

UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA NACIONAL

UNIDAD AJUSCO

**“LA ACTITUD DE LOS PADRES Y MADRES DE FAMILIA ANTE LA
EDUCACIÓN SEXUAL DE SU HIJO(A) CON SÍNDROME DE DOWN”**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA EDUCATIVA**

PRESENTAN:

ALEJANDRA MONSERRAT CASTILLO ROBLEDO

DEYANIRA BERENICE PEREZ SOSA

**ASESORA DE TESIS:
LIC. NAYELI DE LEÓN ANAYA**

México, D.F.

Septiembre, 2006

RESUMEN

La educación sexual es un tema polémico, más aún, cuando se habla de las personas con Síndrome de Down, por ello, la presente investigación pretende conocer la actitud de los padres de familia ante la educación sexual de su hijo (a) con Síndrome de Down, en temas tales como: diferencias biológicas, identidad y papel de género, hábitos de higiene y cambios físicos y psicológicos.

El tipo de estudio que se realizó fue descriptivo y la muestra comprende un total de 50 padres de familia que tienen por lo menos un hijo (a) con Síndrome de Down en el Centro de Atención Múltiple No. 6 y No. 8, a quienes se les aplicó una escala de actitud que permitió conocer de manera general su opinión ante esta temática; además de la aplicación de una entrevista semi –estructurada a 10 de ellos para complementar y ahondar en la información obteniéndose un análisis más completo y concluir que existe una actitud favorable, es decir, consideran necesario y adecuado proporcionar educación sexual a sus hijos (as) tomando en cuenta sus características personales (edad, sexo, intereses, etc.). Sin embargo, se pudo observar una actitud desfavorable ante la situación de discapacidad de su hijo (a), ya que desde su perspectiva, consideran que el Síndrome de Down es un limitante en todos los ámbitos del desarrollo.

ÍNDICE

	Pág.
Resumen	
Introducción.....	1
Justificación.....	3
 Capítulo 1 Marco Teórico	
1.1 Síndrome de Down	
1.1.1 Antecedentes históricos.....	5
1.1.2 Definición.....	6
1.1.3 Etiología.....	7
1.1.4 Tipos de Síndrome de Down.....	8
a) Trisomía21	
b) Traslocación cromosómica	
c) Trisomía en mosaico	
1.1.5 Características de las personas con Síndrome de Down.....	10
a) Características físicas.....	10
b) Características psicológicas.....	14
c) Características cognitivas.....	16
d) Características sociales.....	19
 1.2 Actitudes de Padres de Familia ante la Educación Sexual	
1.2.1 Definición de Actitud.....	22
1.2.2 Componentes.....	23
1.2.3 Función.....	24
1.2.4 Medición.....	25
1.2.5 Actitudes ante la sexualidad.....	27
1.2.6 Actitudes ante la sexualidad de las personas con Síndrome de Down.....	29
 1.3 Educación Sexual y Síndrome de Down	
1.3.1 Educación y Síndrome de Down.....	30
1.3.2 La Sexualidad y la Educación sexual.....	33
1.3.3 La Sexualidad y la Educación sexual en las personas con Síndrome de Down.....	36
1.3.4 ¿Cómo se da la educación sexual?.....	42
a) El papel de los padres de familia en la Educación sexual.....	43
b) El papel de la escuela en la Educación sexual.....	48
 1.4 Otras investigaciones en torno al tema.....	
	51

Capítulo 2 Método

2.1 Pregunta de investigación.....	55
2.2 Hipótesis.....	55
2.3 Objetivo.....	55
2.4 Objetivos específicos.....	55
2.5 Operacionalización de variables.....	56
2.6 Tipo de estudio.....	57
2.7 Muestra.....	57
2.8 Escenario.....	57
2.9 Instrumento.....	58
2.10 Estructura del instrumento.....	61
2.11 Procedimiento.....	62

Capítulo 3 Análisis de resultados.....64

3.1 Análisis cuantitativo.....	64
3.2 Análisis cualitativo.....	86

Conclusiones.....90

Bibliografía y Fuentes Documentales.....95

Anexos

Glosario

Agradecimientos

A la Universidad Pedagógica Nacional, a nuestros maestros, porque sus palabras no mueren en vanas teorías, especialmente a Rita Vergara, Héctor Santiago, Jorge Espejel, Adrián Aldrete, Norma Rasso, Amada Elena Díaz Merino, Mercedes Peralta y Diana Oralia García Díaz.

A nuestros lectores Mtro. Raúl Cuevas Zamora, Mtro. José Pérez Torres y Mtro. Miguel Ángel Sánchez Bedolla, por tomarse el tiempo de leer este trabajo y contribuir para el mejoramiento del mismo.

A nuestra asesora Nayelí de León Anaya

Por emprender este reto con nosotras brindándonos tu confianza, conocimiento y amistad.

Al Centro de Atención Múltiple No. 6 y No. 8, al personal de apoyo y sobre todo a los padres y madres de familia que contribuyeron para la realización de esta investigación.

Al Mtro. Pedro Bollás García

Porque usted fue un medio para apropiarnos de conocimiento, por ser como es, un gran líder, pero sobre todo un gran amigo. Lo queremos.

A nuestros amigos y amigas que nacieron en nuestra etapa universitaria que han y siguen compartiendo con nosotras buenos y malos momentos; Ana, Elizabeth, Gabriela, Hugo, Iván, Jazmín, Jerónimo, Julieta, Madelyn, Marco, Mario, Marisol, Mayra, Miguel, Omar, Rocío, Rosario, Talía y Violeta, "Las cosas que dejamos en la escuela son únicas y no se olvidan".

Gracias

"Porque un verdadero revolucionario no sólo piensa también actúa"...

Ven!! si pudimos y lo logramos.

Alejandra y Deyanira

A mis papás Antonio Castillo y Bertha Robledo

“El futuro tú lo decides, tú lo forjas. Para eso se vale soñar, imaginar, pero sobre todo pensar, actuar y trabajar” (Carta de cumpleaños, Huauchinango, Puebla, 1996).

Gracias, este logro también es suyo porque me guían en el camino con tolerancia, paciencia, respeto, unión y amor. Los quiero mucho.

A Zaira y Edgar, porque juntos hemos aprendido con aciertos y desaciertos a vivir. Los quiero mucho hermanitos. Awante Inalcanzables.

A Amairani y Martín son unas estrellitas de luz que llegaron a iluminar esta familia. Los quiero

A toda mi familia, especialmente a mi abuelita Mary, por su ejemplo de trabajo y humildad.

A Deyanira

Ya se fueron seis días, seis meses y seis largos años... ¿Que hicimos?, nos hemos hecho amigas, ¿sabes por qué?; tolerancia, confianza, sinceridad, cariño, estos ingredientes han logrado que juntas compartamos malos y buenos momentos. Gracias, un reto más que también logramos!!. Te quiero

A mis amigos Laura, Sandra, Los Serrano, Marco, Araceli, Adrián, Aldo, Roberto, por sus palabras de aliento, consejos, momentos, que me han dado cuando los he necesitado, especialmente a Karina, Silvia y Lilitiana porque con ustedes comparto la pasión por La Educación.

Los quiero mucho

A tí, que estas conmigo, hoy y siempre.

“Por un mundo, donde quepan muchos mundos”...

Alejandra

A mis padres que me dieron la vida y que a lo largo de 23 años han compartido los mejores y peores momentos, por que este logro también es suyo. Los amo, gracias por todo.

A mi hermano, ojalá la vida nos hubiera dado la oportunidad de compartir esto.

Para mis abuelos Sílvia, Gaudencio, Fidel †, Flavia †, y Carlos Yarza (Gato) † los quiero mucho, no importa las circunstancias por las que no estemos juntos siempre serán muy importantes en mi vida, se que estarán orgullosos.

A mi tía Socorro (Coco) y tío Arturo, por que para mí son dos abuelos mas, gracias por que se, que siempre puedo contar con ustedes.

Mayela, Enano...! Por que eres mi mayor ejemplo de que las cosas se pueden lograr, espero llegar tan lejos como tu. Te quiero muuuucho, 1000 gracias por tu apoyo.

Arturo (Mi bebé) y Miriam gracias por que mas que mis tíos son mis amigos, pero sobre todo por que se que puedo confiar en ustedes, los admiro mucho.

Carlos y Zuetanea por darme su cariño y compartir conmigo momentos tan importantes como este y por que se que puedo contar con ustedes siempre. Los quiero mucho.

A la Familia Alarcón, por sus palabras de apoyo, espero que compartan conmigo este logro.

A mis primas Diana y Daphne, las quiero mucho y espero que esto sea un ejemplo para ustedes, no importa lo que pase siempre podrán contar conmigo. Confíen siempre en que las cosas se pueden lograr, pero lo principal es que confíen en ustedes mismas.

A mi tío Ricardo †, por que gracias a ti aprendí a ser mejor persona y a entender que ser diferente no es malo, es ahí donde radica lo mejor de ustedes. Se que desde donde estas te alegraras por mí. Te quiero.

Nayeli de León, espero que más docentes se arriesguen como tú en estos proyectos. Gracias por que para mí eres ya una amiga y por darme la oportunidad confiar en mí y compartir conmigo la aventura que es Proyecto Roma.

A David, niños como tú motivaron mi carrera y este trabajo, espero poder ayudarte, pero sobretodo espero seguir aprendiendo de ti.

Alejandra López, gracias por estos 12 años de amistad, se que siempre puedo contar contigo, ojalá que podamos compartir este logro. TQM.

A la familia López Osorio gracias por abrirme las puertas de su casa y compartir gratos momentos, los aprecio mucho.

Por que un amigo esta contigo siempre y te acepta tal y como eres, gracias por que en tan poco tiempo me has ayudado mucho pero principalmente por confiar en que podía lograr esto. Mario, Te quiero mucho.

Alejandra Castillo, gracias por esta amistad y por compartir esto conmigo, un reto que para muchos no cumpliríamos, espero que esto fortalezca nuestra amistad. Te quiero mucho, pequeña.

Al IMTE, CECyTEM y UPN, por que son las bases de mi aprendizaje académico y les debo en gran parte lo que soy.

A mis amigos: Israel, Isael, Cesar G., Cesar D., Nayeli, Miguel, Zury, William, Gibran, Tania, Daniela, Alondra, Lidia, Mari, Miros, Lupita, Julio, Francisco, Diana, Reyna, por que me supieron escuchar y que gracias a sus palabras de payo logre en muchas ocasiones sacar el esfuerzo para alcanzar este logro.

A tí, que en este último año has estado conmigo, gracias por se mi pareja, mi amigo, mi cómplice y mi confidente, lo creas o no, tus palabras, tus consejos y estar juntos me motivo para concluir este trabajo; espero que estés orgulloso de este logro. Te quiero mucho y Te amo.

A todos aquellos que han compartido conmigo un momento en estos 5 años, por que alimentaron mi vida, mi carrera y este proyecto y sobre todo por que me han ayudado a aprender que la vida siempre esta llena de sorpresas.

Gracias a todos

DEYANTRA

"He tomado sobre mis espaldas el monopolio de mejorar sólo a una persona, y esa persona soy yo mismo, y sé cuán difícil es conseguirlo."....Gandhi

INTRODUCCIÓN

La educación sexual en nuestra sociedad es una necesidad que no ha recibido la respuesta merecida por ignorancia, desconocimiento, prejuicios o malas interpretaciones de lo que constituye la sexualidad y por ende la educación sexual.

Sexualidad es una palabra que todos hemos escuchado; constantemente estamos expuestos a mensajes que hacen alusión a ella, vemos propaganda, revistas, películas y la vivimos día a día; es una parte integral de todo ser humano, pues está relacionada con nuestro crecimiento, nuestras actitudes, nuestros sentimientos y comportamientos así como en nuestra forma de relacionarnos con otras persona. Rara vez abrimos espacios para abordarla ya que es un tema tabú y un área aparentemente inexistente para las personas con discapacidad; abordar el tema es adentrarse en un campo inexplorado y para muchos irrelevante; pero si tuviéramos la información necesaria podríamos comprender algunas de las ansiedades que surgen a su alrededor, desafortunadamente no ha recibido la importancia que merece como parte de la educación en general; esto se manifiesta aún más cuando hablamos de las personas con Síndrome de Down.

Debemos tomar en cuenta que uno de los canales de socialización más importante es la familia, el niño pasa la mayor parte del tiempo en su casa, razón por la cual es tan importante la participación de los padres, aunque otro medio en el que el niño se desenvuelve es la escuela; Para Ingles (1993) la educación es una labor conjunta de padres y maestros, sin embargo, la mayoría de las veces, éstos no están capacitados para brindar de forma adecuada una educación sexual, por ello la importancia de que estén preparados ya que es un aspecto fundamental en el desarrollo de todo ser humano.

Las personas con Síndrome de Down no están exentas de lo mencionado anteriormente, por ello, el propósito de nuestra investigación es conocer la actitud de los padres de familia, ya que de ésta dependerá en gran parte cómo es o será la educación sexual de su hijo.

El primer capítulo abarca el marco teórico de la presente investigación, donde en primera instancia, se hace un breve resumen sobre el Síndrome de Down, los antecedentes históricos, la definición, los tipos de síndrome, Trisomía 21, Translocación y Trisomía en Mosaico, la etiología, así como las características físicas, psicológicas, cognitivas y sociales de la persona con Síndrome de Down.

Posteriormente se da el concepto global de lo que es una actitud, los tipos de actitudes, sus componentes y cómo pueden ser medidas, además de centrarse en las actitudes que se presentan por parte de los padres ante la educación sexual de sus hijos con Síndrome de Down.

