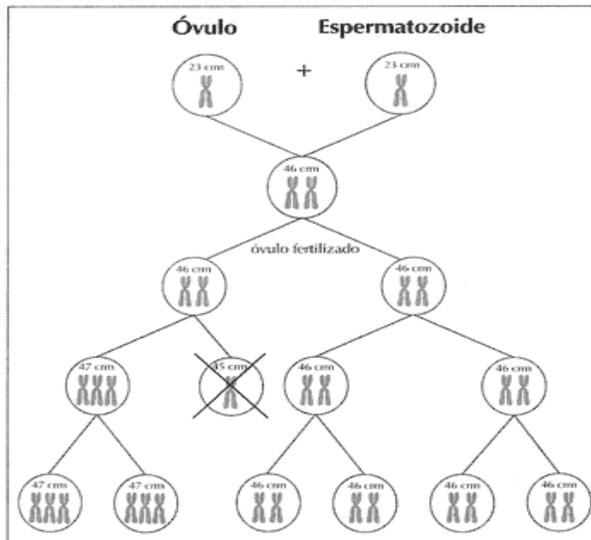
En su estudio más reciente, Acevedo (2007) define la Trisomía por translocación como aquella en la cual está constituida por la agregación del complemento o exceso cromosómico del par 21. Este se adhiere a uno de los cromosomas 14, 15 o menos frecuentemente al cromosoma 22. Él indica que esto sucede en el 3% de los casos.

C. Mosaicismo

Ruiz (2009), también establece que en el mosaicismo, la persona afectada tiene células con diferentes recuentos cromosómicos. (46 en una y 47 en otra). Es accidental y se produce en las primeras divisiones del óvulo fecundado. Esto sucede cuando la situación en la que el óvulo y el espermatozoide poseen 23 cromosomas normales. Por lo tanto, la primera célula que se forma es normal con 46 cromosomas pero durante alguna de ellas, surge la no separación de la pareja del cromosoma 21 de modo que tendrá 47 cromosomas. Este aparece en el 1.5% de los niños con Síndrome de Down.

Así mismo, Ruiz (2009), explica que el mecanismo de no disyunción puede ocurrir después de la formación de un cigoto normal de 46 cromosomas. La no disyunción postzigótica del cromosoma 21 produce una célula con 47 cromosomas trisómica 21 y una monosómica de 45 cromosomas.

De la misma manera, Acevedo (2007) afirma que esto se encuentra en el 2.5% de las personas con Síndrome de Down. Establece que en los casos de mosaico celular es importante la investigación de radiaciones ionizantes, medicamentos o infecciones virales en las primeras semanas del embarazo, que en un momento dado pudieran haber favorecido a la “no disyunción”.



Tomado de Fundación Down 21.

1.1.2 Características del Síndrome de Down.

Según Usunza (2003), no existen dos personas iguales a pesar de que tengan 46 cromosomas. Así mismo, tampoco existen 2 personas iguales aunque tengan 47 cromosomas. Estas personas poseen cualidades, desarrollo y problemas diferentes. Su grado de discapacidad también varía unos de otros.

Usunza (2003), establece que la mayoría de anomalías se observan desde el nacimiento. Se empieza a observar un retraso entre la sexta y duodécima semana. Con esto, indica que no existe ninguna relación entre la intensidad de los rasgos físicos y el grado de desarrollo de actividades cognitivas.

Así mismo, el progreso y avances en la actividad cerebral de un niño con este padecimiento no es causado solamente por los genes, sino también es consecuencia del ambiente y de la estimulación que se le da al niño. Por otro lado, la personalidad, la inteligencia y la capacidad adaptativa están condicionadas por factores externos y estos también varían en cada persona.

El autor describe que estas personas poseen más riesgo de padecer ciertas patologías especialmente del corazón, sistema digestivo y endocrino. Esto hace que las personas con Síndrome de Down estén la mayor parte del tiempo enfermo y tengan que ser intervenidos en varias operaciones.

En cuanto a esto, las personas con Síndrome de Down poseen características físicas distintas que los hacen ser reconocibles. Son características propias y únicas del Síndrome de Down.

Por consiguiente, Usunza (2003) describe que las personas con Síndrome de Down poseen cabeza redonda y pequeña. Sus ojos tienen una inclinación hacia arriba tipo oriental, y su nariz es pequeña y chata tal como sus orejas. De la misma manera, su tono muscular está disminuido y esto hace que la lengua tienda a salirse. Poseen la piel con distintas tonalidades, el cual le da un aspecto a mármol. Así también, tienen extremidades cortas y gruesas, tal como las manos, pies y dedos.

En cuanto a su estatura y peso, él indica que no es igual que el de las personas regulares, poseen estatura baja y un peso mayor al adecuado a su edad. Es común que los bebés nazcan con problemas cardíacos y necesiten una intervención quirúrgica.

Durante los primeros meses de vida, el bebé generalmente es tranquilo e inactivo, duerme mucho y su llanto es débil. Muchos no lloran cuando se sienten incómodos. El primer año de vida es indispensable para su desarrollo. Es necesario que se le dé un programa de estimulación temprana el cual incluya estimulación sensoriomotriz, perceptual, de lenguaje y afectiva. Con esto, mayor será el desarrollo cognoscitivo y psicomotor del niño. (Usunza 2003).

De la misma forma, Ruiz (2009), describe características específicas que presentan los niños con Síndrome de Down:

- El cuerpo es ancho y corto.
- Se observa una cardiopatía congénita en el tórax. Acevedo (2007) indica que en Guatemala, las cardiopatías apenas superan el 30%.
- Malformaciones cardiovasculares.
- Anomalías neurológicas.
- Abdomen prominente
- La piel blanda.
- Manos anchas y cortas.
- Pies cortos y anchos.
- La talla es generalmente más baja.
- Hipotonía generalizada.
- Nariz pequeña con aplanamiento en el puente nasal.
- Boca pequeña con paladar arqueado. Por lo general tienen la boca abierta.
- A los dos años de nacido, comienza la lengua a crear hipertrofia en las papilas con fisuras. La lengua tiende a sobresalir de la boca.
- Labios engrosados y agrietados.
- Los dientes muestran retraso con ausencias congénitas.

Ruiz (2009), afirma que la conducta de las personas con Síndrome de Down es simpática, cariñosa, afable, sociable, perezosa, poco colaboradora y con poca tolerancia a la frustración.

Acevedo (2007), afirma que la mayoría de niños presentan un cráneo pequeño, lo que se conoce como Microcefalia. Hay un aplanamiento del Occipucio, el que se inicia el hueso Occipital. El cráneo es de menor tamaño y volumen que el de los niños normales. El ritmo de crecimiento también es inferior. Estos niños no logran superar la talla de 1.60 m como adultos.

Él también indica que en la mayoría de niños con Síndrome de Down, el sistema inmunológico de defensas presenta deficiencia de grado variable, por lo que padecen con frecuencia procesos infecciosos bacterianos o virales. El sistema de defensas va adquiriendo un mejor desarrollo al avanzar la edad.

Así mismo, establece que las personas con este síndrome poseen un profundo sentido de amistad, son cariñosos, aman a “todo el mundo”. Por lo general siempre están felices y tienden a la imitación.

Acevedo (2007) también especifica que una característica importante de estos niños es que aprenden más despacio que otros niños. Estos niños aprenden aproximadamente en el doble de tiempo que los niños normales. Esto significa que ellos están atrasados en el aprendizaje respecto a otros niños de su misma edad y condición. Sin embargo, hay algunos niños que logran aprender más rápido que otros. Esto dependerá de cuanta estimulación hayan recibido y otras condiciones como su salud, alimentación y oportunidades.

1.2 Sexualidad

Galindo (2006), describe la sexualidad como una construcción histórica que reúne una serie de posibilidades biológicas, mentales, identidades de género, diferencias corporales, capacidades reproductivas, necesidades, deseos y fantasías. Por consiguiente, la conducta sexual está determinada por factores culturales, biológicos, sociales, psicológicos que determinan a la persona a lo largo de su desarrollo.

De la misma manera, Hernández (2006), opina que la sexualidad es la forma en que cada cual expresa, comunica, intima y recibe placer con su cuerpo sexuado.

Según Pan (2010), todos los individuos tienen sentimientos y actitudes en materia sexual, pero cada persona experimenta la sexualidad de manera distinta porque viene marcada por una perspectiva individualizada. La sexualidad es un tema que siempre ha despertado el interés de las personas. Es un tema pluridimensional que abarca lo biológico, psicológico y cultural. El estudio de la sexualidad hace a las personas más receptivas y conscientes de sus propias relaciones interpersonales, lo cual incrementa el grado de intimidad y satisfacción en sus vidas.

Con respecto a esto, Rabinovich (2006), describe la sexualidad como la constitución de las personas. Esto implica procesos histórico-sociales y psicológicos que no se agotan en lo intrapsíquico, sino en las relaciones de los sujetos.

La sexualidad es un concepto más allá de la simple genitalidad. Pan (2010) afirma que la sexualidad es un encuentro interpersonal, como una realización de la propia personalidad. Así también, establece que existen diversos tipos de sexualidad. Esta la sexualidad de actos sexuales, la conducta sexual y la sexualidad destinada a la procreación. La conducta sexual humana abarca varios ámbitos: el ámbito biológico, psicológico y sociocultural. El ámbito biológico abarca lo genético, lo hormonal y lo fisiológico. De la misma manera, el ámbito psicológico abarca conductas sexuales aprendidas, expectativas y actitudes. El aspecto socio-cultural de la sexualidad incluye patrones, estereotipos sociales y culturales del comportamiento sexual.

Con esto, se puede decir que la sexualidad es un elemento de carácter personal del ser humano, es un fenómeno psíquico. La sexualidad no es solo una necesidad, sino es un deseo, una forma de expresión y una vivencia de ir construyendo el crecimiento global de la persona. Pan (2010).

Rabinovich (2006), explica que la sexualidad infantil auto erótica y luego con pares de la misma edad tiene un menor compromiso e intensidad que la sexualidad adolescente y adulta. Esto se debe a la más débil acción de las hormonas sexuales. Con esto, establece que en la pubertad, la masturbación se vuelve casi universal, en respuesta a los aumentos bruscos normales de las hormonas sexuales y el crecimiento del impulso sexual.

Así mismo, el autor describe la masturbación como la acción de producirse solitariamente goce sensual. Es la auto estimulación genital con el fin de producir satisfacción sexual. Este es un comportamiento normal en niños y adolescentes, ya que descubren el placer mientras exploran sus cuerpos. Cuando los niños van creciendo, estas conductas hacen que sientan vergüenza ante diferentes situaciones. Con este sentimiento están expresando la capacidad para distinguir entre lo permitido y lo prohibido, que implican las normas morales.

En su libro, Pan (1997) hace referencia que a través de la sexualidad, el ser humano toma consciencia de su estar en el mundo, su realidad personal y su referencia a otros. La sexualidad no es solo una necesidad, sino es un deseo, una vivencia.

De acuerdo a lo anterior, el mismo autor establece que la sexualidad y el amor son realidades que deben ir juntas, ya que de lo contrario se traiciona a la persona en su esencia y se fomentará la frustración. Esta concepción de la sexualidad reconoce la realidad del cuerpo como elemento de la persona y como un modo de percibir y comunicarse con el otro. Por esa razón, se ha reconocido la importancia del proceso de crecimiento del ser humano y la necesidad de brindar educación sexual a cada persona.

1.2.1 Educación Sexual

Actualmente, la educación sexual proviene de medios ajenos a la familia, tal como la televisión, las revistas y la publicidad. Le han dado una visión parcial y comercial donde se han olvidado de la importancia científica y pedagógica. Por esta razón, Pan (1997) refiere que es necesario ayudar a los adolescentes a crear una visión integrada de la vida sexual y afectiva para que puedan vivirla de manera positiva, sana y satisfactoria.

Así mismo, refiere que la educación sexual tiene como objetivo brindar información básica, así como los métodos y las actividades de la misma. Es necesario darle los elementos y conocimientos básicos al adolescente para poder orientar mejor sus decisiones y actitudes. Con esto, se logrará ayudar a los adolescentes a vivir una sexualidad sana y positiva para así, poder evitar futuros problemas a causa de la falta de información.

Pan (1997), hace referencia a que la educación sexual comienza a ser una convicción entre padres y profesionales, donde reconocen no estar suficientemente preparados para afrontar una educación sexual de calidad e indican no tener la información necesaria y suficiente para facilitar esta capacitación.

Por consiguiente, Hernández (2006), establece que en la educación sexual se presentan técnicas o se muestran los aspectos biológicos de la sexualidad, como que si la comunicación y los sentimientos no formaran parte de ella. Así mismo, establece que para educar la sexualidad, es importante descubrir y nombrar los miedos, deseos y sentimientos en cuanto a ella y con eso, abordarla de la mejor manera.

Por otro lado, Rabinovich (2006), indica que la educación en sexualidad debe guiarse hacia el desarrollo del pensamiento crítico que conduce a actitudes positivas con respecto a ella. Comprender que experimentar una sexualidad saludable comienza antes que los niños puedan ejercer su genitalidad y que ser responsables de ellos depende que las personas adultas puedan advertir de todos los peligros de la sexualidad.

Con esto, propone:

- Fomentar el proceso por medio del cual la persona pueda identificar y aceptarse como un ser sexuado y sexual a lo largo de la vida.
- Fomentar el desarrollo de roles de género que promuevan el respeto y relaciones justas.
- Promover el valor de los vínculos y del componente afectivo de las relaciones humanas.
- Promover el autoconocimiento del cuerpo.
- Fomentar el comportamiento sexual libre, responsable y consciente.
- Promover decisiones responsables para la transmisión de las infecciones de transmisión sexual.