También se incluye un panorama general sobre la sexualidad y la educación sexual, después de manera específica la sexualidad y la educación sexual en personas con discapacidad específicamente con Síndrome de Down, la importancia del papel de los padres y maestros, por último, se hace referencia a algunas investigaciones previas en torno al tema con el fin de sustentar y resaltar la importancia de este proyecto.

En el segundo capítulo se encuentra el método que guía esta investigación, es decir, la pregunta de investigación, la hipótesis que se tiene en torno al tema, así como los objetivos planteados, las variables de estudio, la muestra, el instrumento que se utilizó y el escenario donde se llevó a cabo.

Finalmente, en el capítulo tres se muestra el análisis de resultados tanto cualitativa como cuantitativamente, además, se encuentran las conclusiones y reflexiones finales.

JUSTIFICACIÓN

El propósito de esta investigación es conocer la actitud de los padres y madres de familia ante la educación sexual de sus hijos con Síndrome de Down. Para Molina (2002), la sexualidad de estas personas ha sido considerada en todas las épocas históricas como uno de los más importantes problemas que había que resolver, aunque casi siempre la solución que se ofrecía consistía en reprimirla, utilizando para ello diversos procedimientos más o menos represivos. En la década de los sesenta, con la aparición de las corrientes liberalizadoras de los comportamientos sexuales es cuando se llevan a cabo algunos estudios y publicaciones del tema.

Como se sabe, el tema del sexo y la sexualidad son siempre complicados y polémicos; En la década de los ochenta y noventa es cuando el tema se ha tratado más abiertamente, sin embargo, la educación sexual en Educación Especial sigue siendo un tema poco abordado, estudiado y embarazoso (Ortega, 1997).

De igual forma durante los últimos años se han incrementado las investigaciones con respecto a las personas con Síndrome de Down sobre familia, tiempo libre, problemas médicos, problemas legislativos y educativos, obteniéndose información en torno a su desarrollo sensoriomotriz, lingüístico e intelectual (Govigli y Valgimigli, 1992); sin embargo, hemos visto que no ha existido la debida atención a los aspectos relacionados con el desarrollo y expresión de su sexualidad.

Esto sucede por diversos motivos; en primer lugar, no hay información adecuada en torno al desarrollo sexual y sexualidad de los sujetos mencionados, esto debido a que según Ortega (1997), “los niños y jóvenes con Síndrome de Down son concebidos como sencillos, inocentes y faltos de maldad por lo que los padres suelen cometer el error de pensar que serán así durante toda la vida” (pág. 151). Esta concepción provoca la incomprensión y creación de prejuicios, barreras de actitud y aislamiento respecto a sus comportamientos sexuales; pero a pesar de esto, los padres deben recordar que el desarrollo de un organismo es algo que no se puede detener por el simple hecho de ignorarlo: su hijo crecerá y su desarrollo traerá consigo cambios físicos y psicológicos.

Los padres pueden enfrentar situaciones difíciles al sentirse incompetentes para educar la sexualidad de sus hijos y muchas veces tienden a negarla o evitarla. Esto ocurre también a una buena parte de profesionistas al no contar con una formación apropiada en educación sexual, lo cual explica en parte, las deficiencias en la orientación que ofrecen. La problemática se acentúa debido a la discriminación social que padecen las personas con Síndrome de Down y por los mitos existentes sobre su sexualidad.

Sabemos que el área de la sexualidad despierta controversias y resistencias derivadas de la propia educación recibida, ya que la mayoría de las veces se tienen ideas poco claras o distorsionadas; se cree erróneamente, que informar sobre estos tópicos equivale a propiciar experiencias sexuales que no se presentarán. La creencia les parece lógica, tal vez porque eso fue lo que aprendieron desde la infancia; pero el proporcionar una educación oportuna y directa no induce a la experimentación sexual, como lo han demostrado diversos estudios. Las necesidades e inquietudes aparecen como consecuencia lógica de su crecimiento natural y nadie las enseña (Carrasco, 1998).

Tomando en cuenta lo antes mencionado y las escasas investigaciones en este campo, surge la necesidad de conocer a partir de un estudio descriptivo, el tipo de actitud que los padres y madres de familia manifiestan ante la posibilidad de que su hijo (a) con Síndrome de Down reciba una Educación Sexual, ya que a partir de esta información se pretende conocer, entender, comprender y analizar las razones por las cuales este tema ha sido relegado por parte de los padres, maestros y especialistas y comprobar que su actitud influye o influirá en el conocimiento que la persona con Síndrome de Down forme en torno a su sexualidad. Con el contenido de este estudio, se espera también, crear una conciencia de la importancia del derecho que al igual que el resto de los seres humanos tiene la persona con Síndrome de Down de recibir una Educación Sexual adecuada donde se contemple un marco de respeto a sus valores, a su dignidad y a sus derechos humanos.

CAPÍTULO 1

MARCO TEÓRICO

1.1 EL SÍNDROME DE DOWN

1.1.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS

Para Jasso (2001), se le atribuye a Séguin en 1846 la primera descripción de esta entidad, quien la designó como “ idiocia furfurácea”, sin embargo no fue hasta 1866 cuando el médico Jonh Langdon Down describió por primera vez a un grupo de niños que teniendo retraso mental compartían características diferentes a las de otros. Down los denominó como “mongoloides”, nombre que usó por el parecido que tenían estos niños con las personas originarias de Mongolia. Este “insulto étnico” generó gran revuelo en el decenio de 1960, cuando investigadores asiáticos propusieron que el nombre se eliminara por completo, quedando en su lugar el del Síndrome de Down.

En la primera mitad del siglo XX existían muchas especulaciones sobre cuál podría ser la causa del problema. En 1930, Waardeberg y Bleyer señalaron que el trastorno podría estar relacionado con alteraciones en los cromosomas. Sin embargo, no fue hasta 1959 en que, efectuando investigaciones en lugares diferentes Jerome Lejeune y Patricia Jacobs determinaron por primera vez que la causa consistía en una trisomía (triplicación) del cromosoma 21 (Jasso, 2001). En los siguientes tres años se describieron otras causas del Síndrome de Down condicionados por otros factores genéticos. La norma más común del Síndrome de Down es la Trisomía 21, resultado de un error genético que tiene lugar muy pronto en el proceso reproductor. La formación de las células sexuales, óvulos y espermatozoides, no sigue el modelo de duplicación de la mitosis. El óvulo y el espermatozoide se denominan gametos y cada uno de ellos contiene sólo 23 cromosomas (uno de cada uno de los 23 pares de cromosomas). La división de las células germinales de la madre y del padre, para formar óvulos y espermatozoides que tengan sólo un miembro de cada par recibe el nombre de meiosis y es un proceso complejo. Durante este proceso meiótico es cuando ocurren la mayoría de los problemas que dan lugar al Síndrome de Down.

El par cromosómico 21 del óvulo o del espermatozoide no se separan como de costumbre - se dice que no hay disyunción- y el óvulo o el espermatozoide contiene 24 cromosomas en lugar de 23. Cuando uno de estos gametos anormales se combina con otro del sexo contrario, resulta una célula con 47 cromosomas. Si el material genético excedente era un cromosoma del número 21, nace un niño o niña con Síndrome de Down del tipo de Trisomía 21.

Este niño(a) no es la consecuencia de un material genético malo o defectuoso. Sencillamente, por un accidente en el complejo proceso meiótico, ha recibido un exceso de cromosomas normales. La adición del cromosoma supernumerario se traduce en un desarrollo “anormal”. En consecuencia, el niño (a) diferirá en características físicas, psicológicas, sociales y cognitivas, del resto de las personas.

1.1. 2 DEFINICIÓN DEL SÍNDROME DE DOWN

La palabra Síndrome se define en medicina como el “conjunto de signos y síntomas que constituyen una enfermedad, independientemente de la causa que lo origina” y el término “Down”, es en honor a quien por primera vez hizo una descripción clínicamente amplia del padecimiento (Jasso, 2001).

Las personas con Síndrome de Down (SD) tienen una anomalía cromosómica que implica perturbaciones de todo orden y la principal causa genética conocida, aparece por la presencia de un cromosoma extra del par 21, responsable de las alteraciones de tipo morfológico, bioquímico y funcional que se produce en diversos órganos, especialmente el cerebro, durante distintas etapas de la vida.

En otras palabras la persona con Síndrome de Down cuenta con la presencia de 47 cromosomas en las células, en lugar de los 46 cromosomas que se encuentran en una persona normal. Es decir, la división celular presenta una distribución defectuosa de los cromosomas: la presencia de un cromosoma suplementario, tres en lugar de dos, en el par 21, por eso, se denomina también trisomía 21 (Bautista, 2002).

1.1.3 ETIOLOGÍA

Para Fernández (2003) existen varios factores que, posiblemente, incidan en la ocurrencia del Síndrome de Down (Tabla 1); sin embargo, todavía no se conoce con seguridad la causa por la que se produce la división anormal de la célula.

Tabla 1. Factores asociados al Síndrome de Down

A nivel genético	
<p>1. Génico*</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gen de no disyunción * - Heterocigosis de antitripsina* - Consanguinidad* <p>2. Cromosómico</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rearreglamiento estructurales (translocaciones, inversiones, etc.)* - Asociaciones satelitales - Variantes de la región del organizador nucleolar - División prematura del centrómero* - Retraso en la separación de los centrómeros* - Reducción del número de quiasmas* 	
Factores ambientales	
<ul style="list-style-type: none"> - Baja frecuencia coital - Radiación ionizante * - Diabetes * - Hepatitis * - Gripe - Herpes simple tipo II * - Micoplasma - Tabaco (relación negativa) 	<ul style="list-style-type: none"> - Enfermedades tiroideas - Descenso del estrógeno* - Anovulatoriosorales* - Espermicidas* - Alcohol - Fluorización del agua* - Aumento del PH genital* - Aumento de andrógenos*
Variables o características individuales	
<ul style="list-style-type: none"> - Edad materna - Orden de gestación 	<ul style="list-style-type: none"> - Edad paterna - Sexo

Salvador, citado en Fernández, 2003.

*VER GLOSARIO

De todos los presentados, el único factor que se puede asociar con certeza a la trisomía 21 es la edad de la madre. El riesgo de tener un hijo con Síndrome de Down, es mayor en madres de edad avanzada, así como en madres excesivamente jóvenes (Fernández, 2003). La mayoría de los casos de esta alteración de origen genético no son heredados, ya que se ha demostrado que sólo uno de cada 100 niños con Síndrome de Down ha heredado esta condición de su padre o madre.

1.1.4 TIPOS DE SÍNDROME DE DOWN

Esta anomalía se puede producir por tres causas diferentes, descritas a continuación:

- a) Trisomía 21 o Trisomía Homogénea (más frecuente)
- b) Translocación Cromosómica
- c) Trisomía en Mosaico o Mosaicismo

a) Trisomía 21

Los seres humanos regulares tienen 46 cromosomas en cada célula somática. Estos cromosomas están ordenados en 23 pares: la mitad de cada par (un cromosoma) procede del padre y la otra mitad de la madre.

Si no se separan correctamente todos los pares cromosómicos, resultará una célula cromosómicamente anormal. Es lo que se llama no disyunción cromosómica en la meiosis, y tiene lugar con más frecuencia en las mujeres a partir de los 35 años y en los padres que han tenido ya otros niños afectados por el mismo problema.

Bautista (2002) indica que: es un error de distribución de los cromosomas, se halla presente antes de la fertilización, produciéndose en el desarrollo del óvulo o del espermatozoide o en la primera división celular. Este tipo aparece en el 90% de los casos de Síndrome de Down.

b) Translocación cromosómica que desemboca en trisomía

En casos raros, dos o más cromosomas se rompen y los fragmentos rotos se unen de manera anómala. Como consecuencia, parte de los genes de un cromosoma se sitúan en otro; Es decir, significa que la totalidad o parte de un cromosoma está unida o pegada a una parte o totalmente a otro cromosoma. En este caso lo que se produce es una rotura o fractura de una parte del cromosoma 21, así como la de otra más de un cromosoma diferente, frecuentemente la del 13, 14 o 15, de tal manera que la unión de los fragmentos proveniente del cromosoma 21 con los del 13, 14 o 15, forman un cromosoma extra, es decir, cuando se forman óvulos o espermatozoides de individuos portadores de translocación, son cuatro las combinaciones cromosómicas posibles. (Jasso, 2001). Los nuevos cromosomas reordenados se llaman cromosomas de translocación. Un portador de translocación tiene la cantidad normal de genes, por lo que este individuo es físicamente normal, pero su estructura cromosómica no es la habitual.

Los niños con cantidades normales de genes serán, con gran probabilidad, regulares física y mentalmente. Serán individuos cromosómicamente normales o portadores de translocación.

Los óvulos fecundados que tengan menos de dos lotes de genes para un cromosoma determinado es probable que no se desarrollen, pero los que tengan genes supernumerarios para un determinado cromosoma tendrán un desarrollo anormal.

Puede dificultarse su desarrollo en época temprana o bien resultar un niño con algunos problemas del desarrollo, aunque debemos recordar que esto puede modificarse en gran parte estimulando al niño de manera adecuada, pues igual que el resto de las personas su desarrollo dependerá en gran parte del contexto en que se desenvuelva. Como este niño tendrá tres lotes de genes para un cromosoma en cada célula de su organismo, tendrá trisomía para dichos genes.

c) Trisomía en mosaico

Una vez fecundado el óvulo - formando el cigoto - todas las demás células somáticas se originan por un proceso de división celular, llamado mitosis. En la mitosis normal, cada cromosoma se duplica. Uno de los dos duplicados de cada cromosoma (cromatidas) va a cada una de las células hijas.

Si las cromatidas del cromosoma no se separan correctamente, se produce el denominado proceso de no disyunción cromosómica de la mitosis. Una de las células hijas tendrá tres cromosomas y la otra sólo uno. Las que tienen tres cromosomas se denominan trisómicas, y las de uno monosómicas, éstas últimas por lo general no se desarrollan (www.sindromedown.net)

En este caso el error de distribución de los cromosomas se produce en la tercera o cuarta división celular. Las consecuencias de este accidente en el desarrollo del embrión dependerá del momento en que se produzca la división defectuosa: cuando más tardía sea, menos células se verán afectadas por la trisomía y viceversa. El niño será portador, al mismo tiempo de células normales y trisómicas en el par 21. La incidencia de la trisomía en mosaico es aproximadamente de un 5% de los casos de personas con Síndrome de Down (Bautista, 2002).

1.1.5 CARACTERÍSTICAS DE LAS PERSONAS CON SÍNDROME DE DOWN

a) Características físicas

La mayoría de las anomalías del Síndrome de Down, son observadas desde el nacimiento. A medida que pasa el tiempo, las deficiencias son notorias, aunque esto no deberá impedir que el individuo se desarrolle normalmente. Uno de los aspectos más notables en los individuos con Síndrome de Down, es la amplia variedad de manifestaciones clínicas en ellos.

A partir de las características físicas de las personas descrita en 1866 por John Langdon Down, se han explicado más de 300 signos o manifestaciones clínicas, sin embargo, cabe señalar que existen algunas de ellas que se presentan con más frecuencia y que distinguen a la persona con Síndrome de Down.

Jasso (2001) y García (1998) mencionan las siguientes:

- Cráneo: Tiende a ser más pequeño en su circunferencia y en su diámetro antero posterior.
- Labios: Se ponen secos y con fisuras, ocasionado por tener la boca mucho tiempo abierta, en la tercera década los labios se vuelven blancos y gruesos, características que presentan los varones.
- Cavidad bucal: Es pequeña, se ha encontrado que el maxilar inferior es grande. El paladar tiene forma ojival en un sesenta por ciento. Se encuentra el paladar y el labio hendido.
- Lengua: La forma es redondeada o roma en la punta. Presentan dos anomalías, fisuras e hipertrofia* papilar, la primera se presenta desde los seis meses y la segunda alrededor de los cuatro años.
- Dientes: La dentición se presenta tardíamente, apareciendo a los nueve o veinte meses, se completa a veces hasta los tres o cuatro años, las caries rara vez se presentan, en cambio si se presenta paradentosis* que causa la pérdida de algunos dientes.
- Voz: Presentan voz gutural y grave: “La fonación es habitualmente áspera, profunda y amelódica*, las cuerdas vocales hipotónicas* producen una frecuencia vibratoria más baja de lo “normal”.

*VER GLOSARIO

- Nariz: Generalmente es pequeña y cuenta con hundimiento del puente, la cual es ligeramente respingada en los orificios de la misma, con moderada tendencia a dirigirse hacia el frente o hacia arriba, así como puede existir desviación del tabique nasal.
- Ojos: Estos se encuentran colocados en forma oblicua, al canto u orilla de los mismos están más distantes uno de otro y la fisura palpebral* está muy estrecha, son ligeramente sesgados con una pequeña capa de piel y con la parte superior plana. Además de tener las llamadas manchas de Bruschi*, donde la parte exterior del iris puede tener manchas de color blanco-grisáceo.
- Oídos: El pabellón auricular* es generalmente pequeño, igualmente pasa con el doblez del antélix*, que es grueso y grande. Presentan malformaciones en el conducto auditivo interno y otitis crónica*.
- Cuello: El cuello tiende a ser corto y ancho. El occipital* es exageradamente plano y el crecimiento del pelo empieza muy abajo.
- Extremidades: las manos son pequeñas con los dedos cortos, a menudo la mano sólo presenta un pliegue palmar* en lugar de dos; los pies pueden presentar una ligera distancia entre el primer y el segundo dedo con un corto surco entre ellos en la planta de los pies.
- Piel: Es inmadura al nacimiento especialmente fina y delgada, aparece ligeramente amoratada y tiende a ser seca sobre todo a medida que el niño crece. El aspecto general de la piel es más pálido que el equivalente a individuos de la misma raza y edad.

* VER GLOSARIO

- Cabello: Este es generalmente fino, relativamente lacio, sedoso y poco abundante.
- Tronco: El pecho parece ser redondo o en forma de quilla*. Generalmente hay aplanamiento del esternón*. La espina dorsal no presenta la curvatura normal y tiene tendencia a ser muy recta o con xifosis dorsolumbar*. A veces sólo tienen once pares de costillas
- Abdomen: Este órgano lo tiene en forma de pesa, viéndose prominente en función de la falta de tono muscular.
- Pelvis: Presenta varias alteraciones; la superficie inclinada del acetábulo* se halla abatida, los huesos ilíacos* son grandes y se separan lateralmente. El Angulo ilíaco en el Síndrome de Down, fluctúa entre treinta y cincuenta y seis grados, mientras que en el resto es de cuarenta y cuatro a sesenta y seis grados.
- Genitales: Los caracteres de los órganos genitales en los hombres con Síndrome de Down, se tipifican por tener el pene muy pequeño en su mayoría, así como también, de cada cien casos sólo a cincuenta de ellos les descienden los testículos y aunque se vean normales, no alcanzan su pleno desarrollo. El vello púbico es escaso y en las axilas carece de él. En las mujeres los caracteres aparecen tardíamente. La menstruación se presenta posterior al periodo normal a diferencia de la menopausia que es a temprana edad, en todo éste periodo, la menstruación es un tanto irregular. El vello púbico es lacio y escaso.

* VER GLOSARIO

b) Características psicológicas

Uno de los aspectos que más preocupa a los padres de niños (as) con Síndrome de Down, es sin duda su capacidad intelectual (CI). Por lo cual, el grado de desarrollo mental que se logre depende de dos factores: los no modificables (la información genética) y los factores susceptibles de ser modificables (el ambiente, la estimulación y la educación a la que el niño es expuesto). Es en este aspecto del crecimiento mental es donde los padres y maestros dirigen sus esfuerzos para lograr que se desenvuelva al máximo su potencial; los primeros años de vida son esenciales para obtener óptimos resultados.

A partir de los años setenta, se iniciaron una serie de estudios multidisciplinarios, con el fin de lograr un mayor conocimiento acerca del desarrollo cognitivo subyacente al niño(a) con síndrome de Down.

En general estos niños presentan considerables retrasos en todas las áreas. La pauta característica consiste en la aparición de retrasos a comienzos del primer año de vida y una progresiva disminución de la velocidad de desarrollo durante la etapa posterior de la primera infancia y la edad preescolar (Bautista, 2002).

Existen ciertas características en las que se ha puesto mayor atención, éstas son (García citado en Bautista, 2002):

- **Obstinación:** Para algunos médicos, ésta se debe al sistema nervioso, porque su “deficiencia mental” les impide cambiar rápidamente de una actitud o actividad a otra distinta; otros revelan una inclinación por el enfoque afectivo, o sea que si se les pide algo en forma descortés, se niegan y tratan de imponer su voluntad.

- Imitación: Es esencialmente una conducta humana, es importante ya que gracias a ella el niño tiene un amplio margen de aprendizaje aún en sus primeros años de vida. Por medio de la mímica expresa todas las conductas y actividades que copia de las personas. Esta característica es transitoria dura hasta los ocho o diez años, aunque es difícil determinar una edad definida.

- Afectividad: Esta característica juega un papel muy importante en su educación. Se llegado a la conclusión de que el niño que se desenvuelve en un ambiente familiar estable, progresa intelectual y socialmente mejor que aquellos que han crecido internos en una institución. Hay que evitar la confusión entre afecto y sobreprotección dado que esta última genera perturbaciones psicológicas y sociales contrarias a la autorrealización que se percibe en el niño.

- Afabilidad: Es el tipo de niño complaciente, le gusta que lo vistan, lo mimen, en síntesis le agrada no molestarse. Tiene preferencia por la pintura y en cuanto a la música tiene un ritmo apropiado, siendo ésta muy importante para tranquilizarlo cuando se encuentra inquieto o angustiado.

- Sensibilidad: Siempre que hay un niño más pequeño junto a ellos, destacan su afecto y lo miman. Si están cerca de un compañero que se encuentra inactivo, cuando éste inicia una actividad, le aplauden, lo estimulan hasta que lo realiza bien. Si se les enseña, comparten todo y como todos los niños pelean y son egoístas.

c) Características cognitivas

Según Bautista (2002) las características cognitivas de estas personas son:

- **Percepción:** Las personas con Síndrome de Down presentan algunos déficits en ciertos aspectos:

- a) Capacidad de discriminación visual y auditiva (principalmente respecto a discriminación de intensidades luminosas).
- b) Reconocimiento táctil en general y de objetos en tres dimensiones
- c) Copias y reproducción de figuras geométricas.
- d) Rapidez perceptiva (tareas de tiempo de reacción).

- **Atención:** Furby (citado en Bautista, 2002) afirma que existe un déficit de atención en los niños y jóvenes “mentalmente disminuidos”; esto puede ser debido a:

- a) Les requiere más tiempo crear el hábito de dirigir la atención al aspecto concreto que se pretende y tienen mayor dificultad en movilizar su atención de un aspecto a otro del estímulo; esto implica una labilidad atencional, por lo cual se hace precisa una fuerte motivación para mantener su interés.
- b) Tienen dificultad en inhibir o retener su respuesta hasta después de haberse tomado el tiempo de examinar con detalle los aspectos más útiles y/o los componentes más abstractos de los estímulos; a ello se debe la menor calidad de sus respuestas y su mayor frecuencia de error.

- **Memoria:** Se señala que la memoria a corto plazo se ve afectada en las personas con Síndrome de Down, aunque por otra parte, también se dice que el mecanismo de base del aprendizaje y memorización son los mismos y que la diferencia estriba en los procedimientos empleados para organizar espontáneamente los aprendizajes y memorizaciones.

Los malos resultados y los problemas en el aprendizaje son debidos a las dificultades en la categorización conceptual y en la codificación simbólica. El niño con Síndrome de Down tiene que aprender tareas, pero no dispone de un mecanismo de estructuras mentales para su asimilación; se mueve en principio por imágenes- con referentes concretos- y no por conceptos-lo abstracto-.

Se ha observado también que la memoria de reconocimiento elemental de tareas sencillas es buena, pero cuando se requiere una intervención activa y espontánea de organización del material a memorizar, se muestran menos eficaces que otros sujetos. Se trata del déficit específico, que afecta al recuerdo verbal interior del nombre de los objetos o acontecimientos a retener, a la organización económica del material y a la eliminación organizada y voluntaria de los elementos no pertinentes.

El entrenamiento en el uso de estrategias adecuadas de memorización parece ser eficaz, sin embargo, queda sin resolver el problema de su transferencia y generalización. Resumiendo, los principales problemas respecto a la memoria en estos niños residen en las estrategias utilizadas voluntariamente para organizar la actividad mnésica.

- **Lenguaje:** Las dificultades en este aspecto se encuentran en formas y grados diversos en toda persona en situación de discapacidad, lo que conlleva con problemas en la comunicación, de ahí, que al hablar del niño con Síndrome de Down, sea esencial referirse a este aspecto. La evolución del individuo, su integración y autonomía personal y social dependen en gran medida de la adquisición y evolución del lenguaje.

Se ha comprobado que el desarrollo del lenguaje en los niños con Síndrome de Down sufre un retraso considerable respecto a otras áreas de desarrollo. Por otra parte, se produce un gran desajuste entre el nivel comprensivo y expresivo. En cuanto a la comprensión, la evolución de una persona con Síndrome de Down es paralela a la del resto, aunque retardada en relación al tiempo y obstaculizada por los déficits que presentan en aspectos particulares de la organización del comportamiento.

En este sentido cabe mencionar, por un lado, la menor reactividad e iniciativa que muestran en las interacciones en las primeras etapas de vida, y por otro lado, la menor “referencia ocular “o disminución de la capacidad para dirigir la mirada hacia el compañero social o el objeto referido verbalmente, lo cual dificulta el establecimiento de los mecanismos de asociación y conocimiento del objeto y del vocabulario y retrasa, en definitiva, el desarrollo de la comprensión y la producción verbal.(Bautista, 2002)

El niño(a) con Síndrome de Down tiene dificultades para todo lo que requiere una operación mental de abstracción, así como para toda operación de síntesis, dificultad que se concreta en la organización del pensamiento, de la frase, en la adquisición de vocabulario y la estructuración morfosintáctica.

A su vez, Bautista (2002) afirma que el nivel expresivo de una persona con Síndrome de Down se ve afectado frecuentemente por los siguientes factores:

- Dificultades respiratorias: la mala organización de la actividad respiratoria presente en muchos de los casos, se agrava en los trisómicos por la frecuente falta de potencia y capacidad para mantener y prolongar la respiración.
- Trastornos fonatorios: implican alteraciones en el timbre de la voz, apareciendo ésta más bien grave, de timbre monótono, a veces gutural.
- Trastornos de audición: los estudios indican una incidencia de pérdidas auditivas que varían de ligeras a moderadas, por lo cual, la capacidad auditiva, sin estar gravemente alterada, es inferior a la normal.
- Trastornos articulatorios producidos por la confluencia de varios factores. Malformaciones del paladar, inadecuada implantación dentaria, inmadurez motriz etc.
- Tiempo de latencia de respuesta aumentado.