Pan (2010) establece que educar en la vida afectiva y sexual consiste en ayudar a alguien a tener en cuenta al otro, a enseñarle a escuchar, a amar, a tener compasión y ternura, a volverse responsable. La educación sexual consiste en ayudar a una persona a caminar hacia la madurez afectiva.

De acuerdo a lo previamente descrito, la educación sexual está dirigida a ayudar a la persona a la búsqueda de la satisfacción y el reconocimiento del otro. Esto incluye los factores de autoestima y auto eficacia, así como los procesos afectivos y cognoscitivos, tal como la empatía, amistad, toma de decisiones, solución de problemas, entre otros. En conjunto, el desarrollo de habilidades sociales sanas.

Con esto, el autor afirma que la educación sexual tiene varios objetivos:

- Facilitar y fomentar las actitudes y sentimientos hacia los demás.
- Enseñar a aceptar al otro tal y como es.
- Facilitar experiencias de integración y afirmación personal.
- Ayudar a descubrir de manera natural al sexo opuesto.
- Encontrar un clima de comunicación y confianza entre ambos sexos.
- Encontrar y descubrir canales de encuentro que ayuden al acercamiento mutuo entre las personas.

1.2.2. Educación Sexual en Adolescentes con Síndrome de Down.

La educación sexual según Urrunzola (2007), está relacionada en educación para la vida, y educar para la vida es también para vivir una sexualidad plena y armónica con uno mismo y con los demás. La educación sexual en adolescentes es necesaria e importante para su desarrollo. Se debe dar una educación sexual individual y personalizada al adolescente.

Pan (1997), describe la educación como la acción de ayudar a la persona en su crecimiento, ayudándolo a descubrir sus propios potenciales y conocer la realidad de su entorno de manera que así, pueda determinar su propia independencia y autosuficiencia. Indica que el objetivo fundamental es proporcionar a las personas habilidades necesarias para la supervivencia.

Por consiguiente, establece que la educación sexual a personas con discapacidad plantea los mismos objetivos: ofrecer el máximo de oportunidades para alcanzar el mayor desarrollo posible de sus capacidades. Esto significa que la persona con discapacidad se caracteriza por una dificultad de adaptación, provocada por una difícil comunicación en su entorno, lo cual se ve incrementado su interés difuso y su escasa atención. Por esta razón, se necesita una mayor estimulación y apoyo para promover su actividad.

En consecuencia, el mismo autor afirma que no se puede negar a estas personas el derecho que tienen a recibir una educación sexual de calidad que les permita ir conociendo, asumiendo y desplegando esa potencialidad como cualquier otra persona. La familia es el primer lugar donde se transmiten valores sobre la vida sexual y el comportamiento de los padres tiene una influencia en la educación sexual de sus hijos.

La mayoría de padres muestran actitudes sobreprotectoras y desexualizadoras debido a que le temen a las consecuencias negativas y por esta razón, solicitan a los educadores que procuren que sus hijos no manifiesten conductas sexuales y se evite cualquier tipo de abuso sexual.

Así mismo, se sabe que los adolescentes con este síndrome pueden tener dificultades para la toma de decisiones y pensar de una manera realista las situaciones. Estos factores muestran la importancia de la educación de la sexualidad en niños con capacidades especiales.

El riesgo de abuso y maltrato en las personas con discapacidad es mayor que en las que no la tienen. Según Couwenhoven (2005), esto se debe a que los niños con discapacidad tienen mayor probabilidad de depender de los demás para sus necesidades básicas. Estos no poseen habilidades sociales necesarias para solucionar una situación. También tienen dificultades al razonar y necesitan un mayor número de cuidados que los demás.

Todos estos factores aumentan la vulnerabilidad del hijo ante algún tipo de abuso. La mayoría de padres intentan abordar estos temas hasta cuando ya es muy tarde. Esto se da debido a que no tienen la suficiente información acerca del tema, falta de recursos y métodos de apoyo.

Couwenhoven (2005), indica que cuanto mayor sea la discapacidad, menos probable será que los padres sientan la necesidad de abordar los temas de sexualidad.

Por estas razones, es necesario que los padres promuevan la autonomía, independencia y confianza en sus hijos. Los estimulen en sus estados de ánimo positivos para enfrentarse mejor a las situaciones.

También es importante que estimulen un comportamiento adecuado y respetuoso con los demás, así como ayudarle a distinguir sentimientos y describir experiencias. De la misma manera, es necesario que los padres transmitan simpatía y afecto a sus hijos para que así, se les facilite y aprendan a establecer relaciones personales con las otras personas.

La enseñanza de la sexualidad debe ser algo que ocurra durante toda la vida con el fin de ayudarlos a reforzar conceptos durante largos periodos de tiempo y así, tener una mejor comprensión del tema. En esta enseñanza se ven involucradas varias personas, tanto los padres como los profesionales. Esto requiere que ambos examinen sus propios valores y actitudes ante la sexualidad para así poder dar una adecuada orientación a la persona.

Así también, Couwenhoven (2005), establece que para que el papel de los padres sea eficaz, estos deben entender los valores personales y comunicárselos a sus hijos. También deben compartir los métodos de intervención para afrontar conductas sexuales inapropiadas. Estos deben identificar las estrategias formativas que mejor funcionan para su hijo.

Entre estos métodos de enseñanza, es importante que se comience por la enseñanza del cuerpo. Todos los niños muestran curiosidad por sus propios cuerpos y cómo funcionan. Es necesario que se ayude al hijo a utilizar las palabras correctas para referirse a sus genitales. Esta enseñanza se debe de hacer en un contexto de intimidad. Es importante también que se le enseñe a respetar la privacidad de su propio cuerpo. Destacar la importancia de su cuerpo y el respeto hacia el mismo.

Existen distintas maneras de enseñar al hijo sobre sexualidad. Es útil reforzar los conceptos por medio de dibujos y libros sobre el tema. Con esto, será más fácil su comprensión.

Couwenhoven (2005), refiere que la mayor preocupación de los padres con hijos con Síndrome de Down es el que se toquen sus genitales en sitios públicos en momentos inapropiados. Cuando esto sucede, es necesario dar mensajes claros y directos. Hay que enseñarle a hacerlo en lugares privados.

El concepto de intimidad es algo indispensable para la enseñanza. La falta de este tipo de educación es la causa de conductas públicas inadecuadas e inapropiadas de los adolescentes. Por esto mismo, una parte importante del desarrollo de su independencia es el respeto a las necesidades de intimidad.

De acuerdo a la información previamente descrita, para ayudar a comprender a las personas acerca del contacto, afecto y límites, es necesario que los padres establezcan ciertas cosas. Es importante que indiquen las reglas sobre quién puede o no tocar su cuerpo. Enseñarle a respetar el derecho del niño sobre elegir a quién le muestra afecto. Comunicarle acerca de las personas que lo van a apoyar en la relación con el contacto y el afecto con los demás. Es necesario que se adopten reglas que sean fáciles de aprender.

El objetivo de esta educación sexual es poder ser capaz de comunicar los sentimientos y responder a las emociones. Esto es también una manera de comunicar y analizar los sentimientos sobre el contacto y los cambios corporales.

Las personas con Síndrome de Down pueden tener problemas al momento de expresar emociones y así también, interpretar erróneamente los sentimientos de los demás.

Por esto mismo, es importante la educación sexual temprana para poder enseñar al niño para interactuar y relacionarse con los demás de forma confiada. Muchos de estos niños tienen dificultades para generalizar sus habilidades y necesitan de mucha práctica en las interacciones sociales de la vida real. Por esta razón, es básica la enseñanza y el apoyo de los padres.

1.2.3. Desarrollo Sexual en Adolescentes

Collins (2004), indica que el estrógeno y la testosterona son las principales hormonas que producen los cambios físicos en los adolescentes. Las mujeres empiezan a producir hormonas sexuales entre los ocho y once años de edad. Hay un cambio en la forma del cuerpo y en la distribución de la grasa. Estas comienzan a almacenarlo en el pecho y en las caderas, la que representa la figura femenina adulta.

Así también, los órganos internos también crecen tal como el útero y la vagina, la cual comienza a producir secreciones. Estos cambios pueden llegar a tomar cinco años hasta que alcanza la altura de un adulto.

Por consiguiente, se puede tomar como una pubertad tardía si el adolescente no ha presentado cambios físicos y hormonales a los catorce años. Entre estos cambios se encuentra el vello púbico y axial e incluso olor corporal. En el caso de las mujeres, la menarquía puede aparecer hasta el final de la pubertad. Según el autor, esto puede aparecer entre los doce y trece años o antes de los diez años.

Así mismo, Collins (2004), establece que el primer signo de pubertad en los hombres es el crecimiento de los testículos, que se produce entre los 11 y 14 años. También comienzan a desarrollar vello púbico y crecimiento del pene.

Alrededor de los quince años aparece el vello facial. A esta edad, comienzan a interesarse más en las mujeres. Al igual que las mujeres, estos cambios provocan mal humor, cambios en el estado de ánimo y agresividad.

En la adolescencia, como efecto de los cambios puberales, aumenta la tasa de testosterona y por esta razón, aumenta el interés sexual. En estos momentos, se manifiesta con intensidad el deseo sexual y aparece de manera consciente, dirigida a otra persona.

Coleman y Hendry (2003) afirman que la pubertad se asocia con la maduración sexual. Sin embargo, este desarrollo no es solo en el sistema reproductor o en las características sexuales de la persona, sino en el funcionamiento del sistema cardiovascular que afectan a su vez, al tamaño y fuerza de sus músculos. Durante la pubertad, se produce un aumento en talla y peso que se produce en la adolescencia temprana. Hay un crecimiento acelerado de los pulmones y una disminución en el metabolismo basal. El aumento del número de los glóbulos rojos y de la presión arterial sistólica es mayor en los hombres que en las mujeres.

De esta manera, los autores describen que las personas maduran a un ritmo diferente. Con esto indica que, para los hombres la maduración temprana trae ventajas sociales mientras la tardía puede ser un problema. Las personas que maduran rápido tienen sentimientos positivos de sí mismo y de su cuerpo, produciendo así una mayor satisfacción con su desarrollo. Por otro lado, las mujeres que desarrollan tarde es más probable que muestren desconcierto en su interior y estén menos satisfechas con su cuerpo. Por esta razón, es importante tomar en cuenta el significado de la pubertad para el adolescente y los factores que afectan al momento que tiene lugar la pubertad.

Con respecto al tema, para Mayers (2005), la pubertad es una oleada de hormonas que pueden intensificar los estados de ánimo y desencadena un periodo de dos años que por lo regular comienza a los once años en mujeres y catorce en hombres. Los hombres comienzan con su primera eyaculación y las mujeres con su menarquía. Esto produce sentimientos de orgullo, excitación, vergüenza y miedo en los adolescentes.

Los hombres que desarrollan a temprana edad se vuelven más independientes y pueden presentar abuso en el alcohol y actividad sexual prematura. El autor establece que por esto, no solo es importante el momento en el que madura una persona, sino que también la reacción de las personas ante el desarrollo.

Refiere que el desarrollo del lóbulo frontal deja atrás al sistema emocional límbico. Esto explica la impulsividad ocasional en los adolescentes, los conflictos emocionales y conductas de riesgo. Con la maduración del lóbulo frontal en la adolescencia, mejora el juicio, el control del impulso y la capacidad para planear a largo plazo. Al comienzo y al final de la adolescencia, el cerebro es diferente.

1.2.4. Desarrollo Sexual en Adolescentes con Síndrome de Down.

Se considera que los adolescentes se mueven solo por el instinto y no pueden controlar la pulsión sexual, ya que no poseen los mecanismos mentales adecuados de inhibición y sublimación.

Por esta razón, la Fundación Down 21 (2012) establece que la sexualidad en adolescentes con Síndrome de Down resulta ser descontrolada y frecuentemente agresiva. En comparación con un adolescente normal, algunos barones con Síndrome de Down tienen gestos y manifestaciones sexuales en cualquier lugar y circunstancia, ya que ellos no están conscientes de la implicación del mismo. En el caso de las mujeres, se piensa que son bastante promiscuas, por lo cual aceptan pasivamente el contacto sexual sin mayores preocupaciones.

Por consiguiente, estas personas son cariñosas y efusivas, debido a su alma ingenua y pura. El cuerpo de ellos será parecido al de una persona de 30-50 años aunque mentalmente serán eternamente niños.

En la actualidad, los padres de adolescentes con Síndrome de Down tienen el deseo de que sus hijos sean aceptados y valorados por la sociedad como personas normales. Desean una vida afectivo-sexual plena para sus hijos. Por otro lado, desean que se les enseñe a sus hijos a tener una conducta social adecuada que les permita ser tolerado, admitido y respetado en la sociedad.

En cuanto al desarrollo sexual, se comienzan a dar cambios significativos en el cuerpo de los adolescentes al igual que una persona normal. Comienza aparecer el vello púbico, la primera eyaculación y la menarquía a la misma edad que una persona regular. Todos estos cambios resisten a los padres a aceptar la sexualidad del hijo. Los padres comienzan a negar esta madurez sexual del hijo utilizando un rechazo a través de instrumentos verbales. Con esto, se niega el acceso a la sexualidad de la persona con Síndrome de Down. (Fundación Down 21, 2012).

Así mismo, dado que se busca la aceptación de la persona, se desea que responda adecuadamente a lo que se espera por el entorno. Por esta razón, se busca que el adolescente tenga la posibilidad de formarse y realizarse como una persona normal con los mismos principios y derechos dentro de la sociedad.