Por otra parte, se observa cierta falta de relación lógica de la narración, dando a veces impresión de incoherencia, que en realidad sólo es aparente y debida a trastornos de estructuración espacio-temporal, a dificultades en establecer relaciones de síntesis entre una situación nueva y experiencias anteriores, a su particular modo de razonamiento y a la inadecuada construcción gramatical.

Hoy en día se sigue afirmando, que las personas con Síndrome de Down pueden tener dificultades en la entrada de información, en el procesamiento de la misma, en saber dar respuestas espontáneas e incluso en saber regular y controlar su propio aprendizaje, pero esto no quiere decir que no sea modificable.

d) Características sociales

Además del desarrollo cognitivo, lingüístico y motriz, las personas con Síndrome de Down tienen que aprender a convivir en sociedad, a socializarse y aprender las normas sociales de casa y fuera de ella y a tomar responsabilidades en todos los contextos.

Según García (1998), las personas con Síndrome de Down son excesivamente sociables y afectivas con los que los rodean; desde pequeños motivados por simples aprendizajes o ideas que ellos discurren actúan con simpatía y buen sentido del humor. Sin embargo, un clima de indiferencia los inhibe, dando como consecuencia la exteriorización a un mal carácter y una difícil adaptabilidad a la vida social.

El proceso de integración de estos niños, se inicia en el momento en que el médico hace el diagnóstico, siendo la familia el principal elemento promotor de la adaptabilidad social. Por tal motivo, la consecución del justo medio de estos seres en la sociedad se ve obstaculizada por un frecuente rechazo o una sobreprotección, pero cualquiera de estas actitudes puede convertirlos en seres inútiles e incapaces de desenvolverse por sí mismos; de aquí se desprende la necesidad de lograr un equilibrio en el desarrollo psíquico, físico y cultural que permita su convivencia armónica.

Su comportamiento se circunscribe al de un ser normal en el hogar o fuera de él, satisface sus necesidades fisiológicas y si se le enseña, participa en toda actividad intra-familiar. Cuando convive con un núcleo social sobre bases armónicas de cordialidad, colaboración, respeto y equilibrio moral, su formación indudablemente será la resultante de ese medio, asimilando los estímulos que se le proporcionan para su adaptación. Pero si el medio ambiente le es hostil, traerá como consecuencia alteraciones conductuales, desaliento emotivo, sentimentalismo y agresividad, sea por imitación o defensa propia.

Por lo tanto, la familia y la escuela han de ofrecer las condiciones para que las personas con Síndrome de Down participen de manera autónoma en la vida, porque la base de su desarrollo va a depender de la riqueza de socialización que se establezca y por la cooperación entre contextos. El papel de la familia y la escuela, es desarrollar proyectos y acciones comunes para que se adquiera la autonomía y la socialización suficiente para desenvolverse en casa y fuera de ella con responsabilidad.

Cabe mencionar que las características tanto físicas, psicológicas y sociales citadas anteriormente pueden o no presentarse en todas las personas con Síndrome de Down, por lo tanto, no se puede hablar con carácter general; sino de las condiciones que envuelven a cada caso en particular sin olvidar que en su desarrollo influye la educación y contextos en los cuales se desarrolla cada una de las personas.

López (1999) menciona que las personas con Síndrome de Down pueden llegar a ser competentes cognitiva, lingüística, social y culturalmente siempre y cuando les sepamos ofrecer la oportunidad de humanizarlos a través de una convivencia real y auténtica, creando contextos (familia, escuela, comunidad) y situaciones que promuevan el desarrollo, por lo que deja de considerar a estas personas como deficientes modificándolo por el paradigma de la Diversidad, de la diferencia y respeto a ésta.

Las personas con Síndrome de Down, como en cualquier persona, su desarrollo humano está determinado por los contextos en los que convive y por las peculiaridades e idiosincrasia de cada cual, por lo que desde su experiencia si una persona con Síndrome de Down manifiesta dificultades cognitivas, el profesional interviene desde las restantes áreas que influyen en la cognición, es decir, desde el lenguaje, desde el movimiento y desde la afectividad. Y del mismo modo hemos procedido en el resto de las dimensiones que configuran el desarrollo del ser humano.

Lo anterior, debe tomarse en cuenta e implica un cambio de actitud ante las personas con Síndrome de Down, lo cual se explica en el siguiente apartado.

1.2 ACTITUDES

I.2.1 DEFINICIÓN DE ACTITUD

Las actitudes representan un tema básico dentro de la Psicología, ya que éstas constituyen una determinante de primera importancia en la orientación del individuo con respecto a su contexto social. El término actitud ha sido definido de múltiples formas, a través del tiempo, de las cuales podemos citar:

Sanfoft (citado en Arias, 1988) dice que “es una disposición para responder favorablemente o desfavorablemente a una clase de objetos” (pág. 42)

Leòn- Mann (citado en Arias, 1988) refiere que “Tener una actitud implica estar listo a responder de un modo dado a un objeto social” (pág. 42), es decir, una actitud supone una predisposición para acercarse o evitar un objeto social determinado.

Según Robinson, Cook y Selltiz y Allport, (citados en Hernández, 1992), el término actitud implica las diferentes formas en las que las personas responden a su ambiente, ante lo cual pueden surgir variedad de respuestas de acercamiento o rechazo ante un mismo estímulo.

Así mismo Rodríguez (citado en Hernández ,1992) señala a la actitud social como “una organización duradera de creencias y cogniciones en general, dotada de una carga afectiva a favor o en contra de un objeto social definido, que predispone a una acción coherente con las cogniciones y afectos relativos a dicho objeto “(pág. 33)

Para Álvarez y Mazin (citado en Hernández ,1992) la actitud de nuestro medio dice que existe la tendencia a equiparar actitud con opiniones y la actitud implica una acción, una conducta, mientras que la opinión no la implica necesariamente.

Por otra parte Eagly y Chaniken (citados en Guitart, 2002), entienden a la actitud como “una tendencia psicológica que se expresa en la evaluación de un objeto o de una actividad particular con algún grado a favor o en contra”. (pág. 38). ¿Qué implica este concepto de actitud? En primer lugar hay que especificar qué se entiende por objeto de la actitud: este puede ser cualquier elemento diferenciable del medio en que se encuentra la persona y que ésta pueda discriminar, así encontramos objetos abstractos o concretos, particulares o contemplados como clase; comportamientos, ideas, situaciones, grupos sociales, personas concretas, uno mismo.

La definición de actitud de la que parte esta investigación es la de Rodríguez (citado en Hernández, 1992), dado que se piensa, cumple con todos los elementos que conforman una actitud, aún más cuando hablamos de una actitud ante la Educación sexual, donde están involucrados creencias, prejuicios y conocimientos dotados de carga afectiva a favor o en contra de temas de sexualidad, que va a predisponer una acción, en este caso la de proporcionar o no una educación sexual de parte de los padres a sus hijos(as) con Síndrome de Down.

1.2.2 COMPONENTES DE LAS ACTITUDES

León Man (citado en Hernández, 1992) menciona que las actitudes tienen tres componentes:

- a) Cognoscitivo
- b) Afectivo
- c) Comportamental o Componente de acción

El componente cognoscitivo, representa el conocimiento que la persona debe poseer del objeto, y así tener una opinión positiva o negativa al respecto.

El componente afectivo se refiere a los sentimientos de la persona a favor o en contra con respecto al objeto, este componente emocional de la actitud es a menudo el más arraigado y el más difícil de modificar, por presentar una mayor resistencia al cambio.

El Componente de Acción o Comportamental, es la tendencia a actuar o a reaccionar de un cierto modo con respecto al objeto o persona, ya sea positiva o negativamente. Las actitudes no sólo involucran las conductas que una persona puede emitir, sino que también lo que una persona piensa que debe hacer con relación a normas sociales y hábitos establecidos.

1.2.3 FUNCIÓN DE LAS ACTITUDES

Para Hernández (1992), las actitudes sirven para satisfacer necesidades sociales importantes para la persona, el mantenimiento y modificación de las actitudes sociales cumple cuatro funciones:

- a) Adaptativa
- b) Expresión de valores
- c) Conocimiento
- d) Ego Defensa

Se le dice Adaptativa, en el sentido que proporciona gratificaciones y aleja de los castigos es decir, el individuo adopta aquellas actitudes que le proporcionan, por ejemplo la aprobación y estima de sus amigos y evita aquellas que elevan intrínsecamente el castigo o impiden la satisfacción de alguna de sus necesidades.

Cuando hablamos de la Expresión de valores, las actitudes a través de esta función confieren al individuo satisfacción a sus valores personales y a su concepto de si mismo, ejemplo: las actitudes religiosas e ideológicas.

La función de Conocimiento, se basa en la necesidad de comprender, de dar sentido y de dotar de una estructura adecuada al contexto social que viven, en este sentido, las actitudes estructuran y dan significado a las experiencias.

Finalmente las actitudes pueden tener una función de Defensa, ésta proporciona protección al individuo impidiendo el reconocimiento de verdades básicas pero desagradables, por ejemplo: la muerte, enfermedad, etc. protegiendo de tensiones y angustias.

El análisis de estas funciones que cumplen las actitudes, tienen implicaciones importantes en el estudio del desarrollo y cambio de las mismas.

Las actitudes de un individuo se apoyan generalmente en el grupo al que pertenece, en la medida en que dicho sujeto se encuentra motivado para identificarse con su grupo es poco probable que sus actitudes cambien si obtienen apoyo de su grupo. Este afecto de apoyo es una de las fuentes importantes principales de resistencia al cambio.

1.2.4 MEDICIÓN DE LAS ACTITUDES

Hablar de medición de actitudes, es hablar de aspectos subjetivos y personales del ser humano que no son directamente observables, sólo pueden medirse en forma indirecta, de ahí la complejidad del tema.

Summers (1984) dice que una actitud no puede medirse directamente, sino inferirse siempre de una conducta, puede hacerse de forma verbal donde el individuo informe de sus sentimientos hacia el objeto de la actitud.

Tradicionalmente las actitudes se infieren sobre la base de los informes verbales sobre si misma, sin embargo, las actitudes no se restringen a este solo indicador; de acuerdo a la cantidad de objetos psicológicos que se pretende medir, existen tres tipos principales de escalas de actitud:

1. Escalas de clasificación Sumadas
2. Escala de intervalos aparentemente iguales
3. Escalas acumulativas o de Guttman

Las escalas de clasificación sumadas (un tipo de las cuales se denomina escala tipo Likert) consiste en un conjunto de preguntas sobre actitudes que según se supone, tienen de manera aproximada el mismo valor actitudinal ya que los individuos responden en grados diversos que van de totalmente de acuerdo, acuerdo, indiferente, desacuerdo, totalmente en desacuerdo.

Para calcular la puntuación de las actitudes de un individuo se suman y se promedian, la finalidad de las escalas de clasificación sumadas como todas las escalas de actitudes consiste en situar al individuo en cierto lugar de un continuo de concordancia de las actitudes que se pretende medir. La escala Likert es de las más utilizadas en la investigación de las actitudes. (Kerlinger, 1988).

De acuerdo con González (citado en Hernández, 1992), son pocos los estudios referentes a las actitudes hacia la sexualidad y la mayoría de estos están evaluados con la escala tipo Likert.

Las escalas de intervalos aparentemente iguales de Thurstone se construyen sobre principios diferentes, un conjunto de reactivos de actitudes, puede usarse para el mismo propósito de asignar a los individuos puntajes de actitudes, esta escala también logra el importante propósito de dar una escala de los reactivos de actitudes, a cada reactivo se le asigna un valor de escala; éste indica la fuerza de las actitudes de una respuesta de acuerdo con el reactivo.

El universo de reactivos se considera un conjunto ordenado; es decir, los elementos difieren en cuanto a su valor escalar. El procedimiento para la formación de la escala encuentra estos valores escalares. Además los reactivos de la escala final que se van a utilizar son seleccionados de manera que los intervalos entre ellos sean iguales, un rasgo psicométrico deseable e importante, así, mientras más bajo sea el valor de la escala más positiva será la actitud.

El tercer tipo de escala, la escala acumulativa o de Guttman, consiste en un conjunto relativamente pequeño de elementos homogéneos que son unidimensionales, ya que mide una y sólo una variable. La escala obtiene su nombre de la relación acumulativa entre los reactivos y los puntajes totales de los individuos.

De los tres tipos de escalas, la de clasificación sumadas parece ser más útil en la investigación del comportamiento. Es más fácil de desarrollar y produce casi los mismos resultados que la más laboriosamente construida escala de intervalos aparentemente iguales utilizada con cuidado y con conocimiento de sus puntos débiles, las escalas de clasificación sumadas pueden ser adaptadas a muchas necesidades de los investigadores del comportamiento.

1.2.5 ACTITUDES ANTE LA SEXUALIDAD

La sociedad, el entorno y la familia en la que se vive son parte de la formación recibida y a todos nos ha afectado de una u otra forma. La familia como unidad social influye en el desarrollo del niño, principalmente en los primeros años de vida, en ellos se transmiten valores, creencias, normas, tradiciones y pautas de conducta sexual, que intervendrán en la forma de concebir y practicar su sexualidad.

Asimismo, la actitud que tenga el docente hacia la sexualidad en general y hacia la suya en particular se verá reflejada constantemente. Los temores, las creencias y las actitudes sobre las posibles consecuencias de la educación sexual también influyen.

Por lo anterior, tanto la familia como la escuela requieren de actitudes libres de juicios y valores. Con esto nos referimos, que no se trata de informar a los niños o jóvenes sobre a lo que nuestro juicio está bien o mal, sino debemos informar objetivamente y con veracidad. Sabemos que en cualquier situación de la vida, se mandan mensajes por dos vías, la verbal y no verbal. Recordemos que la no verbal tiene que ver con la postura, el tono de voz, los gestos, los silencios y otros elementos que a veces son más significativos que el mensaje verbal en sí mismo (Hiriart, 1999).

Las personas adoptan actitudes variadas hacia la sexualidad, a lo largo del tiempo y enmarcadas bajo contextos sociales o culturales específicos, es por eso que se analizarán las actitudes hacia la sexualidad, ya que mediante éstas se puede predecir conductas sexuales que rigen el comportamiento sexual.

Kilander (citado en Hernández 1992), menciona que “La actitud hacia la sexualidad se refiere a la predisposición del individuo que lo hace reaccionar en un sentido positivo o negativo hacia un objeto sexual independientemente de su situación social y cultural” (pág. 50).

Fraizer (citado en Arias 1988) menciona que, la formación de actitudes sexuales en los individuos dentro de una sociedad va a estar influenciados por:

- La familia que transmite a los niños el prototipo cultural del grupo o clase a la que pertenece.
- La cultura del grupo.
- La posición social de la familia.
- El grado de participación del individuo en el grupo que determina la influencia que este ejerce sobre sus actitudes.
- Los medios de comunicación (televisión, películas, revistas, etc.)

La formación de actitudes también va a estar determinada o influenciada, por los conocimientos que sobre sexualidad tenga el individuo, independientemente de que sean “verdaderos o falsos”, “correctos e incorrectos”

Asimismo, la falta de una adecuada información sexual también puede ocasionar que el conocimiento que se obtiene respecto a temas sexuales sea en forma errónea de ahí que las personas presenten actitudes desfavorables hacia la sexualidad.

Siecus (citado en Hernández, 1992), señala que durante la vida cotidiana normal, en el hogar, la escuela y la comunidad, se imparte una buena dosis de educación sexual y se crean actitudes, aunque se supone que la familia es la que más influye y nadie puede sustituirla en ésta función, a la escuela, la iglesia y otras instituciones les corresponden importantes papeles individuales y colectivos en la formación de actitudes.

1.2.6 ACTITUDES ANTE LA SEXUALIDAD DE LAS PERSONAS CON SÍNDROME DE DOWN

En cuanto a las personas con discapacidad, incluidas quienes tienen Síndrome de Down, existe la creencia de que la discapacidad es causa forzosa de una disfunción sexual, esta idea es errónea, pues no necesariamente se tiene que presentar. Este pensamiento parte, como se mencionaba anteriormente, de la consideración de las personas con Síndrome de Down como deficientes, incapaces de llevar una vida autónoma, cuando en realidad sólo son personas diferentes, como lo somos todos y todas. Por tanto, no les negamos este derecho que poseen por el simple hecho de ser personas, ya que pueden proporcionar y proporcionarse experiencias sexuales muy satisfactorias.

Los padres y profesionistas, deberían recibir asesoría acerca de la educación del desarrollo sexual de las personas con Síndrome de Down (Sha'ked citado en Torices, 2006).

En México se ha constatado la necesidad de que el personal de Educación Especial cuente con herramientas para atender a las dificultades que presentan sus alumnos y familias en materia de sexualidad, incrementando día a día la solicitud de conferencias y talleres para poder entender las necesidades de salud sexual de las personas con Síndrome de Down, manifestando inquietudes y dudas que se les presentan de manera cotidiana y que sin conocimiento les es difícil resolver.

Es necesario que el personal encargado de asesorar en materia de sexualidad, tenga la preparación profesional en el área, de lo contrario puede crear mas confusiones e imponer sus valores; por tanto, se requiere mantener una actitud positiva, abiertos a comentarios y establecer alternativas ante la práctica sexual.

La actitud de aceptación para el trabajo de la sexualidad en las personas con Síndrome de Down, es básica para sensibilizar a la sociedad en el que portar una discapacidad, no limita el derecho de ejercer la sexualidad.

1.3 EDUCACIÓN SEXUAL Y SÍNDROME DE DOWN

1.3.1 EDUCACIÓN Y SINDROME DE DOWN

En la educación del niño(a) con Síndrome de Down como de cualquier otra persona interviene tanto la familia, la sociedad y la escuela.

De acuerdo con Jasso (2001), la familia como institución fundamental de la sociedad, hace posible la educación, el progreso y la interrelación social. La formación del ser humano en todos sus estadios biopsicosociales se logra plenamente mediante la cohesión del núcleo familiar. Por lo cual, es responsabilidad de los profesionales orientar adecuadamente a los padres de familia sobre cómo tratar y educar a sus hijos ya que su participación es fundamental para el desarrollo íntegro del niño.

Por su parte, en la sociedad existe una necesidad de que los individuos que la conforman los acepten con normalidad y sean los primeros en admitirlos con sus diferencias colaborando a la vez con su habilitación e inclusión, ya que esta no debe relegarlo, ni ponerlo en segundo plano, por el contrario debe integrarlo a su medio y permitirle desenvolverse con naturalidad.

La medicina en la actualidad se ve imposibilitada a brindarle a estos niños una solución eficaz, por lo que se ha estado buscando en otros campos con el objetivo de habilitarlos. Es por ello que se ha enfocado el problema en el área educativa, aunque ha tenido obstáculos puesto que se pensaba o eran considerados como deficientes mentales profundos (genéticamente) o porque morían a temprana edad. Con el tiempo se ha ido desvaneciendo esta idea e incluso, se está avanzando con pasos firmes.

Tomando en cuenta lo anterior, López (1999) menciona que mantener que no debe mantenerse la idea de que el desarrollo del ser humano es algo preprogramado o estático, que nos viene dado y que espontáneamente se irá desarrollando sin la posibilidad de un cambio a través de la educación, esto lo ha llevado a investigar autores como, Luria, Vygotsky, Bruner, Maturana, Sternger, Feuerstein, Perkins, etc., cuyo pensamiento sobre el desarrollo es algo más dinámico rompiendo los principios deterministas y prejuiciosos que negaban la competencia para aprender en las personas con Síndrome de Down influenciados por la medicina.

Afirmar que “ todas las personas” y no “ algunas personas” son competentes para aprender, supone para la educación actual cambiar todos los referentes del currículo escolar y éste tiene que tender puentes cognitivos entre las diferencias de las personas y sus posibilidades para adquirir la cultura escolar; por tanto, la escuela al hacer suyo este pensamiento tiene que hacer posible, en cada aula, ofrecer una oportunidad para que cada niño o niña ponga de manifiesto sus competencias cognitivas, sociales y culturales, lo que permitirá romper con el determinismo psico- biológico sobre las incompetencias de aprendizaje como algo eterno e imperecedero en las personas con Síndrome de Down y se contemple como algo susceptible de modificación.

López (1999) plantea una forma de educación que requiere no ocuparse únicamente de la niña o niño con Síndrome de Down en su desarrollo sino también, al mismo tiempo, de los contextos socioculturales de los que forma parte, obligando a nuevos replanteamientos en los proyectos curriculares en la educación de todas las personas.

Del mismo modo, influenciado por el pensamiento de Luria señala que, no es posible separar “cerebro” de “contexto”, y por lo tanto propone que se debe desarrollar la acción educativa sobre los contextos, para que al tomar conciencia de su importancia en la educación, su influencia penetre hasta lo más profundo del Sistema Nervioso Central promoviendo así el desarrollo de cada individuo.

En el caso concreto de la educación de las personas con Síndrome de Down, el papel de la familia, de la escuela y del entorno es fundamental para lograr la mayor competencia cognitiva y cultural, ya que su desarrollo cognitivo y cultural se logrará mediante el aprendizaje activo donde se les enseñe a que construyan estrategias metacognitivas, que les permitan resolver problemas concretos a cada cual en su contexto y no hacerlo de manera generalizada para todos. Los procesos metacognitivos hacen referencia, a ese modo y estilo particular, singular e indiosincrático que tiene cada persona con Síndrome de Down o sin el, para saber “guardar” esta información y utilizarla cuándo, dónde y cómo sea necesaria y poner en acción dicha información.

El primer objetivo de un programa educativo consistirá en describir qué sabe cada niño o niña acerca de sus competencias cognitivas o de la naturaleza de cada tarea dada, de lo contrario, no será capaz de desarrollar estrategias para resolver problemas que se le vayan presentando. Por lo tanto, la metacognición ha de guiar la enseñanza familiar y el aprendizaje escolar a partir de la enseñanza de estrategias generales. La familia y la escuela han de procurar una educación que vaya proporcionando desde las edades tempranas, las estrategias cognitivas y metacognitivas necesarias para que se desenvuelvan con autonomía, competencia y originalidad cuando sean adultos.

Los principios en los que se sustenta, para López (1999), este modo de trabajar son:

- La educación de las personas con Síndrome de Down desde la edad más temprana ha de focalizarse pensando en su autonomía personal en la vida adulta.

- El objetivo básico y fundamental en la educación será proveer de oportunidades educativas apropiadas a cada persona con Síndrome de Down, respetando sus modos y ritmos de aprendizaje.

Porque estas personas son seres con Necesidades Educativas Especiales específicas que desarrollan su inteligencia. Todo lo que se hace, todo lo que se proyecta como aprendizaje, desde la edad más temprana, se ha de hacer pensando en la autonomía personal, social y moral que han de llevar a cabo en su vida. Si no se procede de este modo, las personas con Síndrome de Down siempre actuarán dependiendo del adulto y nunca adquirirán un criterio propio de originalidad. Este pensamiento que se propone para el futuro, conlleva una educación respetando la diversidad cognitiva y cultural (educación intercultural).

De este modo no es necesario que la persona con Síndrome de Down cambie, sino que todo su contexto social y cultural que le rodea, le vea como una persona diferente, lo respete y valore, produciendo aceptación recíproca.

Con base a lo anterior, las personas con Síndrome de Down no deben estar exentas de una Educación Sexual, ya que es parte de su desarrollo y será parte del ejercicio de su autonomía.

1.3.2 SEXUALIDAD y EDUCACIÓN SEXUAL

La sexualidad es una Expresión Biológica, Psicológica y Social de los individuos, en tanto los seres sexuados, son expresión de una cultura en un momento determinado (DGPF, 1990), a diferencia del sexo, que sólo se refiere a aspectos biológicos tales como la anatomía y fisiología de los órganos sexuales, la procreación y los anticonceptivos entre otros (Carrasco, 1998).

La sexualidad juega un papel destacado en nuestra vida, así ha sido a través de toda la historia de la humanidad. Aunque por supuesto es un aspecto esencial para la reproducción de los individuos, afecta también la existencia cotidiana de la persona y tiene un efecto importante en la sociedad (Reinisch citado en Alvarado, 1995). Este término cubre todas las áreas que tienen que ver con nuestro crecimiento, nuestras actitudes, nuestros sentimientos y comportamientos, nuestra forma de relacionarnos unos con otros, la conciencia de nuestro cuerpo y su funcionamiento, la higiene de los genitales, nuestra autoimagen y valores personales por lo tanto, nuestro estilo de vida (Zacarias citado en Alvarado,1995).

La sexualidad constituye para gran parte de la sociedad un tema del que, aunque se hable a menudo, no se sabe demasiado. La sexualidad es mucho más que mantener relaciones sexuales o evitar un embarazo. Implica el aceptarse a sí mismo como lo que cada uno es, como hombre o mujer, y el gustarse a sí mismo y querer gustar a los demás; implica el presumir, el querer estar guapo, limpio, aseado; implica el deseo y necesidad de relacionarnos con otros, de compartir y dar afecto, de establecer relaciones de amistad con nuestros iguales; el preocuparse por los demás; el confiar en uno mismo y en los otros; el saber diferenciar en quién debemos creer y cuándo debemos decir "no", y un largo etcétera, que incluye, por supuesto, el sentirse atraído por otra persona de un modo especial, el enamorarse y el deseo de mantener con la persona querida relaciones sexuales.

Para entender plenamente la importancia de la sexualidad humana, debemos considerar su relación con el ajuste total del individuo dentro de la sociedad, proyectándose ésta en todas sus actividades y comportamientos durante su desarrollo general más que por sus órganos sexuales dando sentido, valor e integración a la personalidad de cada individuo.

La personalidad como proceso formativo, es resultado, de la educación en general incidental, se da por la influencia del medio ambiente y la interacción con otros, de tal forma que se puede decir que sí se da la Educación de la Sexualidad, pero de manera informal a través de la familia, amigos, medios de comunicación, etc., por lo que puede

tener mitos, tabúes o ser incorrecta, por lo cual no se adquiere una comprensión plena, equilibrada y exacta de la sexualidad.

La complejidad de la educación aumenta cuanto más heterogénea es ideológicamente la sociedad en que se imparte. Es notable la divergencia en cuanto a la educación sexual en nuestra sociedad; es una necesidad que no ha recibido la respuesta merecida por ignorancia, desconocimiento, prejuicios o malas interpretaciones de lo que constituye la sexualidad y por ende la educación sexual (Alvarado, 1995).

Lo ideal es impartir educación sexual desde muy temprana edad; en cada etapa de la vida surgen inquietudes específicas, las cuales deben tratarse de la manera más adecuada. La educación sexual ayudará a que los individuos se sientan mejor respecto a su propio cuerpo y el de los demás, aumenta su seguridad, confianza y comodidad en las relaciones interpersonales (Hiriart, 1999).