En el Síndrome de Down, no hay hipersexualidad de origen orgánico. La edad de comienzo y terminación de la pubertad es normal. La Fundación Down 21 (2012) afirma que no hay diferencias significativas en el tamaño de los genitales a pesar de que en algunos adolescentes, se ha observado que la longitud del pene y el tamaño de los testículos es inferior al de los adolescentes normales.

Curtis y Schuler (2003) afirman que las personas con este padecimiento presentan un déficit del desarrollo sexual con testículos pequeños. También indican que hay una mayor incidencia de anomalías genitales, habiendo también una disminución en la cantidad de espermatozoides producidos en una eyaculación, lo que hace poco probable que lleguen a ser padres.

Las últimas investigaciones realizadas por la misma organización, indican que hay una existencia de ovarios más pequeños, por lo tanto, únicamente el 70% son fértiles. Ellas poseen ciclos menstruales regulares y la menstruación aparece a una edad similar a la de los otros jóvenes.

Ellos establecen que algunas de estas personas expresan su sexualidad con más intensidad, incontinencia e impulsividad que otras. Influyen los estímulos recibidos por diversos medios y conductas observadas. Por esta razón, es importante una intervención adecuada, prestando atención a los apoyos que la persona necesite.

Campbell y Reece (2005), refieren que la persona con Síndrome de Down tienen una vida más corta de lo normal. Con esto, la mayoría presentan un desarrollo sexual incompleto y son infértiles.

De la misma manera, Sue (2010), afirma que el desarrollo sexual de estas personas es retardado. Así mismo, Jones (2006), establece que el desarrollo sexual de las personas con retraso mental suele ser inferior a lo normal.

Por otro lado, la discapacidad intelectual lleva a una menor capacidad para la adaptación de circunstancias. Los educadores deben esforzarse por educar a los adolescentes de que hay conductas que socialmente no son aceptables. Es complicado exigirles autocontrol cuando los estímulos externos son intensos. Se les debe enseñar a compartir cariño y respeto y negarse ante los ataques hacia su cuerpo. La única manera de que los adolescentes controlen sus sentimientos sexuales y los expresen de manera correcta es impartiendo educación sexual.

Con respecto a lo anterior, los padres deben buscar el máximo nivel de habilidades sociales del adolescente para que pueda vivir en la comunidad, con todos los recursos y garantizando el máximo nivel de vida para la persona. Con esta adecuada intervención, se facilitará el crecimiento y la maduración del mismo para tener una mejor calidad de vida. (Ortiz, 2009).

1.3 Afectividad.

Según Ortiz (2009), el ser humano desarrolla distintos procesos afectivos que constituyen vivencias afectivas. Estos procesos influyen y deciden su actuación por un cierto tiempo. Él indica que los afectos, las emociones y los sentimientos son derivados de las actitudes y de los valores.

Con esto, el autor describe que el ser humano desarrolla distintos procesos que constituyen vivencias afectivas intensas en su manifestación que desorganizan su actuación por determinado tiempo, por lo que tienen un carácter situacional y humano.

En cuanto al desarrollo de la afectividad, Urrunzola (2007) establece que tiene que ver principalmente con el desarrollo de actitudes y de habilidades, incidiendo más en los comportamientos que en los conocimientos. Con esto, la afectividad se convierte en un elemento más que favorece el desarrollo integral de la persona.

Esta debe orientarse hacia espacios más abiertos, más tolerantes y participativos, menos rígidos y culpabilizadores para la persona.

Por otro lado, Pastor (2002) describe la afectividad como una reacción emotiva que produce efectos definidos en el cuerpo y en la psique. Es la esfera de los sentimientos relacionados con las modificaciones de la vivencia corporal con el medio. Así, en la misma naturaleza afectiva, radica la posibilidad de convertir toda relación en experiencia interna llamado “vivencia”, siendo su finalidad dotar de significado personal los propios contenidos de la experiencia. Con esto, toma en cuenta tres aspectos para describir la afectividad: su forma de manifestación, su desarrollo evolutivo y como consecuencia, el lugar y modelo de inteligencia que reserva el modelo afectivo.

Por consiguiente, el autor menciona que los estados afectivos se manifiestan a través de emociones, humores, estado de ánimo y sentimientos. Así mismo, establece que existen nociones fundamentales en la afectividad: la emoción, la empatía y la comunicación. La emoción se produce influyendo en la valoración que define el significado de lo que está ocurriendo con relación al bienestar de la persona, como debería de ser controlada y expresada.

La empatía la define como la respuesta emocional que brota del estado emocional del otro, proceso que cumple una función comunicativa. En consecuencia, la comunicación funciona como nexo de unión entre la empatía y lo afectivo.

De la misma manera, define que la vida afectiva es un proceso de adaptación, esta se constituye como un proceso continuo de asimilación de las situaciones presentes que generan maneras estables de sentir y reaccionar. Este comprende la afectividad como una forma de inteligencia ya que proporciona la capacidad para resolver problemas, en los cuales intervienen en la resolución de manifestaciones afectivas. Con esto, las personas tienen la capacidad para vivir y adaptarse a su realidad, lo cual le permite relacionarse con los demás de una manera sana y positiva. Por esta razón, no puede desligarse la afectividad de la sexualidad.

Sierra (2008), propone que la afectividad no se educa, sino se estructura, se construye y se despliega a partir de múltiples modalidades, a partir de un ambiente dado, unas relaciones interpersonales, una forma específica de percibir, sentir y vivir.

La afectividad también está unida al desarrollo del concepto de sí, ambos se influyen mutuamente. Con esto, la afectividad se encuentra ligada al conocimiento y a la consciencia que desde un primer momento se origina en experiencias de afecto.

El objetivo de desarrollar la afectividad en las personas con necesidades especiales es llegar a una maduración afectiva que involucre la integración, la identidad, la entrega, la fraternidad, el control y la confianza de las personas. Esta madurez afectiva la describen como madurez humana trascendente, madurez psicosexual y madurez psicológica. Se refiere a una madurez emotiva y cognitiva íntimamente relacionadas. Es difícil cuando la madurez afectiva se define únicamente con relación a las emociones y no a los procesos cognitivos.

Consecuentemente, este autor afirma que la afectividad es un conjunto de disposiciones innatas que se activan en las experiencias de placer o desagrado que son intensas y funcionan como catalizadores en la vida de las personas como una experiencia placentera o negativa. Es necesario que la persona aprenda a mostrar y expresar su afecto con el resto de las personas para así, poderse desarrollar plenamente en el ámbito sexual y afectivo.

Con lo presentado anteriormente, en relación a la afectividad y sexualidad en adolescentes con Síndrome de Down, Sierra (2008) resalta que en el desarrollo de la sexualidad es necesario el apoyo de los familiares y educadores para orientar a la persona con necesidades especiales hacia un desarrollo positivo y saludable.

Por consiguiente, la educación sexual del adolescente es fundamental para su desarrollo. Con esto, el adolescente conoce lo que es correcto y aprende a comportarse de una manera aceptable en la sociedad.

II. Planteamiento del Problema

El Síndrome de Down es una anomalía genética causada por un cromosoma extra, el cual produce diferencias en la forma que se desarrolla física y mentalmente la persona. Esto ocasiona que las personas con Síndrome de Down tengan que adaptarse a un mundo distinto en el cual buscan la manera de ser aceptados en la sociedad.

Es importante que estas personas reciban estimulación temprana y educación especial para ayudarlos a lo largo de su desarrollo. Tanto padres como educadores, son los encargados de ayudar a sus hijos a llevar una vida sana, donde puedan influir en sus decisiones y actitudes.

La adolescencia es una etapa de cambios tantos físicos como emocionales. En esta etapa, es necesario que se les dé una educación sexual a los adolescentes, en especial a los jóvenes con Síndrome de Down, para que tengan conductas adecuadas y así sean aceptados dentro de la sociedad.

Estos adolescentes muchas veces no están conscientes de sus actos, ya que actúan por impulso e instinto sin razonar sobre ello. La falta de filtros racionales genera expresiones espontáneas en ellos que pueden ocasionar reacciones negativas en el resto de las personas que los rodean. Por esta razón es necesario conocerlas para poder abordarlas.

Pueden confundir el afecto, con el cariño y el interés sexual. Ellos deben aprender a diferenciar qué gestos son adecuados y cuales pueden o no permitirse. De esta manera, deben conocer que hay ciertas conductas que no pueden llevarlas a cabo ya que no son aceptables. Esto lo deben inculcar los educadores quienes son los encargados de guiar y educar a los adolescentes.

Por lo anteriormente mencionado, las personas con este síndrome necesitan cuidados especiales por parte de los padres, ya que estos son más susceptibles a sufrir un abuso sexual debido a su inocencia y falta de conocimiento.

También así, por seguir sus instintos pueden llegar a sufrir un embarazo no deseado, ya que no poseen la capacidad intelectual de pensar en las consecuencias del mismo. Esto solamente se puede prevenir guiando y educando a los padres de familia sobre cómo ayudar a su hijo a tener conductas adecuadas y actuar de manera correcta para poderles brindar una mejor educación a sus hijos.

Por estas razones, se considera que es necesario tener más conocimiento e información acerca de cómo los adolescentes expresan el interés sexual y cómo se comportan con sus compañeros en relación a esto. Por consiguiente, surge la siguiente pregunta:

¿Cuáles son las manifestaciones de la expresión afectiva y sexual en adolescentes de 13-18 años con Síndrome de Down de la Fundación Margarita Tejada?

2.1 OBJETIVOS

- **2.1.1 General**

Determinar cuáles son las manifestaciones afectivas y sexuales en adolescentes con Síndrome de Down.

- **2.1.2 Específicos**

- Determinar las manifestaciones emocionales de los adolescentes con Síndrome de Down.
- Identificar los procesos cognitivos de estos adolescentes.

- Especificar las manifestaciones conductuales más comunes en los adolescentes.
- Establecer los distintos procesos biológicos.
- Determinar los tipos de comunicación que utilizan los adolescentes con Síndrome de Down.
- Determinar las áreas en que los padres necesitan más apoyo e información para orientar a sus hijos en su desarrollo sexual.
- Realizar un taller con el objetivo de capacitar a los padres sobre cómo brindarles una educación sexual positiva y segura.

2.2 ELEMENTOS DE ESTUDIO

- Afectividad
- Sexualidad

2.3. DEFINICIÓN DEL ELEMENTO DE ESTUDIO

• 2.3.1 Definición Conceptual

Afectividad

Según Pastor (2002), la afectividad es una reacción emotiva que produce efectos definidos en el cuerpo y en la psique. Es la esfera de los sentimientos relacionados con las modificaciones de la vivencia corporal con el medio. Con esto, toma en cuenta tres aspectos para describir la afectividad: su forma de manifestación, su desarrollo evolutivo y como consecuencia, el lugar y modelo de inteligencia que reserva el modelo afectivo.

Sexualidad

Galindo (2006), define la sexualidad como un elemento de gran importancia para el hombre, es algo que consume los pensamientos y recuerdos. Llena de esperanzas, decepción, tristeza y desesperación. Así mismo, la sexualidad no es solamente el acto sexual, sino todo lo que rodea: planes, búsqueda de pareja, estrategias y negociaciones. Es el conjunto de condiciones fisiológicas y psicológicas correspondientes a cada sexo y determinantes de un comportamiento sexual.

2.3.2 Definición Operacional

En esta investigación, las manifestaciones afectivas y sexuales de los adolescentes con Síndrome de Down se midieron a través de la información proporcionada por las entrevistas realizadas a padres y maestros de la Fundación Margarita Tejada. Este contiene indicadores emocionales, conductuales, cognitivos, biológicos y de comunicación.

2.4 ALCANCES Y LÍMITES

La presente investigación se realizó con un grupo de padres y maestros de adolescentes con Síndrome de Down de la Fundación Margarita Tejada que proporcionaron información relevante acerca de los adolescentes. Solo aplica para poblaciones de padres y maestros con características similares.

Una limitante para la investigación fue que algunas encuestas se aplicaron de forma oral debido a la falta de conocimiento.

2.5 APORTE

En este estudio, se presenta información importante sobre la sexualidad y afectividad en adolescentes con Síndrome de Down. Se espera que la investigación sea de utilidad para la Fundación Margarita Tejada, ya que brinda información específica sobre las manifestaciones sexuales y afectivas que se están dando actualmente en estos adolescentes

Así mismo, dicha información servirá como un instrumento de sensibilización para abordar la sexualidad con los alumnos, conociendo las manifestaciones de expresión afectiva y sexual. Esto ayudó a la Fundación Margarita Tejada ya que se incluyó un taller dirigido a padres y maestros sobre cómo educar a los adolescentes en el tema de sexualidad y cómo abordarlo para promover el desarrollo sexual saludable. De esta manera, ellos podrán utilizarlo e implementarlo a los padres de familia.

III. Método

3.1 Sujetos

La muestra de esta investigación está compuesta de 30 personas, quince maestros/as y quince padres de familia de adolescentes con Síndrome de Down cuyas edades oscilan entre los 13 y 20 años de la Fundación Margarita Tejada.

Las personas fueron seleccionadas por medio de la técnica de muestreo no probabilístico, que se basa en distintos procedimientos que en ningún caso son aleatorios. Según Hernández, Fernández y Baptista (2006), la elección de los sujetos no depende de la probabilidad sino que de las causas asociadas a las características de la investigación o de quien hace la muestra.

Para este procedimiento no se utilizaron fórmulas de probabilidad, sino que dependió de un proceso de toma de decisiones, de una persona o un grupo de personas. Fueron seleccionados por medio de la Fundación considerando la edad de los hijos y la disponibilidad de los padres para realizar los cuestionarios.

3.2. Instrumento

Se diseñó un cuestionario de selección múltiple elaborado por la autora de esta investigación específicamente para padres y maestros de adolescentes con Síndrome de Down de la Fundación Margarita Tejada. Este fue validado por tres profesionales, entre ellos dos psicólogos.