Uno de los obstáculos para impartir educación de la sexualidad, es la creencia de que al dar información a los muchachos, éstos acelerarán sus experiencias, ampliarán su curiosidad y querrán poner en práctica sus conocimientos.

La educación sexual ampliará los conocimientos que se tengan acerca del tema, y esto es la base para promover conductas más responsables, promoverá cambios en actitudes que dan lugar a mayor tolerancia y respeto hacia las conductas y los valores de otras personas: actitudes que propician la aceptación de la diversidad.

Aún sin educación sexual, el impulso sexual siempre está presente y la información, lejos de perjudicar, fomenta formas más sanas de vivir la sexualidad. La persona informada tiene la posibilidad de conocerse mejor, de entender sus sensaciones y las de los demás, comprende sus cambios y el funcionamiento de su cuerpo y, sobre todo, acepta su sexualidad como parte de su vida y logra vivirla de una manera natural, en lugar de que llegue a ser una fuente de conflictos, miedos e incertidumbres (Barragán citado en Hiriart, 1999).

Se define la Educación Sexual como el proceso por el cual el individuo adquiere valores, conocimientos, normas y patrones de conducta e información sexual que se inicia con el nacimiento y se va transformando en su medio ambiente determinando sus actitudes y comportamiento sexual en su vida adulta (Hiriart, 1999).

Los padres de familia, maestros y en general la gente adulta conservan un antiguo significado de la sexualidad, lo que ha llevado a que se asuma una actitud de reserva, o de clara negación sobre cualquier aspecto de la naturaleza sexual. Esto influye para que por generaciones se continúe dando una enseñanza incompleta porque se oculta, se pasa por alto o se ignora además de que algunos elementos importantes de dicha enseñanza llegan al individuo por vías no verbales.

Muchos padres de familia y los adultos no se sienten capacitados para dar toda esta información por lo que solicitan capacitación en el tema, esto ha llevado a buscar una Educación Sexual que responda a las exigencias y demandas de la población.

1.3.3 SEXUALIDAD y EDUCACIÓN SEXUAL DE LAS PERSONAS CON SÍNDROME DE DOWN

Para algunas ciencias como la medicina, el Síndrome de Down es considerado dentro de la discapacidad intelectual, es por ello que hemos decidido incluir la visión que se tiene de la sexualidad en las personas con discapacidad, para después centrarnos en la sexualidad de la persona con Síndrome de Down.

La sexualidad es un área aparentemente inexistente para las personas con discapacidad; abordar el tema es adentrarse en un campo inexplorado y para muchos profesionistas irrelevante. Contar con información acerca de la relación entre discapacidad y sexualidad, permitirá sensibilizar a los profesionistas, acerca de la urgente necesidad de una atención integral para las personas con discapacidad.

La sociedad frecuentemente muestra actitudes prejuiciadas respecto a las personas con discapacidad, especialmente alrededor de su sexualidad; se niega, reprime, o castiga por miedos, temores y tabúes no manejados por los padres y por su incapacidad de ver en forma natural su propia sexualidad. Estas creencias demuestran lo incómoda que se siente nuestra sociedad ante la idea de considerar a las personas con discapacidad intelectual, como seres con intereses sexuales.

Esta sociedad, incluye a la familia y docentes quienes contribuyen a perpetuar estas ideas por la falta de información que se tiene; es común escuchar que “ellos no piensan en eso”, ¿”para que abordar ese tema si no pueden”?, o “mi hijo o hija no piensa en eso”; estos son criterios basados en ideas restrictivas como: “sexualidad es igual reproducción o coito”. Otras situaciones como creer que son niños eternos conlleva a que hasta la propia persona en ocasiones asuma su “asexualidad” (Torices, 2006).

Sin embargo, el deseo sexual se encuentra igualmente intensificado o disminuido tanto en las personas consideradas “limitadas”, como en las que no lo están, por lo que debemos ofrecer una alternativa para darle salida (Alvarado, 1995).

Aunque ha comenzado a existir un crecimiento y aceptación de los derechos de la sexualidad y privacidad en los ciudadanos con discapacidad intelectual, aún persiste la idea contraria (Swanson y Garwick citado en Alvarado, 1995), muy rara vez se le permite a la persona con discapacidad tomar decisiones acerca de su sexualidad y se ignora la educación sexual.

Como se ha mencionado, las personas con alguna discapacidad intelectual no tienen porque ser tratados de manera diferente que los demás, la sexualidad en ellos se desenvuelve del mismo modo que en el resto de los individuos, por lo cual es conveniente proporcionarles informaciones y conocimientos adecuados a la capacidad de comprensión de cada uno; respuestas pertinentes a todas las preguntas siempre y

en términos de verdad, utilización de las ocasiones que se presenten espontáneamente en la vida cotidiana para una adecuada educación sexual.

El asunto no es desplegar una actitud de sobreprotección, sino de respeto, pues cada niño(a) y joven al margen de sus diferencias ha de ser tratado como persona y ha de tener derecho a que su vida transcurra en un ambiente que no destruya su autoestima.

Se cree que las personas con deficiencia mental, no logran deducir fácilmente, de las experiencias que van teniendo, las normas generales de la convivencia social: los esquemas de lo correcto y lo incorrecto, aceptable-inaceptable; por lo que necesitan una mayor cantidad de experiencias y un esfuerzo extra de sus padres para poder adquirir dichos esquemas, pues, precisamente su discapacidad mental bloquea esos procesos de generalización que permiten que los demás niños puedan adquirirlos.

Si resulta importante abordar el tema de la sexualidad de manera integral para las personas que no presentan alguna discapacidad, con mayor razón resulta indispensable una educación que ayude a asumir y comprender de manera positiva su sexualidad a las personas que si tiene, aunque no debiera existir diferencia ya que todos finalmente tenemos derecho al ejercicio de nuestra sexualidad. Cabe mencionar que mientras se insista en verlos como deficientes el trato hacia ellos será indigno y sin mejora de su calidad de vida.

Si la educación sexual no se inicia desde la infancia será muy difícil hacerles entender, cuando lleguen a la adolescencia que se pretende evitar que se hagan daño y que agredan u ofendan a la sociedad. Es fundamental hacerlos conscientes, como a cualquier niño(a), de que existen conductas públicas y conductas privadas, que con las públicas ha de tenerse cuidado de no ofender ni agredir y que hay otras que sólo deberán hacerse en privado; aunque estas últimas no por ser privadas pueden atentar contra la propia salud. Así, por ejemplo, eructar, arrojar gases, rascarse los genitales, masturbarse, desnudarse, son conductas que sólo deberán hacerse en privado.

Es importante que quienes presentan discapacidad mental comiencen desde la infancia a distinguir las conductas privadas de las conductas públicas y, muy especialmente, en función de la sexualidad; de lo contrario, como ya se ha dicho, resulta muy difícil lograrlo en la adolescencia, cuando la necesidad sexual irrumpe plenamente. Si se consigue inculcar en estas personas los conceptos de conductas públicas y conductas privadas (sin agredirlos por manifestar su curiosidad sexual, respetándolos por manifestar sus inquietudes) estarán en mejores condiciones de enfrentar las demandas sexuales que aparecen en la adolescencia.

En ellos, el problema principal será no haber conseguido un auto control, pues las necesidades sexuales tienden a ser expresadas espontáneamente sin ningún control moral. De ahí la especial importancia de brindar una específica educación sexual desde la infancia a quienes presentan condición de discapacidad mental, y lo indispensable de que hayan aprendido la frontera entre las conductas privadas y las conductas públicas antes de que lleguen a la adolescencia (SEP,2000).

Uno de los objetivos de la educación es formar personas autónomas. Esta afirmación se repite constantemente y constituye uno de los mayores deseos de los padres de chicos con Síndrome de Down. Pero, ¿realmente somos conscientes de lo que implica "ser personas"?

Ser persona implica, en oposición al resto de los demás seres vivos, ser capaz de tomar decisiones racionalmente venciendo el instinto, formar nuestra voluntad reconociendo nuestros derechos, nuestras obligaciones y asumiendo las consecuencias de nuestras acciones. Todos los padres desean esto para sus hijos. Los padres de niños con Síndrome de Down también, al igual que los profesionales implicados en su proceso educativo. Sin embargo, esto parece olvidarse cuando se habla de la sexualidad de las personas con síndrome de Down, su desarrollo sexual es muy semejante al de cualquier otra persona, las diferencias a considerar se refieren a su funcionamiento intelectual, el cual afecta igualmente todas sus áreas vitales.

Ellos presentan dificultades para comprender y asimilar la información, lo cual puede ocasionar comportamientos inadecuados que serán más evidentes entre mayor sea el grado de discapacidad intelectual. Aunque según López (1999) debemos recordar que, como en cualquier persona, el desarrollo humano de quien tiene Síndrome de Down está determinado por los contextos en los que convive y por las peculiaridades de cada cual.

Así, generalmente cualquier individuo tiende a seguir reglas sociales y medita sus acciones, mientras que el Down procede con ingenuidad, siendo más directo y más espontáneo, por lo cual su conducta puede tomarse como inmoral, de ahí la importancia de proporcionarle una orientación sobre el manejo de su sexualidad fomentando el respeto hacia ellos mismos y hacia los demás (Carrasco, 1998).

Los jóvenes con Síndrome de Down no son ajenos a los mensajes externos. Sin embargo, a menudo les cuesta entenderlos e interpretarlos, especialmente si carecen de una base sólida. Es fundamental formarles en materia de sexualidad desde los primeros años, para que cuando lleguen a la adolescencia no les atrapen por sorpresa todos los cambios que tendrán lugar en su cuerpo.

Para que, la educación sexual sea efectiva debe ser individualizada y entendible, enfocándose no sólo en los aspectos reproductivos físicos, sino también en posiciones sexuales entre el contexto de toda relación interpersonal. Un plan de estudios ideal asegurará que el entendimiento del individuo de relaciones, relaciones sexuales y paternidad esta basado en los hechos, es real y socialmente aceptable; creando un ambiente dirigido a la expresión sexual saludable; ésto debe ser considerado en el diseño de los programas educacionales, vocacionales, recreacionales y residenciales.

El conocimiento positivo sexual puede solamente ser desarrollado a través de autoestima, entendimiento de relaciones sociales y habilidades de interacción comunicación (www.teleantioquia.com/Programas/Temas/SexualidadSindromedeDown)

Para Torices, (1997) cuando se habla de Educación Sexual para discapacitados la clave del éxito, está en un programa que integre los siguientes principios:

- Ofrecer la oportunidad de gratificación oral y exploración de su cuerpo.
- Ofrecer la oportunidad de conocer su propio cuerpo y el de otros.
- Evaluar la imagen que se tiene de si mismo como hombre y mujer.
- Ayudar al desarrollo de una imagen positiva como ser sexual.
- Instruir sobre la forma de controlar las respuestas ante el rechazo social o las reacciones y observaciones impropias de los demás.
- Establecer un historial de la menarquia y valorar la capacidad para cuidarse de si misma dentro del contexto de actividades diarias.
- Adiestrar al varón o a la mujer en los cuidados personales y la higiene de los órganos sexuales.
- Instruir en el control de las interacciones sociales que implican al otro género.
- Desarrollar la educación sexual como parte de todo el proceso de transformación de sus personalidades, de su ajuste e integración social.
- Establecer la educación sexual dentro de todo el proceso de educación escolar y familiar.
- Llevar la educación sexual de manera activa tomando al sujeto como parte protagónica.
- Enfocar la educación sexual en orientar y prevenir.
- Acometer la educación sexual respetando al sujeto, sus vivencias y sus valores.

Por otra parte, Ortega (1997) menciona que los objetivos primordiales de la Educación Sexual de los niños con Síndrome de Down son:

- Proporcionarle la información necesaria para que entienda, dentro de sus posibilidades, los cambios fisiológicos que su organismo tendrá; que aprenda a aceptarlos como parte de su desarrollo.
- Preparar a los padres y a la familia para que acepten también estos cambios.
- Enseñarle una adecuada higiene sexual.

- Preparar a la familia para afrontar eventos como la masturbación, la menarquia, etc.
- Mostrarle la importancia y el valor de su cuerpo, para que aprenda a respetarlo y a cuidarlo.

1.3.4 ¿CÓMO SE DA LA EDUCACIÓN SEXUAL?

La sexualidad como proceso formativo, es parte de la educación en general incidental no sistemática, se da por la influencia del medio ambiente y la interacción con los otros de tal forma que se puede decir que si se da la Educación Sexual, pero de manera informal a través de la familia, amigos, medios de comunicación, por lo que puede tener mitos, tabúes o ser incorrecta, por lo cual no se adquiere una comprensión plena, equilibrada y exacta de la sexualidad.

Sin embargo, por generaciones se continúa dando una enseñanza incompleta porque se oculta, se pasa por alto o se ignora tanto por padres de familia y maestros; existe una necesidad urgente de brindar una nueva educación sexual, para lo cual se debe estudiar, analizar y manejar los temas que se desean enseñar, sin olvidar que durante la vida cotidiana en el hogar, la escuela y la comunidad, se imparten dosis de ésta y se crean muchas actitudes. Además de que algunos elementos importantes de dicha educación llegan al individuo por vías no verbales.

Por lo anterior en muchas ocasiones se ha discutido el lugar más idóneo para educar la sexualidad: en casa, en la escuela, los dos son ámbitos fundamentales cada uno con una función concreta y propia, complementaria. Sin olvidar como mencionábamos la repercusión de la sociedad, el entorno, los amigos, los medios de comunicación social y otras influencias verdaderas que marcan, se quiera o no, el desarrollo sexual.