El cuestionario estuvo compuesto por 19 preguntas que abarcaron 5 indicadores que son: el área emocional, cognitiva, conductual, biológica y de comunicación. Se administró el cuestionario de forma individual, oral y escrita en algunos casos.

La interpretación de los resultados se realizó a través de tablas con porcentajes, agrupándolos por áreas de acuerdo con el indicador y luego se elaboraron gráficas para las preguntas más importantes.

3.3 Procedimiento

Para la elaboración de la siguiente investigación se procedió de la manera siguiente:

- En el primer paso fue la selección y aprobación del tema en la Fundación Margarita Tejada.
- Luego de esto, se procedió a la búsqueda de referencias bibliográficas acerca del tema de sexualidad y afectividad en adolescentes con Síndrome de Down.
- Se buscaron estudios nacionales e internacionales relacionados con al tema.
- Se realizó el marco teórico de la investigación, seguido por el planteamiento del problema y el método.
- Seguido de esto, se diseñó el instrumento.
- Por medio de la Fundación Margarita Tejada, se concertó la reunión con los padres de familia y se aplicaron los cuestionarios.
- Se tabularon los datos obtenidos.
- Al haber finalizado la transcripción de la información, se hizo una comparación de los resultados para llevar a cabo la discusión de los mismos.
- Se establecieron las conclusiones y recomendaciones de los resultados obtenidos en la investigación.
- Por último, se diseñó un taller para padres de familia sobre cómo educar a sus hijos en el tema de sexualidad y cómo abordarlo para promover el desarrollo sexual saludable.

3.4 Diseño y Metodología Estadística

Para llevar a cabo la presente investigación se utilizó un diseño descriptivo. Hernández et al. (2006) establecen que la investigación descriptiva busca especificar propiedades, características y rasgos importantes de cualquier fenómeno que se analice. Describe tendencias de un grupo o población. Es decir, miden, evalúan o recolectan datos sobre diversos conceptos, variables, aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno a investigar. En un estudio descriptivo se selecciona una serie de cuestiones y se mide o recolecta información sobre cada una de ellas, para así describir lo que se investiga.

De la misma manera, Hernández et al. (2006), establecen que los estudios descriptivos únicamente pretenden medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre los conceptos o las variables a las que se refieren. Con este diseño, es posible mostrar con precisión los ángulos o dimensiones de un fenómeno, suceso, comunidad, contexto o situación.

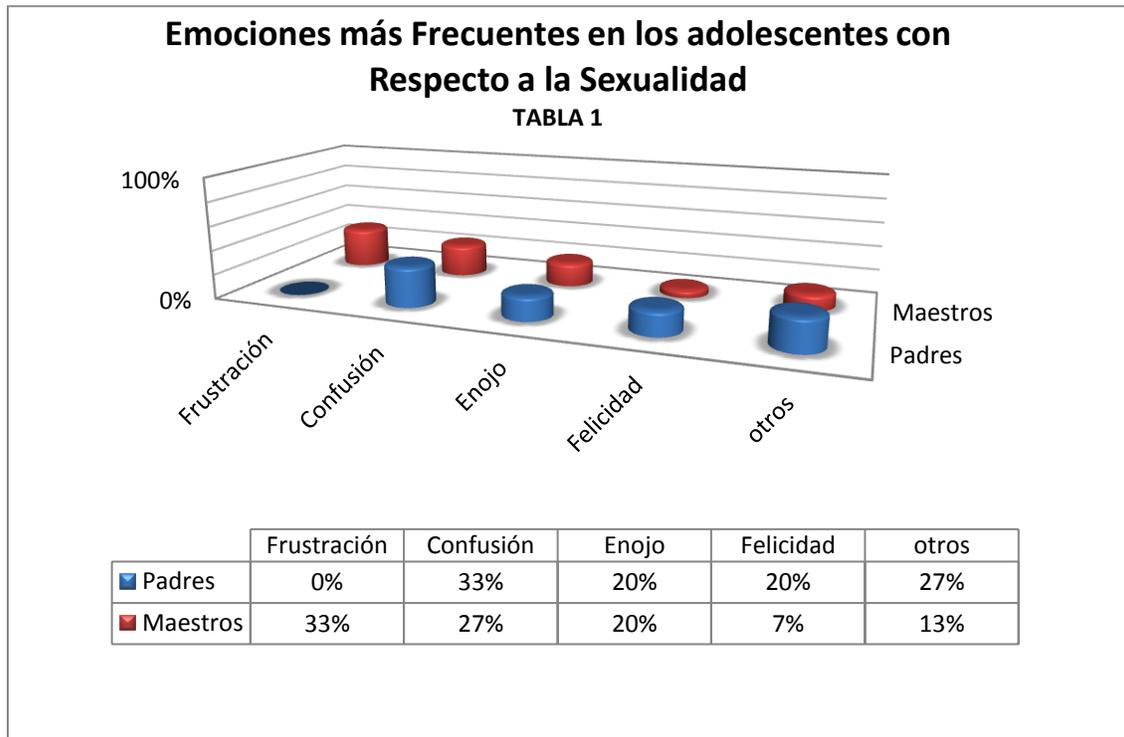
El análisis de los resultados se realizó por medio de porcentajes. Se agruparon las preguntas correspondientes a cada una de las áreas medidas y luego se graficaron los resultados que más destacaron.

IV. Presentación de Resultados

A continuación se presentan los resultados de los cuestionarios respondidos por los padres y maestros de la Fundación Margarita Tejada con relación a la sexualidad y afectividad de los adolescentes con Síndrome de Down.

Se presenta a través de tablas y gráficas que muestran en porcentajes los resultados. Estas se encuentran agrupadas en relación al indicador al cual corresponde cada una.

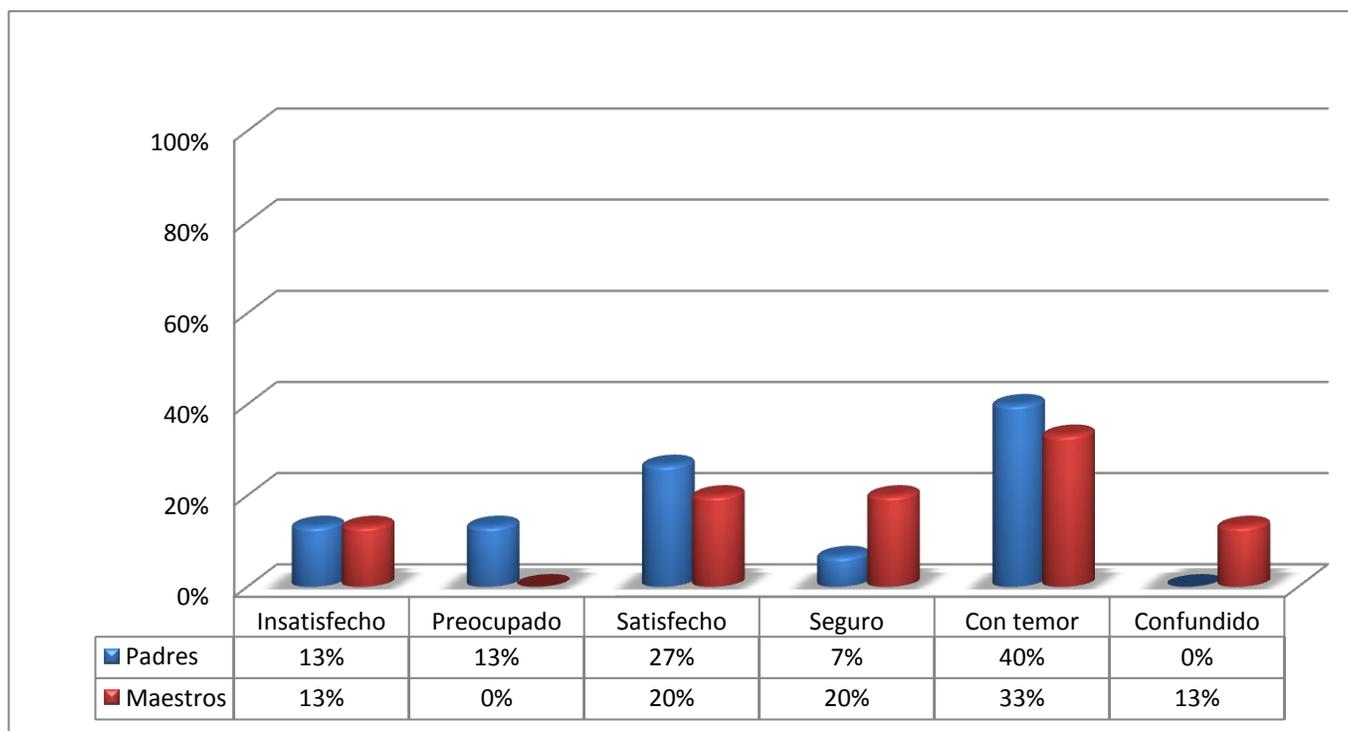
La tabla 1 y 2 corresponden al indicador emocional indicando la percepción de los padres y maestros sobre los sentimientos y emociones de los adolescentes con Síndrome de Down.



En la tabla #1, los padres refieren que la emoción más frecuente en sus hijos con respecto a la sexualidad es confusión. Los maestros respondieron de manera diferente indicando que la emoción más frecuente en los adolescentes es la frustración. Tanto padres y maestros coinciden en un 20% sobre el sentimiento de enojo. Por otro lado, un 40% entre padres y maestros refieren que los adolescentes presentan otras emociones tal como vergüenza y rechazo.

Sentimientos sobre la Educación Sexual de los Adolescentes

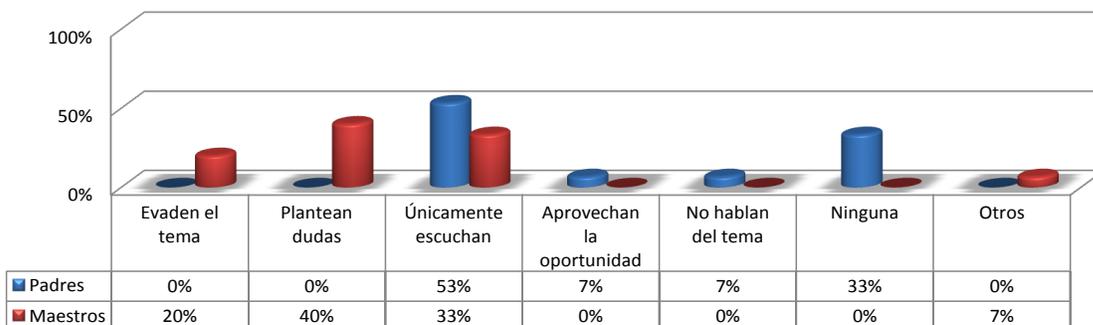
TABLA 2



Los resultados de la tabla # 2 reflejan la percepción de los padres y maestros con respecto a la educación sexual que han recibido los adolescentes. Se muestra que el mayor sentimiento en cuanto a la educación sexual es el temor, con una incidencia del 40% en padres y 33% en maestros. Únicamente el 7% de padres se sienten seguros con respecto a esto. Hay similitud en cuanto a la insatisfacción y preocupación por parte de los padres ambos en un 13%. Por lo contrario, el 40% de los maestros se sienten seguros y satisfechos en cuanto a la educación recibida. Esto establece que hay diferencia entre los sentimientos de padres y de maestros.

A continuación se presentan las tablas 3, 4, 5, 6, 7, y 8 corresponden al indicador conductual. Estas incluyen las reacciones de adolescentes y padres, expresiones y conductas de los mismos.

Reacciones de los Adolescentes al Hablar de Sexualidad
TABLA 3



La tabla # 3 muestra que la mayor incidencia en cuanto a las reacciones de los adolescentes, según los padres, es que únicamente escuchan al momento de hablar de sexualidad. Por otro lado los maestros refieren que los adolescentes plantean dudas al momento de hablarles de sexualidad. Por otro lado, el 20% de los maestros responden que evaden al tema. Un 7% de los maestros hacen referencia a otros tipos de reacciones; establecen que cada uno reacciona de manera diferente y esto varía según la personalidad de cada uno.

Reacciones de Padres y Maestros al Hablar de Sexualidad

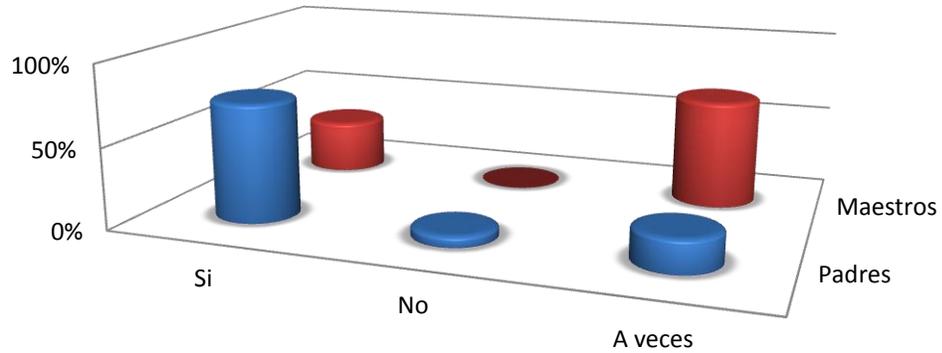
Tabla #4

	Padres	Maestros
Trato de resolver las dudas	27%	73%
Aprovecho para hablar del tema	27%	7%
Muestro confianza	33%	20%
Ninguna	13%	0%

La tabla # 4 muestra que el 73% los maestros tratan de resolver las dudas que los adolescente tienen de manera que las comprendan. A diferencia de los padres, solamente el 27% realiza esto. Así mismo, establece que el 33% de los padres muestran confianza al hablar de sexualidad con sus hijos.

Expresión Adecuada del Afecto y Cariño

TABLA 5

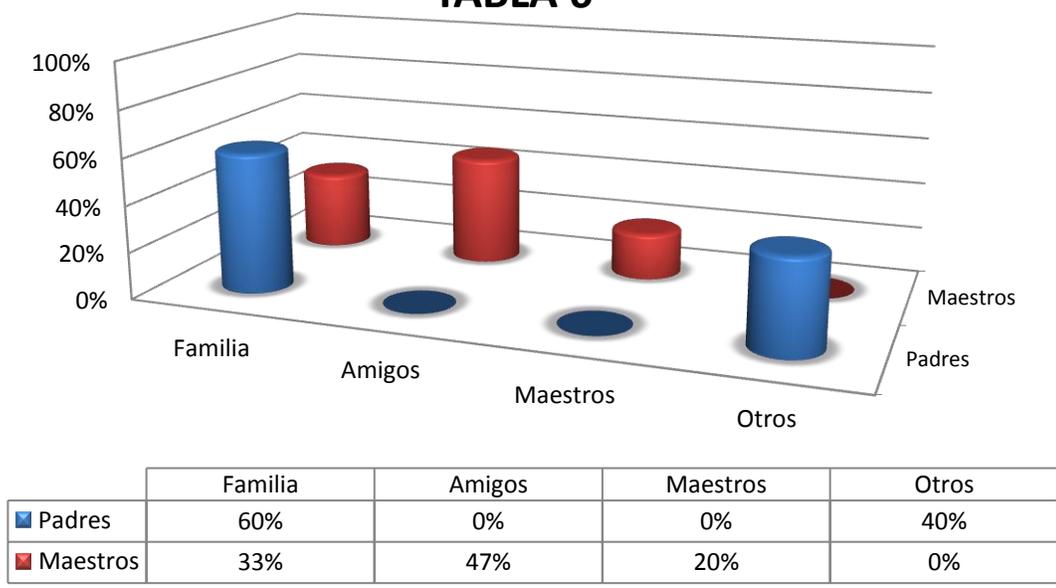


	Si	No	A veces
■ Padres	73%	7%	20%
■ Maestros	33%	0%	67%

Con respecto a los resultados, la tabla # 5 muestra que existe un mayor porcentaje de padres que consideran que los adolescentes sí saben expresar adecuadamente el afecto y cariño a las demás personas. Esto corresponde al 73% de padres a diferencia del 33% de maestros. Es importante mencionar que el 67% de los maestros refieren que no siempre lo expresan adecuadamente.

Personas con quienes Expresan el Afecto y Cariño

TABLA 6



La tabla # 6 muestra que el 60% de los padres consideran que los adolescentes con Síndrome de Down expresan con más frecuencia el afecto y cariño con los familiares. Así mismo, el 40% de los padres hace referencia a que los adolescentes demuestran su cariño con todas las personas. Por lo contrario, el 47% de maestros refieren que expresan su cariño con más frecuencia a amigos y el 20% con otros maestros.

Conductas de los Adolescentes en Público

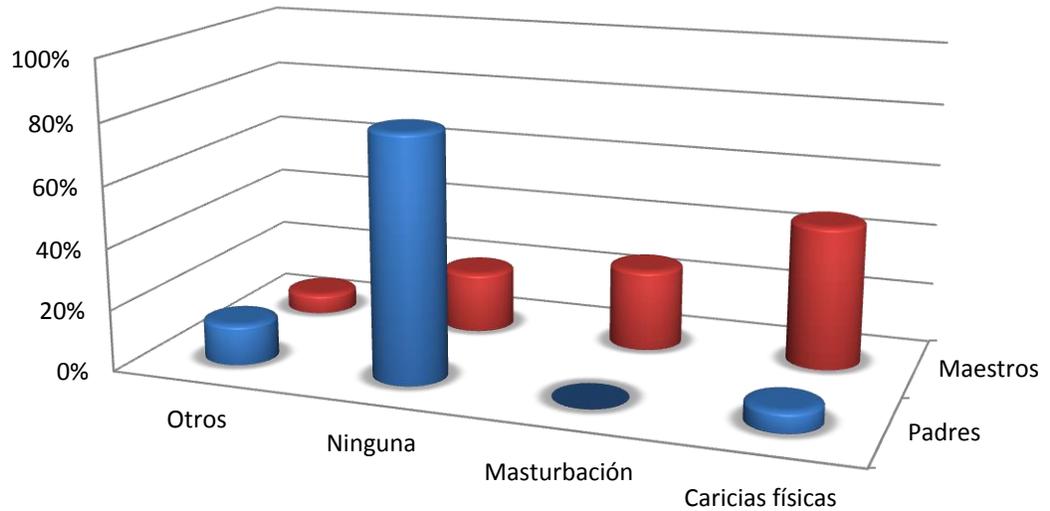
TABLA 7



	Interés por el sexo	Cuidan su aspecto personal	Caricias físicas	Ninguna
■ Padres	40%	27%	13%	20%
■ Maestros	67%	13%	20%	0%

Como se muestra en la tabla # 7, los padres y maestros concuerdan que la conducta más frecuente en los adolescentes con Síndrome de Down es el interés por el sexo opuesto con una incidencia de 40% en padres y el 67% en maestros. Así mismo, ambos refieren que la segunda conducta que más se presenta en público es que cuidan su aspecto personal para ser atractivo para otros jóvenes. También refieren que la conducta menos frecuente son las caricias físicas con otras personas. Esto tiene una incidencia de 13% en padres y 20% en maestros.

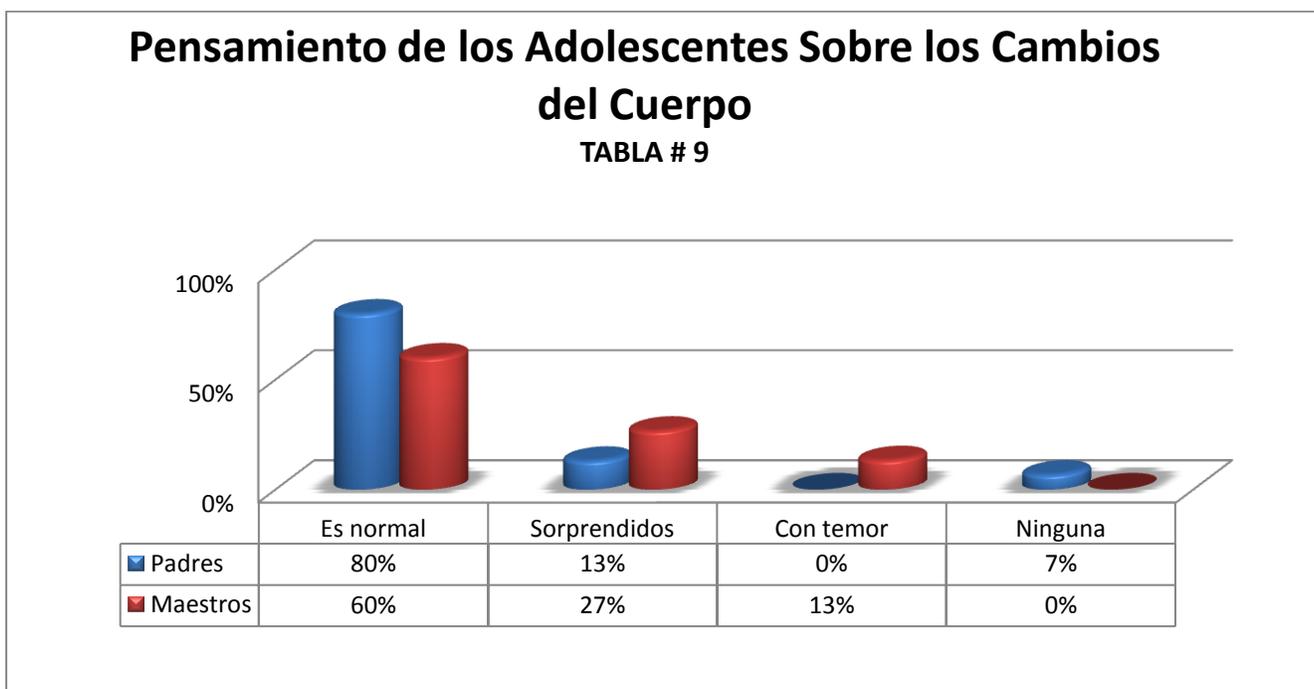
Conducta de los Adolescentes en Privado
TABLA # 8



	Otros	Ninguna	Masturbación	Caricias físicas
Padres	13%	80%	0%	7%
Maestros	7%	20%	27%	47%

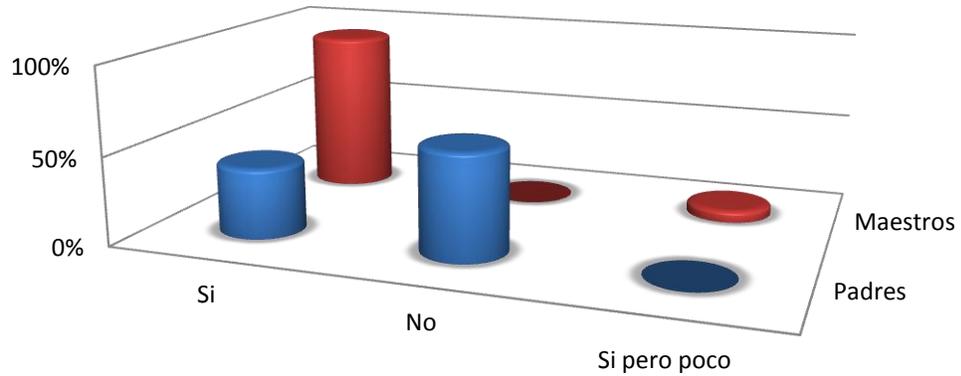
La tabla # 8 refleja que el 80% de los padres refieren que sus hijos con Síndrome de Down no presentan ninguna conducta en privado. El 13% refiere que ellos buscan estar solos. Por lo contrario, el 47% de los maestros refieren que los adolescentes presentan caricias físicas en privado. Por consiguiente, el 27% de maestros han observado que los alumnos con Síndrome de Down presentan conductas de masturbación en privado.

A continuación se presentan las tablas 9, 10, 11, 12 y 13 correspondientes al indicador cognitivo. Esto evaluó los pensamientos y conocimientos acerca de la educación sexual.



En la tabla # 9 se muestra el criterio de los padres y maestros sobre lo que piensan los adolescentes acerca de los cambios del cuerpo. Con esta información se obtuvo que el 80% de los padres y el 60% de maestros consideran que los adolescentes con Síndrome de Down piensan que es normal. El 27% de maestros y 13% de padres consideran que los adolescentes se muestran sorprendidos por falta de conocimiento. Por último un 13% de los maestros consideran que los adolescentes sienten temor a sufrir más cambios en el cuerpo.

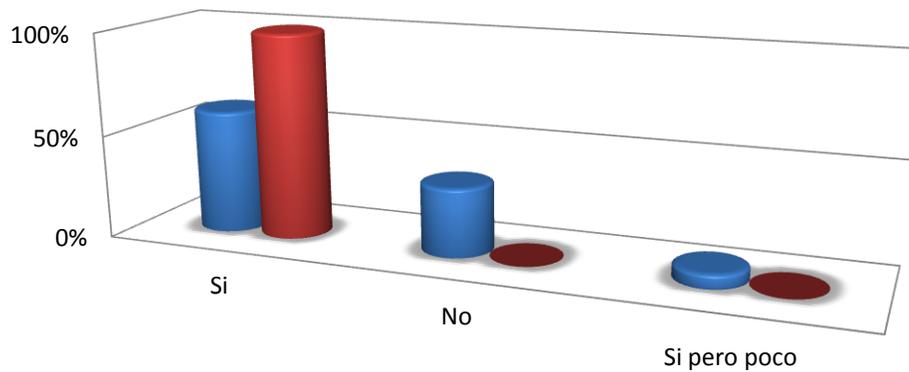
Recibieron Educación Sexual
TABLA 10



	Si	No	Si pero poco
■ Padres	40%	60%	0%
■ Maestros	93%	0%	7%

En la tabla #10 se muestra el número de padres y maestros de la Fundación Margarita Tejada que recibieron educación sexual. Esto corresponde únicamente al 40% de los padres, siendo así mayor el número de padres que carecen de esta educación. Por lo contrario, se puede observar que la mayoría de maestros recibieron educación sexual, siendo este el 93%.

Conocen la Educación Sexual TABLA 11

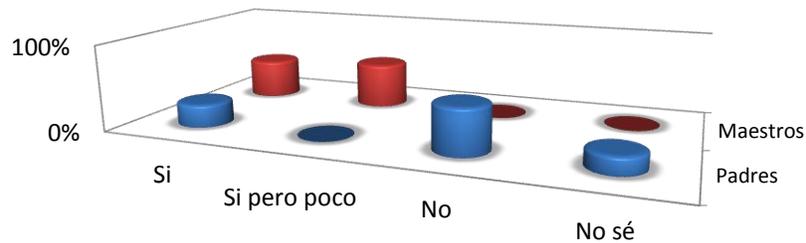


	Si	No	Si pero poco
■ Padres	60%	33%	7%
■ Maestros	100%	0%	0%

La tabla # 11 establece que el 100% de los maestros conocen en qué consiste la educación sexual. Por otro lado, el 60% de los padres de adolescentes con Síndrome de Down conocen de la misma y el 33% aun la desconocen. Esto indica que existe diferencia marcada entre padres y maestros en cuanto al conocimiento de la educación sexual.