Es casi imposible prescindir de la función del educador sexual, incluso en el caso de que los padres orienten a sus hijos en este proceso de la educación sexual, se confirma aún más la actuación del educador cuando, a menudo, se sabe que muchos padres no se atreven a decidirse a empezar una buena información sexual o dialogar sobre estos temas con los hijos, aprovechando las diversas situaciones o preguntas del niño o adolescente (Ariza, 1999). No es válido el argumento de renunciar a la educación sexual de los alumnos porque es función primeramente de los padres.

El diálogo entre padres y maestros logrará que se pueda avanzar en la educación sexual del niño, así podrán juntos corregir, en el proceso, aquellos errores o retrasos que en ocasiones se observan a menudo y que podrían ser un elemento integrador, positivo para la maduración de la personalidad. Así, existen al menos dos maneras de dar Educación Sexual: una es la que utilizamos en la vida cotidiana, a veces sin siquiera percatarnos; y otra más estructurada, sistematizada y con objetivos específicos. Se trata respectivamente de la educación informal y la educación formal.

a) El papel de los padres en la educación sexual

La educación sexual de la persona con Síndrome de Down comienza con la de sus padres. No sólo porque la familia sea la matriz que estimula y sostiene ese desarrollo sexual, sino porque los padres portan una serie de sentimientos, además de prejuicios sociales, que inciden en el desarrollo sexual del hijo. En la medida que se acepta por los padres el desarrollo sexual del hijo con retraso, se puede articular conscientemente esta educación que casi siempre reclama la ayuda de un profesional.

Si gran parte de los comportamientos del niño y del adolescente dependen del adulto, con razón entendemos esta responsabilidad familiar en su educación sexual como parte de su formación para una vida de mayor independencia (Torices, 1997).

Así, desde el nacimiento las personas reciben información constante o bien, formación sobre sexualidad. Perciben cómo se comportan mujeres y hombres, qué se espera de ellos, que algunas partes del cuerpo sean privadas y que haya temas de los que no se

habla o no se pregunta. Esto es la educación informal que se recibe de los padres y que es posiblemente la que más deja huella. Ésta es distinta dependiendo de la etapa de vida por la que se atraviese, ya que en cada etapa se tienen experiencias distintas, lo ideal es vivirlas de manera natural.

Durante la infancia por ejemplo, se aprende informalmente acerca de la sexualidad a través de mensajes verbales y no verbales, por imitación o a partir de la experiencia; para la adolescencia la educación informal es el medio principal de aprendizaje de la sexualidad, la mayor parte de la información que se recibe es de amigos o compañeros.

Para Ariza, (1999) la función de los padres en la educación sexual ha de girar en torno a:

1. El ámbito familiar, primer mundo de vida y crecimiento del niño/a.
2. Las relaciones con la escuela, en lo que respecta a la educación afectivo-sexual.

En el primer aspecto, es importante que los padres analicen su comportamiento consciente en la dimensión sexual propia, porque de cómo acepten y de cómo sea su madurez depende la educación de los hijos. Es preciso que observen cómo son sus planteamientos sexuales determinados, las actitudes o la objetividad que podrán transmitir a los hijos.

La carga emocional de ciertas conversaciones con los hijos, como los silencios, la forma en la que delegan en los profesores, etc. debieran ser observados y analizados; no siempre descubrirán en sus reacciones una misma y única línea de respuesta, según se trate de uno u otro fenómeno sexual, los criterios y enfoques son diversos, lo cual provoca actitudes contrapuestas en ellos mismo y en los niños.

En relación con la escuela, ha de apoyar y completar la formación de la familia en estas áreas afectivos-sexuales. Los padres pueden adoptar dos actitudes:

1. De valoración. Están satisfechos de lo que hace la escuela. Cuando se le informa de lo que hace la escuela, lo agradecen y piensan que es lo que han de

hacer ante otras voces que reclaman una buena educación sexual para los niños.

2. De negación a reconocer la función propia de la escuela. Están descontentos porque creen que no corresponde al Centro escolar impartir educación sexual.

Las aportaciones de los padres pueden ser muy valiosas, por ejemplo cómo reacciona el niño, qué pregunta, cómo expresa su interés, si plantea cuestiones al padre o a la madre, que vocabulario utiliza, etc.

En el adolescente en situación de discapacidad mental en ocasiones suelen no darse las preocupaciones que aparecen en los adolescentes sin este grado de discapacidad; no los inquieta la aparición de los caracteres sexuales secundarios, ni su identidad, pues al no llegar a la etapa en que se consiguen las operaciones formales no se redescubre ni conquista la capacidad crítica, pero como se menciona, esto puede suceder en ciertos casos y no podemos generalizar.

En el caso específico de los padres de niños y jóvenes en situación de discapacidad mental sabemos que suelen atravesar por varias etapas: negación (no aceptan que su hijo tenga una discapacidad), rechazo, duelo y aceptación (SEP, 2000).

Ser padre es un acontecimiento extraordinario, como todos los futuros padres se viven 9 meses de sueños y esperanzas, es por eso que cuando se les dice el diagnóstico de trisomía 21 se sienten abatidos. Todas las parejas en ese momento, se sienten desamparadas, desanimadas, a veces avergonzadas y temerosas (Herman, 1994). Es por esto que frecuentemente los padres de familia están inmersos en las preocupaciones y obligados a tantas renunciaciones, que a veces no se dan cuenta de las exigencias sexuales de sus hijos.

Pero más a menudo se tiene la impresión de que los padres tienden a ocultar el problema. Hacen que se diluya entre las otras penas. Prefieren no hablar abiertamente de ello, si no se ven obligados. En el interior del grupo familiar las manifestaciones de la sexualidad del hijo en situación de discapacidad son de variados tipos.

Las demandas de afecto, de abrazos o de tocamientos pueden ser insistentes y muchos padres lo niegan y siguen considerándolo como típicas expresiones de la infancia.

No olvidemos que, si siempre los hijos reciben la influencia de la cultura sexual de su familia, en el caso de los hijos con Down la dependencia de la familia todavía es mayor y por esto la familia deberá tener respeto a los impulsos explícitos e implícitos de sus hijos (Ortega, 1997).

A menudo la educación sexual de los hijos, con o sin Síndrome de Down, se limita a explicar los modos de prevenir embarazos y enfermedades de transmisión sexual, y en el caso de las mujeres, se amplía a temas relacionados con la higiene íntima. Los medios de comunicación y algunas campañas publicitarias se encargan de reforzar esta concepción reduccionista de la sexualidad (SEP, 2000).

La labor no es fácil ya que muchos padres de familia, conservan actitudes prejuiciosas que conducen a la negación y represión de la sexualidad de las personas con Síndrome de Down. Algunos piensan que carecen de deseos sexuales porque siempre estarán anañados. En contraste, otros creen que sus intereses sexuales son desviaciones difíciles de controlar, ya que las mujeres pueden caer en la promiscuidad y los hombres en la agresión sexual, pero ninguna de estas apreciaciones corresponden a la realidad. (Carrasco, 1998).

Existen una serie de interrogantes en los padres de familia que tienen hijos con Síndrome de Down; como ¿los individuos con Síndrome de Down tienen deseos, intereses sexuales?, para responder a esto sabemos que en el pasado, la sexualidad no era considerada un asunto para personas jóvenes con Síndrome de Down por el pensamiento inexacto de que la retardación mental era igualado a la niñez permanente.

En realidad, todas las personas con Síndrome de Down tienen necesidades íntimas, y es importante que estas necesidades sean reconocidas y planeadas en su educación.

¿Las personas con Síndrome de Down se desarrollan físicamente y emocionalmente igual que sus compañeros de la población en general?, como sabemos experimentan la misma secuencia de cambios físicos y hormonales asociados con la pubertad como otros niños de su edad; los cambios emocionales característicos de la adolescencia están también presentes en niños con Síndrome de Down, y pueden ser intensificados por factores sociales.

Cualquier adolescente que vive en la comunidad asiste a la escuela y es expuesto al medio inevitablemente desarrolla un conocimiento de la sexualidad. Adolescentes y jovencitos con Síndrome de Down a menudo expresan el interés del noviazgo, matrimonio y paternidad. Se debe esperar que ellos experimenten cambios típicos de la adolescencia en humor y punto de vista.

Existen otras preguntas como: ¿Qué tipo de educación sexual es apropiada para individuos con Síndrome de Down?, ¿Cómo puede uno animar la sexualidad saludable en individuos con Síndrome de Down?, ¿Cómo puede una persona con Síndrome de Down ser protegido en contra del abuso sexual?; estas y más preguntas al igual que los padres en general preocupan a aquellos que tienen a un hijo con Síndrome de Down, es por ello que es tan importante que como padres reconozcan la importancia de brindar una Educación Sexual a su hijo independientemente de que tenga Síndrome de Down (www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/downsyndrome; www.cyberpadres.com; www.guiainfantil.com/salud/cuidadosespeciales/down.htm).

Para dar respuesta a muchas de estas interrogantes el padre de familia debe participar en la educación sexual de su hijo, informarse y así lograr transmitir a sus hijos con Síndrome de Down cada uno de los contenidos del tema de la sexualidad, dejando de lado tabúes o ideas erróneas sobre la educación sexual de estos niños y jóvenes.

El mejor momento se presentará espontáneamente. Es importante aprovechar la oportunidad, que por lo general se presenta en forma de inocente pregunta por parte del niño. Las siguientes recomendaciones son fundamentales:

1. Se debe ser siempre sincero y claro, no tratar de suavizar los términos. Usar la palabra adecuada; no utilizar sobrenombres para referirse a las partes del cuerpo.
2. No dar más información de la que el niño pueda manejar de acuerdo con su edad y su capacidad. El hecho de que el niño desee saber cómo nació, no significa que quiera convertirse en experto en reproducción. Una respuesta sencilla aclarará sus dudas y calmará su inquietud.
3. Tal vez para el padre de familia resulte difícil tratar el tema con su hijo; ello se debe frecuentemente a los prejuicios y tabúes que tenemos. Debe tratar de olvidarse en esos momentos.
4. Nunca deben decirse mentiras piadosas. Si no se sabe responder a la pregunta, dígaselo e investigue la respuesta tan pronto como sea posible.

La escuela es aquella institución que imparte la educación formal, ésta implica la transmisión de información objetiva, libre de mitos y tabúes, que permita a los jóvenes crearse una idea personal, a partir de sus propios valores e intereses. Les da la oportunidad de tomar decisiones congruentes con ellos mismos. Tiene objetivos específicos, es estructurada y no valorativa (Hiriart, 1999).

b) El papel de la escuela en la educación sexual

El Consejo Nacional de Población (CONAPO, 1982), menciona tres puntos básicos en la estrategia para conseguir integralmente los propósitos de la educación de la sexualidad:

1. Promover la toma de conciencia
2. Mostrar y propiciar una actitud de compromiso
3. Buscar la ejecución de la acción.

Estos tres puntos contribuyen a que el individuo adquiera conciencia de su propia sexualidad, para ser capaz de tener una posición activa frente a ella, esto es, que sea él mismo quien decida sobre su sexualidad y que la asuma como una parte de sí mismo, que tenga conciencia; tanto en los individuos como en las instancias responsables, la

necesidad de impartir educación de la sexualidad y por último la ejecución de la acción implica no dejar que estas informaciones conviertan en el recuerdo de haber escuchado unas charlas, sino asimilar realmente la información.

En las escuelas “el profesor juega un papel preponderante”, un papel de líder y de modelo de vida para sus educandos. Es por esto que el maestro proporciona educación sexual sin darse cuenta, transmitiendo valores y normas sobre sexualidad a lo largo de su estancia con los alumnos.

Los maestros generalmente se inquietan o atemorizan ante la idea de impartir educación de la sexualidad, sin darse cuenta que de hecho lo hacen constantemente algunas veces de forma equivocada.

Siempre hay que tomar en cuenta las características del educador sexual, él es quien tiene que obtener la preparación adecuada a través de seminarios y capacitación; para Ariza (1999) son características del educador:

- a. Crear un clima de sana afectividad y saberse acercar a los alumnos de ambos sexos. Establecer un diálogo y clima abiertos.
- b. Tener capacidad de discernir y poder formular juicios equilibrados.
- c. Ser testimonio de valores en el proceso de la sexualidad.
- d. Debe conocer el tema fundamental.
- e. El está para enseñar no para juzgar.
- f. Ser tolerante a las actitudes ajenas por diferentes que sean a las propias.

De cómo viva la propia sexualidad se seguirá también que el alumno vea al educador como una persona adulta, fuera del ámbito familiar como posibilidad de dialogar e inspirar confianza. El educador debe estar consiente del papel que ha de representar en la educación sexual y estar preparado para enfrentar cualquier problemática, esto se trate de niños o jóvenes que tengan o no Síndrome de Down.

Es de importancia indiscutible que el maestro sea un agente de cambio social en este difícil tema, por lo que debe ser considerado más que como un repetidor de programas, como un innovador, que en base a las sugerencias metodológicas que se proponen lo adecue, lo realice o incluso lo rebase.

Algunas técnicas para facilitar el aprendizaje de la sexualidad son:

- Comenzar la enseñanza a partir de los conocimientos previos al tema que tienen los niños o jóvenes.
- Contestar todas sus preguntas en el momento en que el niño o joven las realice.
- Si es necesario utilizar el lenguaje que maneja el niño o joven para lograr una mayor comunicación.
- Ser honesto y directo al impartir la información.
- Escuchar atentamente las preguntas y contestar lo que se solicita
- Usar toda clase de ayudas visuales.
- Repetir y hacer repetir.
- Mostrarles o actuar cuando sea posible.
- Usar herramientas visuales o didácticas.