Conocimiento Sobre las Acciones a Tomar en Caso de un Abuso Sexual

TABLA # 12



	Si	Si pero poco	No	No sé
■ Padres	27%	0%	53%	20%
■ Maestros	47%	53%	0%	0%

En la tabla # 12, se hace referencia al porcentaje de padres y maestros que tienen conocimiento sobre qué hacer cuando un adolescente es abusado sexualmente.. Con esto se establece que únicamente el 27% de los padres sí saben qué hacer y un 53% no. Existe un 20% de padres que no está seguro sobre qué acciones tomar. Por lo contrario, el 100% de los maestros refieren que sí tienen conocimiento pero el 53% de ellos indican que poseen poco conocimiento.

Importancia en la Educación Sexual

TABLA # 13

	Padres	Maestros
Indispensable	33.3%	73.6%
Importante	53%	27%
No Importante	13%	0%

Conforme a los resultados anteriores de la tabla # 13, se puede decir que la mayoría de maestros consideran que la educación sexual es indispensable. Por lo contrario, la mayoría de padres consideran que la educación sexual es importante. Aún así, el 13% de los padres no están de acuerdo con la importancia de este tipo de educación.

A continuación se presentan las gráficas 14 y 15 correspondientes al indicador biológico, sobre la importancia y conocimiento de los cambios en el cuerpo.

Importancia que los Adolescentes Comprendan los Cambios en su Cuerpo

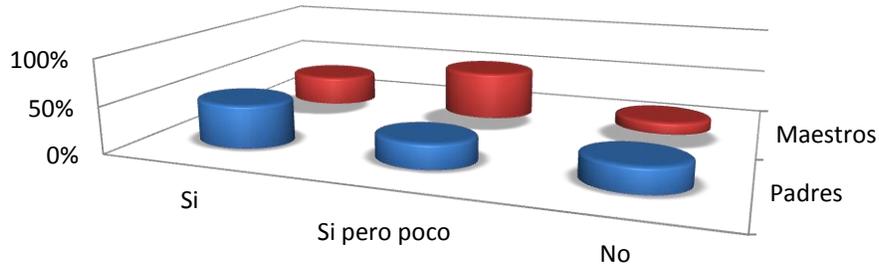
TABLA #14

	Padres	Maestros
Si	100%	100%

La tabla #14 hace referencia a la opinión de los padres y maestros sobre la importancia de que los adolescentes comprendan los cambios que hay en su cuerpo. Los resultados indican que el 100% de los padres y maestros están de acuerdo con que sí es importante que los adolescentes conozcan los cambios en físicos y biológicos del cuerpo durante el desarrollo.

Conocimiento de los Adolescentes sobre el Desarrollo del Cuerpo

TABLA 15



	Si	Si pero poco	No
■ Padres	47%	27%	27%
■ Maestros	33%	53%	13%

Los resultados de la tabla # 15 hacen referencia al conocimiento que tienen los adolescentes en cuanto al desarrollo del cuerpo. Esto muestra que el 47% de los padres y el 33% de los maestros consideran que los adolescentes sí conocen y saben sobre los cambios que sufre el cuerpo durante el desarrollo. Hay un número más alto de padres que maestros refiriendo que sí tienen conocimiento. Esto significa que el 27% de padres y el 13% de maestros consideran que los adolescentes no conocen acerca de estos cambios. De la misma manera, el 53% de maestros y el 27% de padres refieren que sí conocen del desarrollo del cuerpo pero poco.

A continuación se presentan las gráficas 16, 17, 18 y 19 que pertenecen al indicador de comunicación, donde se establece la iniciativa de padres y adolescentes para hablar sobre la sexualidad.

Iniciativa de los Padres de Hablar Claramente Acerca de Sexualidad con los Adolescentes

TABLA # 16

	Padres	Maestros
Si	80%	53%
No	13%	13%
Si pero poco	7%	33%

En la tabla # 16, se establece que los padres han tenido más iniciativa que los maestros de hablar sobre sexualidad con los adolescentes. Esto corresponde al 80% de los padres y al 53% de los maestros. También establece que el 13% de padres y maestros no han tenido iniciativa de hablar sobre el tema. En conclusión, ambos padres y maestros en su mayoría, han tenido iniciativa de discutir el tema con los adolescentes con Síndrome de Down.

Iniciativa de los Adolescentes de Hablar Claramente Acerca de Sexualidad con los Adultos

TABLA # 17

	Padres	Maestros
Si	20%	27%
No	73%	73%
Si pero poco	7%	0%

La tabla #17 muestra el porcentaje de adolescentes que han tenido la iniciativa de hablar sobre el tema con los padres y maestros. Esto muestra que únicamente el 20 y 27% de adolescentes han hablado sobre el tema. Es importante mencionar que el 73% de padres y maestros nunca han hablado claramente de sexualidad con los adultos.

Adolescentes que Recibieron Educación Sexual

TABLA # 18

	Padres	Maestros
Si	87%	73%
Si pero poco	13%	27%

En la tabla #18, el 87% de los padres establecen que sus hijos si han recibido educación sexual. Así mismo el 73% de los maestros refieren lo mismo. El 13% de padres y el 27% de los maestros establecen que los adolescentes con Síndrome de Down han recibido poca educación sexual.

Lugar donde Recibieron Educación Sexual

TABLA # 19

	Padres	Maestros
Ámbito Escolar	93%	100%
Ámbito Familiar	7%	0%

Estos resultados de la tabla #19 muestran que tanto, padres como maestros establecen que la educación sexual que los adolescentes con Síndrome de Down han recibido proviene del ámbito escolar. En este caso, hacen referencia a la educación sexual impartida por la Fundación Margarita Tejada. Únicamente el 7% de los padres refieren que la familia ha sido la encargada de brindar educación sexual a su hijo.

V. Discusión de Resultados

El objetivo principal de esta investigación fue determinar la percepción de los padres y maestros, las manifestaciones sexuales y afectivas en adolescentes de 13 a 20 años con Síndrome de Down de la Fundación Margarita Tejada.

Luego de analizar los resultados obtenidos en los cuestionarios, se pudo observar que el conocimiento que tienen los padres de los adolescentes acerca de la educación sexual es deficiente, ya que solamente el 60% de ellos conocen sobre el tema. Esto tiene influencia significativa en cuanto a la educación sexual de los adolescentes, ya que es de suma importancia que los padres conozcan acerca del tema para poder intervenir en la educación de sus hijos.

Esto lo corrobora Barragán (1999), al establecer que la educación sexual en las personas con necesidades especiales es importante, ya que necesitan una atención y educación especializada para poder comprender y actuar conforme a esto. Refiere que de esta educación depende la expresión de la sexualidad con las demás personas durante su desarrollo.

Así mismo, Monterroso (2008), apoya la idea que es importante aumentar el conocimiento y la información de los padres de familia con hijos con Síndrome de Down. En su investigación determinó que el 86% de los padres reconocieron que era necesario diseñar material informativo para mejorar el conocimiento sobre diversos temas.

En los resultados obtenidos en la presente investigación acerca de la educación sexual, se puede observar que el 87% de padres y el 100% de los maestros determinaron que es indispensable e importante contar con información clara y concisa acerca del tema.

En cuanto a los sentimientos de los adolescentes con Síndrome de Down, padres y maestros concuerdan en que las emociones más frecuentes en los adolescentes con respecto a la sexualidad son frustración, confusión, ambas en un 33%. Esto se relaciona con el estudio de López y Mejía (2008) sobre la conducta y emociones de los alumnos. Ellos establecieron que se presentan distintos problemas emocionales y conductuales debido a factores ambientales. Determinaron que era necesaria la implementación de rutinas de entrenamiento conductual para lograr que los alumnos puedan controlar sus sentimientos y canalizar las emociones negativas.

Al abordar el tema de la afectividad, generalmente va acompañado de la sexualidad. Maldonado (2008) mencionó que la estimulación temprana brinda un mejor nivel de desarrollo afectivo y cognitivo en personas con Síndrome de Down.

Esto coincide con los resultados de las encuestas sobre la expresión adecuada del afecto y cariño de los adolescentes, ya que el 73% de los padres respondieron que sus hijos sí expresan esto de manera adecuada y positiva debido a la estimulación previa. Significando que si un niño con Síndrome de Down es estimulado desde pequeño en el área afectiva, podrá manifestarlo y expresarlo de forma adecuada durante su desarrollo.

Por otro lado, los maestros en la presente investigación opinaron que los adolescentes expresan el cariño y afecto principalmente con los compañeros y el 60% de los padres mencionaron que esto se da con más frecuencia con los miembros de la familia.

Al preguntar sobre las conductas en público más frecuentes de los adolescentes, los padres en un 40% y maestros en un 67% mencionaron que muestran principalmente interés por el sexo opuesto, por lo que se sienten atraídos por otros y con deseos de aceptación.

Pineda y Gutiérrez (2010), realizaron un estudio sobre estrategias de intervención educativas sobre sexualidad en los niños con Síndrome de Down. Establecieron que la sexualidad es un elemento importante en la educación y los padres deben tener conocimientos adecuados sobre esto. Por consiguiente, se concluyó que solo el 24% de padres recibieron información sobre sexualidad durante su adolescencia.

Esto concuerda con las respuestas de los padres de la Fundación Margarita Tejada, ya que solamente el 40% de los padres recibieron esta educación. En ambos estudios la incidencia fue baja e indica que sí existe una deficiencia en la educación sexual recibida por los padres.

Es importante mencionar las distintas reacciones de los adolescentes con Síndrome de Down al momento de hablar sobre sexualidad. En el presente estudio, un 53% refirieron que los adolescentes únicamente escuchan y los maestros en un 40%, en su mayoría, que plantean dudas.

Esto lo afirma Rodríguez (2008), en su Programación Educativa para Escolares con Síndrome de Down, en el cual establece la importancia de potenciar el conocimiento sexual que permita una explicación crítica de la sexualidad en sí. Esto permitirá cambiar las actitudes y reacciones que tienen los adolescentes para que esta sea entendida como una forma de relación y comunicación.

Por otra parte Ordoñez (2006), menciona, en su tesis, que los padres tienen diferentes actitudes ante la educación sexual de sus hijos. En general, refiere que prevalece la represión, desconfianza, resistencia y el temor hacia la educación sexual de los mismos.

En cuanto a las actitudes y sentimientos sobre la educación sexual de los adolescentes, los padres y maestros coincidieron en un 40% y 33%, que el sentimiento más común de los adolescentes con respecto a la educación sexual es el temor.

La carencia de educación sexual y la privación al acceso de esta información, aumenta el riesgo de sufrir un abuso o acoso sexual ya que esto los hace más vulnerables ante la situación.

Por esta razón, en esta investigación se evaluó el conocimiento de padres y maestros sobre las acciones a tomar en caso de un abuso sexual. El 53% de los padres refirieron que no poseen estos conocimientos y el 53% de los maestros afirmaron que sí pero poco.

Esto significa que es necesario entrenar a ambos, tanto padres como maestros sobre la prevención de esto y así, poderles brindar las herramientas necesarias para intervenir en situaciones similares.

Sobre la sexualidad de los adolescentes con Síndrome de Down, se considera que es de suma importancia que los padres de familia tengan una educación sexual sólida y firme para poder educar a sus hijos sobre el tema. Por consiguiente, poder brindarles un desarrollo sexual y afectivo saludable para afrontar situaciones en el futuro y mejorar las relaciones interpersonales. Esto brindará a los adolescentes seguridad, confianza y apertura en sí mismos y con su familia.

VI. Conclusiones

- En base a los resultados obtenidos en el presente estudio se pudo identificar que en el área cognitiva, la mayoría de padres de los adolescentes no recibieron educación sexual y por consiguiente, no tienen la información suficiente sobre cómo las acciones a tomar en caso de un abuso sexual. De la misma forma se determinó que los adolescentes consideran que los cambios en el desarrollo de su cuerpo son normales.
- En el área emocional se concluyó que los adolescentes con Síndrome de Down presentaron con más frecuencia los sentimientos de confusión, frustración y temor.
- En cuanto a los procesos biológicos, se logró determinar que los adolescentes sí tienen conocimientos sobre el desarrollo de su cuerpo pero este es mínimo.
- En las manifestaciones conductuales se pudo concluir que las reacciones más frecuentes de estos adolescentes al hablar de sexualidad son que plantean dudas y únicamente escuchan. De la misma manera, se estableció que expresan con más frecuencia el afecto y cariño con los miembros de su familia.
- En esta misma área, se identificó que los adolescentes manifiestan con más frecuencia las caricias físicas y el interés por el sexo opuesto.
- Se estableció que es necesario llevar a cabo un Programa de Entrenamiento en Educación Sexual y Afectiva para Padres de Adolescentes con Síndrome de Down, donde se explique la importancia de este y las distintas técnicas para intervenir en el tema.

VII. Recomendaciones

- Se recomienda a los profesionales que tengan a su cargo la educación de personas con Síndrome de Down, que busquen nuevas técnicas para trabajar con padres y maestros las diferentes problemáticas que se presentan a lo largo del desarrollo sexual de los adolescentes.
- Se recomienda a los maestros y psicólogos de la Fundación Margarita Tejada llevar un trabajo multidisciplinario, en el cual se pueda conocer a los adolescentes en cuanto a su conducta, pensamientos y sentimientos sobre el desarrollo sexual y afectivo durante la adolescencia.
- También se recomienda a la Fundación llevar periódicamente capacitaciones para padres sobre cómo manejar y educar a los adolescentes en el ámbito de la sexualidad, brindándoles una guía de apoyo sólida que permita el desarrollo sexual saludable de sus hijos.
- Se recomienda a los estudiantes de la carrera de Psicología Clínica, llevar a cabo constantes escuelas para padres. Esto con el objetivo de informar sobre las características de las etapas del desarrollo sexual y capacitarlos para la intervención en su aprendizaje.
- Se recomienda a los padres promover la comunicación y la confianza con sus hijos para que estos puedan sentirse apoyados por los miembros de sus familias ante cualquier situación que se presente.

VIII. Referencias Bibliográficas

- Acevedo, M.A. (2007). El Síndrome de Down en Guatemala. (1ra Ed.) Guatemala.
- Barragán, F. (1999). Programa de Educación Afectivo-Sexual. Sevilla: Diada Editora.
- Cabrerizo, P., Pacheco, A. (1999). Tu Hijo Diferente. (3ra Ed.). Madrid: Ediciones Palabra.
- Campbell, N.A., Reece, J.B. (2005). Biología. (7ma Ed.) Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Cario, A.E., Baldomero, O. (2004). Detección Del Abuso Sexual a Niños, Niñas y Jóvenes con Discapacidad. (2da Ed.). Guatemala: Phanton Print.
- Cario, A.E., Baldomero, O., Ceballos, S. (2004). Atención Del Abuso Sexual a Niños, Niñas y Jóvenes con Discapacidad. Guatemala: Galería Grafica.
- Cario, A.E., Baldomero, O., Rodríguez, V. (2004) Prevenamos El Abuso Sexual a Niños, Niñas y Jóvenes con Discapacidad. (2da Ed.). Guatemala: PhantonPrint.
- Coleman, J.C., Hendry, L.B. (2003). Psicología del Adolescente. (4ta Ed.) Madrid: Ediciones Morata.
- Collins, J. (2004). La Salud del Bebé y del Niño. España: Tursen.
- Cossich, I. (2006). El Aprendizaje Artístico como Fenómeno de Integración Social el Caso de el Centro de Capacitación Técnico y Vocacional de la Fundación Margarita Tejada para el Síndrome de Down. Tesis de grado para optar al título de Licenciada en Arte. Universidad de San Carlos de Guatemala, Guatemala.

- Couwenhoven, T. (2005). Educación de la Sexualidad: Cómo construir los cimientos de Actitudes Sanas. Consultado el día 15 de Marzo, 2012 de: www.down21.chile.
- Curtis, G.B., Schuler. J. (2003). El Embarazo Después de los 35. España: Paidós.
- Fundación Iberoamericana Down 21, (2012) ¿Qué es el Síndrome de Down? Consultado el 25 de Abril de: www.down21.org
- Galindo, B. (2006). La Sexualidad. (2da Ed.) México.
- Gómez. (2009). El desarrollo Sexual en la Adolescencia.
- Hernández, G., Jaramillo, S. (2006) La Educación Sexual de Niños y Niñas de 6 a 12 años. España: EGESA
- Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, P. (2006). Metodología de La Investigación. (4ta. Ed.). México: Mc Graw Hill.
- Jiménez, M.F. (2011). Rasgos de Personalidad que Predominan en los Dibujos del Árbol Hechos por Alumnos con Síndrome de Down inscritos en Primaria en el Centro Educativo "Las Margaritas. Tesis de grado para optar al título de Licenciada en Psicopedagogía. Universidad Galileo. Guatemala.
- Jones, K. (2006), Patrones Reconocibles de Malformaciones Humanas. (6ta Ed.).Madrid: El Sevier.
- Lima, D.N. (2003). La Inclusión de Niños con Síndrome de Down Basado en el Plan Individual de Apoyo Educativo. Tesis de grado para optar al título de Psicólogo en Educación. Universidad de Salamanca. Salamanca, España.

- López, M.J., Mejía, J. (2008). La Modificación Conductual como Recurso Educativo a Padres de Familia de Niños con Síndrome de Down. Tesis de grado para optar al título de Psicólogas Clínicas. Universidad de San Carlos de Guatemala, Guatemala.
- Maldonado, M. (2008). La Estimulación Temprana para el Desarrollo Afectivo, Cognitivo y Psicomotriz en Niños y Niñas Síndrome de Down de 0-6 años. Tesis de grado para optar al título de Profesora en Educación Especial. Universidad de San Carlos de Guatemala, Guatemala.
- Mayers, D. (2005). Psicología. (7ma Ed.) Buenos Aires: Panamericana.
- Monterroso, A.D. (2008). La Importancia de la Atención en Niños en la Fundación Margarita Tejada para el Síndrome de Down. Tesis de grado para optar al título de Trabajadora Social. Universidad de San Carlos de Guatemala, Guatemala.
- Ordoñez, A.J. (2006). Actitud de los Padres ante la Educación Sexual de sus Hijos con Síndrome de Down del Instituto del Niño Down de Colima IAP. Tesis de grado para optar al título de Maestra en Psicología Aplicada. Universidad de Colima. Colima, México.
- Ortiz, A. (2009). Educación Infantil. Ediciones Litoral.
- Pan, J.R. (2010). La educación sexual en el Marco de la Educación para la Salud y la Promoción del Desarrollo Individual y Social De la Persona con Síndrome de Down. Consultado el día 16 de Marzo de 2012 de: www.down21.org.
- Pan, J. R(1997) Afectividad y Sexualidad en la Persona con Deficiencia Mental. (1ra Ed.) Madrid: Publicaciones de la Universidad Pontificia de Comillas.

- Pastor, J.L. (2002). Fundamentación Conceptual para una Intervención Psicomotriz en Educación Física. (1ra Ed.) España: Publicaciones Inde.
- Pineda, E.J., Gutiérrez, E.H. (2010). Estrategia de Intervención Educativa a Padres de Niños con Síndrome Down. Genet Comunit. 4(2):30-35.
- Prada, J. R. (2004). Madurez Afectiva. (1ra Ed.) Colombia: Sociedad de San Pablo.
- Rabinovich, J. (2006). Educación Sexual desde la Primera Infancia. (1ra ed.). Buenos Aires: Centro de Publicaciones Educativas y Material Didáctico.
- Rodríguez, E. (1996). Diagnóstico Clínico del Síndrome de Down basado en 11 rasgos. (1raEd), Chile.
- Rodríguez, E. (2008) Programación Educativa para Escolares con Síndrome de Down. Consultado el 14 de Marzo de: www.down21.org.
- Ruiz, R. (2009). Síndrome de Down y Logopedia. (1ra Ed.). España: Publidisa.
- Sierra, A. (2008), La Afectividad. (1ra Ed.) España: Eunsa.
- Sue, D. (2010). Psicología, Comprendiendo la Conducta Anormal. (9na Ed.) México: Cengage Learning.
- Troncoso, M.V.,Ruiz, E. (2012). Educacion. El Desarrollo de las Personas con Síndrome de Down. Consultado 11 de Abril de: www.down21.org.
- Urrunzola, M.J (2007).Sexualidad, Identidad y Afectividad. (1ra Ed.) Venezuela: Editorial Laboratorio Educativo.
- Usunza, E. M. (2003). El Síndrome de Down. Mexico.

ANEXOS

IX. Anexos

Tablas de indicadores.

ELEMENTOS DE ESTUDIO	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES	PREGUNTAS
<p>Manifestaciones afectivas y sexuales.</p>	<p>Para efectos de esta investigación, se considera la sexualidad como todo lo que rodea a las personas: planes, búsqueda de pareja, estrategias y negociaciones. Es el conjunto de condiciones fisiológicas y psicológicas correspondientes a cada sexo y determinantes de un comportamiento sexual.</p>	<p>Emocionales</p>	<p>Las emociones que su hijo/alumno más frecuentemente presenta con respecto a su sexualidad son:</p> <p>¿Cómo se siente Ud. con respecto a la educación sexual que su hijo/alumno ha recibido?</p>
		<p>Conductual</p>	<p>¿De qué forma reacciona su hijo/alumno cuando usted le habla sobre sexualidad?</p> <p>¿Saben expresar el cariño adecuadamente a las demás personas?</p> <p>¿Con quienes expresan con más frecuencia su afecto y cariño?</p>

			<p>¿Su hijo /alumno muestra algunas de las conductas en público?</p> <p>¿Muestran su hijo/alumno algunas de las siguientes conductas en privado?</p> <p>¿De qué forma reacciona usted cuando su hijo/alumno le pregunta acerca de sexualidad?</p>
		Cognitivo	<p>¿A su criterio qué cree que piensa su hijo/alumno acerca de los cambios que su cuerpo está sufriendo?</p> <p>¿Qué piensa Ud. de la educación sexual?</p> <p>¿Recibió usted educación sexual?</p> <p>¿Sabe en qué consiste la educación sexual?</p> <p>¿Sabría Ud. Qué hacer si su hijo/alumno sufre abuso sexual?</p>

		<p>Biológicos</p>	<p>¿Cree que es importante que su hijo/alumno comprenda los cambios que su cuerpo está sufriendo?</p> <p>¿Conoce su hijo/alumno el desarrollo de su cuerpo?</p>
		<p>Comunicación</p>	<p>¿Ha tenido la iniciativa de hablar claramente con su hijo/alumno acerca de su sexualidad?</p> <p>¿Su hijo/alumno ha tenido la iniciativa de hablar claramente con usted acerca de su sexualidad?</p> <p>¿Ha recibido su hijo/alumno algún tipo de educación sexual?</p> <p>¿En qué lugar la recibió?</p>

CUESTIONARIO PARA PADRES

Mi nombre es María Fernanda Martínez y pertenezco a la Universidad Rafael Landívar. Este cuestionario servirá para mi trabajo de Tesis llamado: "Manifestaciones Afectivas y Sexuales en Adolescentes con Síndrome de Down de la Fundación Margarita Tejada.

A continuación se presentan algunas preguntas con respecto a la educación sexual de su hijo. Por favor responda de la manera más sincera posible. La información que proporcione será tratada de manera confidencial y global, solamente para fines de esta investigación. Muchas gracias por su colaboración.

DATOS GENERALES:

Nombre del entrevistado:

Sexo:

Edad:

Edad de su hijo/a:

Ocupación del entrevistado:

Lugar de residencia:

PREGUNTAS:

1. ¿Recibió usted educación sexual?

- a. Si b. No c. Sí pero poco

2. ¿Sabe en qué consiste la educación sexual?

- Si b. No c. Sí pero poco

3. ¿Qué piensa Ud. De la educación sexual?

- a. Es indispensable
b. Es importante
c. No es importante
d. No es indispensable
e. Otros: _____

4. ¿Ha tenido Ud. la iniciativa de hablar clara y directamente con su hijo acerca de su sexualidad?

- a. Si b. No C. Pocas Veces

5. ¿Su hijo ha tenido la iniciativa de hablar claramente con usted acerca de su sexualidad?
- a. Si b. No c. Pocas Veces
6. ¿Ha recibido su hijo algún tipo de educación sexual?
- a. Si b. No c. Sí pero poco
7. ¿Si su respuesta en la pregunta anterior fue si, en qué lugar la recibió?
- a. En el ámbito escolar
b. En el ámbito familiar
c. En el ámbito social
d. A través de los medios de comunicación (televisión, revistas, internet, publicidad)
e. Otros:_____
8. ¿Cree que es importante que su hijo comprenda los cambios que su cuerpo está sufriendo?
- a. Si b. No
9. ¿Conoce su hijo el desarrollo de su cuerpo?
- a. Si b. Sí pero poco c. No d. No se
10. ¿Cómo se siente con respecto a la educación sexual que su hijo ha recibido?
- a. Insatisfecho
b. Preocupado
c. Satisfecho
d. Ansioso
e. Seguro que ha recibido una buena orientación
f. Con temor que no ha sido suficiente
g. Confundido con respecto a la mejor forma de orientarlo
h. Ninguna de las anteriores
i. Otros:_____
11. ¿De qué forma reacciona usted cuando su hijo le pregunta acerca de sexualidad?
- a. Evado el tema
b. Trato de resolver sus dudas de manera que las comprenda
c. Únicamente lo escucho, sin responder

- d. Aprovecha la oportunidad para hablarle del tema
 - e. No le hablo por qué me cuesta abordar este tema
 - f. Muestra confianza suficiente para hablar del tema
 - g. Ninguna de las anteriores
 - h. Otros: (describala)_____
12. Las emociones que su hijo más frecuentemente presenta con respecto a su sexualidad son:
- a. Frustración
 - b. Confusión
 - c. Tristeza
 - d. Enojo
 - e. Felicidad
 - f. Ninguna de las anteriores
 - g. Otros:_____
13. ¿De qué forma reacciona su hijo cuando usted le habla sobre sexualidad?
- a. Evade el tema
 - b. Plantea dudas para que usted se las resuelva
 - c. Únicamente escucha, sin preguntar
 - d. Aprovecha la oportunidad para hablar del tema
 - e. No habla por qué le cuesta abordar este tema
 - f. Ninguna de las anteriores
 - g. Otros:_____
14. ¿Sabe su hijo expresar el cariño adecuadamente a las demás personas?
- a. Si b. No c. A veces
15. Con quiénes expresa con más frecuencia su afecto y cariño?
- a. Con su familia
 - b. Con sus amigos
 - c. Con otros jóvenes
 - d. Con sus maestros
 - e. Con personas desconocidas
 - f. Otros:_____

16. ¿Su hijo muestra las siguientes conductas en público?

- a. Interés por el sexo opuesto
- b. Cuidan su aspecto personal para ser atractivo a jóvenes del sexo opuesto
- c. Caricias físicas con otras personas (besos, abrazos, etc.)
- d. Ver pornografía con otros jóvenes
- e. Masturbación
- f. Ninguna de las anteriores:
- g. Otros: _____

17. ¿Su hijo muestra las siguientes conductas en privado?

- a. Caricias físicas con otras personas (besos, abrazos, etc.)
- b. Ver pornografía
- c. Masturbación
- d. Ninguna de las anteriores:
- e. Otras: _____

18. ¿A su criterio qué cree que piensa su hijo acerca de los cambios que su cuerpo está sufriendo?

- a. Que es lo normal
- b. Que desearía que estos cambios no ocurrieran
- c. Sorprendido por falta de conocimiento
- d. Temor a sufrir más cambios
- e. Ninguna de las anteriores
- f. Otros: _____

19. ¿Sabría Ud. Qué hacer si su hijo sufre un abuso sexual?

- a. Si
- b. Sí pero poco
- c. No
- d. No se

CUESTIONARIO PARA MAESTROS

Mi nombre es María Fernanda Martínez y pertenezco a la Universidad Rafael Landívar. Este cuestionario servirá para mi trabajo de Tesis llamado: "Manifestaciones Afectivas y Sexuales en Adolescentes con Síndrome de Down de la Fundación Margarita Tejada.

A continuación se presentan algunas preguntas con respecto a la educación sexual de su hijo. Por favor responda de la manera más sincera posible. La información que proporcione será tratada de manera confidencial y global, solamente para fines de esta investigación. Muchas gracias por su colaboración.

DATOS GENERALES:

Nombre del entrevistado:

Sexo:

Edad:

Años que lleva trabajando en la institución:

PREGUNTAS:

1. ¿Recibió usted educación sexual?
Si b. No c. Sí pero poco
2. ¿Sabe en qué consiste la educación sexual?
Si b. No c. Sí pero poco
3. ¿Qué piensa Ud. De la educación sexual?
 - a. Es indispensable
 - b. Es importante
 - c. No es importante
 - d. No es indispensable
 - e. Otros: _____
4. ¿Ha tenido Ud. la iniciativa de hablar clara y directamente con sus alumnos acerca de su sexualidad?
 - a. Si b. No c. Pocas Veces

5. ¿Algún alumno ha tenido la iniciativa de hablar claramente con usted acerca de su sexualidad?

a.. Si b. No c. Pocas Veces

6. ¿Han recibido sus alumnos algún tipo de educación sexual?

a. Sí b. No c. Sí pero poco

7. ¿Si su respuesta en la pregunta anterior fue si, en qué lugar la recibieron?

- a. En el ámbito escolar
- b. En el ámbito familiar
- c. En el ámbito social.
- d. A través de los medios de comunicación (televisión, revistas, internet, publicidad)
- e. Otros:_____

8. ¿Cree que es importante los alumnos comprendan los cambios que sus cuerpos están sufriendo?

a. Si b. No

9. ¿Conocen sus alumnos el desarrollo de sus cuerpos?

a. Si b. Sí pero poco c. No d. No se

10. ¿Cómo se siente Ud. con respecto a la educación sexual que han recibido sus alumnos?

- a. Insatisfecho/a
- b. Preocupado/a
- c. Satisfecho/a
- d. Ansioso/a
- e. Segura/o que han recibido una buena orientación.
- f. Con temor que no han sido suficiente información.
- g. Confundido/a con respecto a cuál es la mejor forma de orientarlo.
- h. Ninguna de las anteriores
- i. Otros:_____

11. ¿De qué forma reacciona usted cuando ellos le preguntan acerca de sexualidad?

- a. Evado el tema
- b. Trato de resolver sus dudas de manera que las comprenda.
- c. Únicamente lo escucho, sin responder.
- d. Aprovecha la oportunidad para hablarle del tema.
- e. No le hablo por qué me cuesta abordar este tema.
- f. Muestra confianza suficiente para hablar del tema.
- g. Ninguna de las anteriores
- h. Otros:
(Describalas)_____

12. Las emociones que los alumnos más frecuentemente presentan con respecto a su sexualidad son:

- a. Frustración
- b. Confusión
- c. Tristeza
- d. Enojo
- e. Felicidad
- f. Otros:_____

13. ¿De qué forma reaccionan ellos cuando usted les habla sobre sexualidad?

- a. Evaden el tema
- b. Plantean dudas para que usted se las resuelva.
- c. Únicamente escuchan, sin preguntar.
- d. Aprovechan la oportunidad para hablar del tema.
- e. No hablan por qué le cuesta abordar este tema.
- f. Ninguna de las anteriores
- g. Otros:_____

14. ¿Saben expresar el cariño adecuadamente a las demás personas?

- a. Si b. No c. A veces

15. ¿Con quienes expresan con más frecuencia su afecto y cariño?

- a. Con su familia
- b. Con sus amigos
- c. Con otros jóvenes
- d. Con sus maestros

- e. Con personas desconocidas
- f. Otros:_____

16. ¿Los alumnos muestran algunas de las siguientes conductas en público?

- a. Interés por el sexo opuesto
- b. Cuidan su aspecto personal para ser atractivo a jóvenes del sexo opuesto
- c. Caricias físicas con otras personas (besos, abrazos, etc.)
- d. Ver pornografía con otros jóvenes
- e. Masturbación
- f. Ninguna de las anteriores:
- g. Otros:_____

17. ¿Muestran los alumnos algunas de las siguientes conductas en privado?

- a. Caricias físicas con otras personas. (besos, abrazos, etc.)
- b. Ver pornografía
- c. Masturbación
- d. Ninguna de las anteriores
- e. Otros:_____

18. ¿A su criterio, qué cree que piensan los alumnos acerca de los cambios que sus cuerpos están sufriendo?

- a. Que es lo normal
- b. Que desearía que estos cambios no ocurrieran.
- c. Sorprendido por falta de conocimiento.
- d. Temor a sufrir más cambios.
- e. Ninguna de las anteriores
- f. Otros:_____

19. ¿Sabría Ud. Qué hacer si algún alumno sufre de abuso sexual fuera de la institución?

- a. Si
- b. Sí pero poco
- c. No
- d. No se

TALLER VIVENCIAL

¿Cómo educar a mi hijo sobre sexualidad?

OBJETIVO

Enseñar y capacitar con distintas técnicas a los padres de adolescentes con Síndrome de Down sobre cómo brindarles una educación sexual positiva para promover el desarrollo sexual y afectivo saludable.

TIEMPO ESTIMADO

1 sesión de 3 horas.



INTRODUCCIÓN

Este taller está dirigido para padres de adolescentes. En este taller, se explicará la importancia de la sexualidad y cómo poder ayudar a sus hijos a tener un buen desarrollo sexual y afectivo.

Se presentarán distintas técnicas para la intervención así como la prevención de otros factores significativos. Es importante la participación activa de todos los integrantes para así poder obtener resultados positivos durante el taller. Se recomienda realizar el taller con 10 o 12 integrantes.

MATERIALES

- Globos
- Computadora
- Cañonera, marcadores
- Música, cartulinas,
- Formato hoja individual
- Presentación Power Point
- Casos para dramatización
- Hoja de cierre

CUADRO DE PLANIFICACIÓN

ACTIVIDADES	TIEMPO ESTIMADO
Introducción al taller Presentación de los expositores, introducción al tema, duración, etc.	5 min.
Actividad Rompe Hielo. Cada participante se presenta diciendo su nombre y su edad. Se presentan pasando un globo al ritmo de la música.	15 min.
Ejercicio Introductorio de Reflexión. En parejas, comparten las respuestas escritas.	25 min.
Presentación Power Point. Importancia de la sexualidad, técnicas de comunicación, cómo hablar con mi hijo, intervenir, etc.	40 min.
Refrigerio	15 min
Resolución y Dramatización de casos. Se le da a cada integrante una serie de casos a resolver. En grupos, discuten y escriben como lo resolverían. Comentan las soluciones con los otros grupos y luego dramatizan uno de los casos.	45 min
Compartir experiencias personales relacionadas al tema.	20 min
Ejercicio de cierre	15 min

EJERCICIO INDIVIDUAL #1

1. ¿Cómo me siento con respecto al tema de educación sexual en adolescentes?

2. ¿Qué quisiera aprender en este taller?

3. ¿Considero que este taller es importante para el desarrollo de mi hijo?
Sí o no, ¿Por qué?

4. ¿Qué elementos desearía que mi hijo conociera en relación al tema?

5. ¿Cuál es mi opinión acerca de la sexualidad en adolescentes con Síndrome de Down?

6. ¿De qué manera puedo ayudar a mi hijo en su desarrollo sexual?

CASOS

1. Una adolescente de 14 años está en la escuela con sus compañeros. Tiene interés por un chico de la clase y constantemente habla de él. Un día en el recreo, ella le da un beso en la boca y el compañero se molesta. Él le dice a la maestra y esta llama a la madre.
¿Qué harías en caso de ser la madre de la chica? ¿Qué le dirías a tu hija?
2. Un día en el colegio, Juan de 15 años, se encuentra en clase estudiando. Cuando se levanta, se da cuenta que ha tenido una erección. Sus compañeros se comienzan a reír y él no comprende lo que le sucedió. La maestra llama a la madre y le cuenta lo sucedido.
¿Cómo le explicarías lo sucedido a tu hijo?
3. Una familia se encuentra viendo televisión por la tarde. Un anuncio sobre preservativos aparece en la televisión. El adolescente le pregunta a sus padres para que sirve eso.
¿Qué explicación le darías al adolescente?
4. Una adolescente de 15 años se encuentra en su casa. Va al baño y nota que tiene sangre en su ropa interior, la menstruación. Ella se alarma y comienza a gritar en el baño. No entendía lo que era ya que nadie le había explicado.
¿Qué harías en ese momento?

EJERCICIO DE CIERRE

1. Realiza un breve resumen sobre el taller.

2. ¿Qué aprendí durante la charla?

3. ¿Qué fue lo más importante sobre el tema impartido?

4. ¿Qué otra información quisiera conocer sobre la sexualidad?

5. ¿Cómo puedo aplicar todo lo aprendido en la educación de mi hijo?

¿Cómo educar a mi hijo sobre sexualidad?

¿Qué es la Educación Sexual?

La educación sexual no se limita a percibir la maduración física para la relación sexual que llega con la pubertad, involucra factores psico afectivos, la prevención de enfermedades sexuales, la prevención del embarazo precoz y del abuso sexual.

¿Qué necesitan saber los adolescentes?

-La orientación sexual va a depender del desarrollo intelectual del adolescente y de lo que la familia percibe en relación con su interés sexual.

-El joven necesita saber que puede hacer preguntas y que le serán respondidas.

-Debe darse cuando el adolescente pregunte, revele señales de interés sexual o esté sufriendo algún tipo de acoso.

-Los padres no deben adelantarse a esas señales, evitando estimular al adolescente con S.D a iniciar las relaciones sexuales

-Orientándolo ya que la represión del sentimiento tiende a producir comportamientos sexuales inadecuados, como la masturbación excesiva y la agresividad.

Intervención y Prevención

1. Apertura al Diálogo

2. Construir la identidad sexual de hombre y de mujer :
Reforzar el manejo de algún tipo de defensa o rechazo ante personas extrañas con actitudes sospechosas.

3. Un ambiente con menos estímulos sexuales

4. Revisar las actividades recreativas y como el adolescente está utilizando su tiempo libre.

Los adolescentes con S.D que viven en entornos sin tantos estímulos tienden a construir relaciones de amistad y a no interesarse tanto por relaciones sexuales propiamente dichas.

Una mujer con S.D tiene 50% de probabilidad de tener un bebé con S.D

¿Cómo abordar este tema con su hijo/a?

-**Sentimientos.** Conversar sobre los sentimientos y ofrecer ejemplos de situaciones en que las personas pueden experimentar estos sentimientos.

-**Formas de tocar.** Identificar varias formas de tocar, aquellas que son apropiadas e inapropiadas.

-**Planificando para la seguridad con su hijo.** Conversar con el sobre diversas formas de responder ante situaciones peligrosas o perjudiciales.

-**Los derechos.** Conversar con su hijo sobre sus derechos. Permítale tomar decisiones y decirle a Ud. que “no” algunas veces. Si alguien trata de hacerle daño, ya habrá tenido práctica diciendo que “no”.

-**Los secretos.** Conversar sobre los secretos que son “divertidos” y los que son “especiales”.

-**Cuidado personal.** Si su hijo requiere de ayuda para su higiene personal en la escuela, asegurarse que haya en el baño una puerta que pueda cerrarse o que exista una cortina que separe el área para cambiarse.

-**Escuela.** Solicitar a la escuela impartir programas de prevención, educación sexual y seguridad personal para reforzar los conceptos que se trabajan en casa.

-**Reportar el abuso.** Si su hijo le cuenta sobre alguna experiencia de abuso, busque ayuda médica de ser necesario.

-**Sospecha de abuso.** Reportar cualquier sospecha de abuso, negligencia o explotación al cuerpo policial y a las defensorías infantiles.

-**Apoyo.** Si su hijo ha sido abusado, considere buscar ayuda profesional para su hijo con algún terapeuta o con una agencia que maneje este tipo de situaciones.

-Comportamientos sociales. Enseñarle a su hijo sobre los comportamientos aceptables en público.

-Valores. Enseñar a su hijo los valores familiares, culturales y religiosos relacionados con la sexualidad y las relaciones.

-Sexualidad/Pubertad. Conversar sobre los términos médicos y las funciones de todas las partes del cuerpo.

-Comunicación. Comunicarse constantemente con su hijo sobre lo que le sucede.

-Los asistentes personales. Cuando vaya a contratar una persona para asistir a su hijo, exprese sus expectativas en forma clara, revise sus referencias e investigue su trayectoria.

Internet. Si su hijo utiliza Internet, indíquele que no debe dar información personal a ninguna persona por ese medio.

Otros cuidadores. Si su hijo vive en una residencia o en una institución, procure conocer directamente al personal técnico y a los de administración.

Modelaje. Modele Ud. mismo métodos disciplinarios que no sean violentos.

GRACIAS POR SU ATENCIÓN