1.4 ALGUNOS ESTUDIOS EN TORNO A LA ACTITUD ANTE LA SEXUALIDAD.

Dado que es importante conocer acerca de lo que se ha investigado sobre las actitudes de los padres de Familia ante la Educación Sexual de su hijo con Síndrome de Down, se llevó a cabo una revisión sobre este tema.

Gordón (citado en Pozo, 1987) escribe un artículo titulado: “Lo olvidado en Educación Especial: Sexo, la situación ha cambiado algo desde entonces, pero el cambio parece tener un enfoque muy amplio en el desarrollo de este tema.

Los pocos estudios que se localizan en esta área de investigación, demuestran que la sexualidad, experimentada por la mayoría de los sujetos, se ha desarrollando un ambiente de confusión y duda, pero sin embargo se ha logrado integrar como una parte esencial de su vida. Esta posición contrasta con la poca atención que prestan los profesionales a los temas relacionados con la sexualidad en las personas “deficientes mentales”.

Cortés y Loeza (2004) realizaron un estudio, el cual consistió en el análisis de las actitudes que presentan ante la educación sexual los padres de 10 personas con discapacidad intelectual que asisten al Taller de Sexualidad impartido en el Centro de Estudios para el Desarrollo Humano de la Universidad de Valle de México Campus Tlalpan; Sus edades oscilan entre los 47 y 60 años de edad, con un nivel socioeconómico medio bajo, el estado civil del 90% es casado, y el 10% restante refiere estar separado, Respecto de su escolaridad, 40% cuenta con primaria, 30% tiene estudios de secundaria, 20% preparatoria y 10% cuenta con nivel profesional. Sólo 20% son empleados y el resto se dedica al hogar.

El método a utilizar sería el análisis de contenido, ya que el propósito fue dar respuestas a cuestiones centradas en la interacción verbal, los contenidos y las formas del diálogo de los padres sobre el tema de la educación sexual en sus hijos.

Los padres de familia mantuvieron una aparente actitud abierta ante la sexualidad de sus hijos, es decir, durante el taller se mostraron interesados en saber más, ampliar sus conocimientos, aclarar o corregir lo que ya saben. Aportaron sus opiniones y relataron sus experiencias con la finalidad de tener las herramientas para entender, orientar y ayudar a sus hijos. Sin embargo, también mostraron una actitud pasiva, estuvieron conscientes de su falta de información, de no haber encontrado la forma de abordar el tema de la sexualidad con sus hijos, de no poder responder a algunas cuestiones que llegan a plantearles y de carecer de iniciativa para informarse. La falta de información lleva a los padres de familia a depositar en la institución educativa la responsabilidad de proporcionar educación sexual a sus hijos.

En conclusión, los padres muestran una actitud abierta ante la adquisición de nuevo conocimiento, pero carecen de iniciativa para informarse. Del mismo modo, manifiestan una actitud en la que delegan la responsabilidad de la educación sexual a las instituciones educativas, pero destaca su preocupación respecto del momento en que sus hijos iniciarán su vida sexual.

Pozo (1987), en México realizó una investigación titulada “La actitud ante la sexualidad de los padres con hijos con síndrome de Down e hijos normales, estudio comparativo”

El propósito de esta investigación era comprobar si existía alguna diferencia significativa en la actitud acerca de las conductas sexuales de adolescentes entre padres con hijos con síndrome de Down e hijos “normales”.

La población fue de 100 sujetos divididos en dos grupos: El primero integrado por los padres con hijos adolescentes normales y el segundo los padres con hijos adolescentes Síndrome de Down.

Los resultados fueron los siguientes; existió diferencia significativa entre el grupo de padres con hijos Síndrome de Down y padres con hijos “normales” en el tema de: Institución Familiar, aborto, planificación familiar y masturbación.

No existió diferencia significativa entre el grupo de padres con hijos con Síndrome de Down y padres con hijos normales en el tema de anticoncepción y Homosexualidad.

Otro estudio es el James Mc.Ewen citado en Pozo (1987) que investiga “la reacción pública ante la aprobación de la expresión sexual en los deficientes mentales”. Se aplicó un cuestionario de información de diez reactivos y otro de actitud de siete reactivos. Fueron contestados por 90 sujetos de una pequeña universidad privada situada al sur de los E.U., la participación fue voluntaria.

El cuestionario de actitud fue diseñado para ejemplificar actitudes acerca de la sexualidad en los deficientes mentales, derechos de un deficiente mental en particular en una relación heterosexual, actitud de esterilizar a los deficientes mentales; sus habilidades para mantener un matrimonio exitoso; si los deficientes mentales están esterilizados dejarlos tener una vida promiscua. La escala era de 5 puntos que va desde fuertemente en desacuerdo a totalmente de acuerdo

Los resultados fueron los siguientes: El 59% de los sujetos de sexo masculino y 50% de sexo femenino, estuvieron de acuerdo en que los deficientes mentales tienen derecho a relacionarse sexualmente con miembros de sexo opuesto. El 75% de los hombres y 78% de mujeres estuvieron de acuerdo en el control de natalidad en personas deficientes mentales. El 45% de los sujetos del sexo masculino y 57% de los sujetos de sexo femenino estuvieron de acuerdo que las personas con deficiencia mental no deberían tener relaciones sexuales si no están casados, sin embargo el 59% de los hombres y el 46% de las mujeres acordaron que los deficientes mentales podrían llevar un matrimonio exitoso.

En general el 54% de los sujetos estuvieron de acuerdo que las personas deficientes mentales se les permitan tener relaciones sexuales con los miembros del sexo opuesto. El 76% de los sujetos estuvieron de acuerdo en que los deficientes mentales deberían tener algún método de control de la natalidad.

El 52% mantuvieron que el matrimonio entre deficientes mentales puede ser exitoso y el 52% acordaron que los deficientes mentales no debían tener relaciones sexuales sin estar casados.

Cabe mencionar, que se han encontrado poco estudios sobre el tema que se está investigando, es decir, las actitudes de los padres de Familia ante la Educación Sexual de su hijo con Síndrome de Down, ya que como se observó, los artículos manejados son acerca de sexualidad en personas “normales” o con discapacidad intelectual.

CAPITULO 2

MÉTODO

2.1 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la actitud de los padres y madres de familia ante el hecho de proporcionarles educación sexual a su hijo (a) con Síndrome de Down?

2.2 HIPÓTESIS

La actitud de los padres y madres de familia ante la educación sexual de su hijo(a) con Síndrome de Down, es de rechazo debido a que los niños y jóvenes con Síndrome de Down son concebidos como sencillos, inocentes y faltos de maldad por lo que los padres suelen cometer el error de pensar que serán así durante toda su vida.

2.3 OBJETIVO GENERAL

Conocer cuál es el tipo de actitud de los padres y madres de familia ante la educación sexual de su hijo(a) con Síndrome de Down.

2.4 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- 1.- Conocer si los padres y madres de familia proporcionan Educación Sexual a su hijo (a) con Síndrome de Down.
- 2.- Valorar la importancia de que los padres y madres de familia presenten una actitud favorable ante la Educación Sexual de su hijo(a) con Síndrome de Down.
- 3.- Analizar las causas por las cuales los padres y madres de familia presentan una actitud de rechazo ante la Educación Sexual de su hijo(a) con Síndrome de Down.
- 4.- Conocer la influencia del contexto (edad de los padres, edad de los hijos, nivel socioeconómico) en el tipo de actitud que los padres y madres de familia para aceptar que se proporcione o no Educación sexual.

2.5 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES DE ESTUDIO

VARIABLES	INDICADORES	SUB-INDICADORES	INDICES
Actitud de los padres ante la educación sexual	Actitud de los padres ante la educación sexual en la familia	Actitudes de rechazo Actitudes de aceptación	
	Actitud de los padres ante la educación sexual en la escuela	Actitudes de rechazo Actitudes de aceptación	

VARIABLES	INDICADORES	SUB-INDICADORES	INDICES
Educación sexual	Familia	Diferencias biológicas	Internas Externas
	Escuela	Identidad y papel de género	Conductas sociales
		Hábitos de higiene	Aseo de órganos sexuales
		Cambios físicos y psicológicos	Menstruación / Eyaculación Masturbación Noviazgo Relaciones sexuales Embarazo

2.6 TIPO DE ESTUDIO

Se realizó un estudio descriptivo, ya que el propósito de esta investigación es describir la situación prevaleciente en el momento de realizarse el estudio, no incluye un grupo de tratamiento ni uno control, es decir, no se aplica tratamiento, así mismo no existe manipulación de ningún tipo por parte de los investigadores hacia el fenómeno evaluado (Kerlinger, 1988).

2.7 SUJETOS

Fue no probabilística por cuota, como indica Kerlinger (1988), ya que, el conocimiento de los estratos de la población es usado para seleccionar los miembros de la muestra que son representativos, “típicos” y acordes con ciertos propósitos de las investigaciones. Es así que, se trabajará con 50 padres y madres de familia que tienen un hijo(a) con Síndrome de Down.

2.8 ESCENARIO

La aplicación de la escala de actitud se llevó a cabo en el Centro de Atención Múltiple No. 6 y No. 8 (CAM), turno matutino y vespertino respectivamente, ubicados en la calle de Miguel Hidalgo s/n. Col Emiliano Zapata (es importante señalar que físicamente son las mismas instalaciones), para la aplicación se utilizó el salón de usos múltiples el cual cuenta con el mobiliario necesario para esta actividad, y se aplicó en un sólo momento, en cada uno de los turnos; en el caso de la entrevista se trabajó en el cubículo asignado a Trabajo Social considerando este espacio con las condiciones necesarias para realizar de manera óptima esta tarea, esta se efectuó en dos momentos; los padres fueron citados únicamente para estas actividades.

2.9 INSTRUMENTOS

Escala de actitud: Se utilizó una escala de actitud tipo Likert con la finalidad de medir la actitud de los padres y madres ante la Educación Sexual de su hijo con Síndrome de Down, conformada por 74 oraciones afirmativas y negativas.

La validación de la escala de actitud se realizó por el método de jueces, para lo cual se entregó un instrumento a cada uno; fueron en total 5 expertos tanto en el área metodológica como en la temática abordada, con la finalidad de que evaluarán lo siguiente:

- Si las oraciones miden la actitud de los padres de familia ante la educación sexual; La dirección de las oraciones (positivas y negativas); Si los términos utilizados en las oraciones son claros y entendibles; Observaciones y sugerencias adicionales que consideren pertinentes.

Las evaluaciones que hicieron los jueces en relación al instrumento coincidían básicamente en lo siguiente:

- Los términos utilizados no eran claros ni entendibles para las personas a las cuales va dirigido el instrumento; Especificación de los indicadores en los que está basado el instrumento; La repetición de reactivos.

Con base en la evaluación se realizó un análisis en el que se eliminaron los reactivos que los jueces mayoritariamente consideraron no cumplían con el objetivo planteado en el instrumento; asimismo se realizaron modificaciones en la redacción y en los términos utilizados. Después de los cambios hechos, para obtener la validez, el instrumento quedó conformado por 64 reactivos, 32 oraciones positivas y 32 negativas. (Ver Anexo 1).

La escala estuvo constituida por 5 opciones de respuesta que van de:

Totalmente de acuerdo (TA)

Acuerdo (A)

Indiferente (I)

Desacuerdo (D)

Totalmente en desacuerdo (TD)

El valor de la calificación que se utilizó en las oraciones positivas fue el siguiente:

Totalmente de acuerdo 5

Acuerdo 4

Indiferente 3

Desacuerdo 2

Totalmente en desacuerdo 1

En las oraciones negativas las calificaciones asignadas a cada reactivo fueron a la inversa, es decir:

Totalmente de acuerdo 1

Acuerdo 2

Indiferente 3

Desacuerdo 4

Totalmente en desacuerdo 5

Entrevista: Como instrumento complementario para la escala y el análisis final de esta investigación se aplicó una entrevista con 10 padres de familia, los cuales fueron escogidos al azar, esta entrevista fue semi-estructurada y en un primer momento estuvo conformada por 15 preguntas.

La validación de la entrevista se obtuvo por el método de jueces, para lo cual se entregó un instrumento a 5 expertos tanto en el área metodológica como en la temática abordada, con la finalidad de que evaluaran lo siguiente:

- Si las preguntas miden la actitud de los padres de familia ante la educación sexual; Si los términos utilizados en las oraciones son claros y entendibles; Observaciones y sugerencias.

Las evaluaciones que hicieron los jueces en relación al instrumento coincidían básicamente en lo siguiente:

- La estructura del instrumento parecía desordenada, se propone abordar de lo general a lo particular; Reestructurar algunas de las preguntas de manera que los términos fuesen más claros para los padres.

Con base en la evaluación se efectuó un análisis en el que se eliminaron o reestructuraron las preguntas que los jueces mayoritariamente consideraron no cumplían con el objetivo planteado para la entrevista; así mismo se realizaron modificaciones en la estructura, redacción y en los términos utilizados. Después de los cambios hechos, la entrevista quedó conformada por 19 preguntas; cabe resaltar que siendo una entrevista semi-estructurada existe la posibilidad de que el número de preguntas aumente o disminuya dependiendo del desarrollo de la entrevista (Ver Anexo 2).

Piloteo: Para la confiabilidad de la escala, se realizó un piloteo con 20 padres de familia distintos a los que participaron en el estudio. Posteriormente, se hizo un análisis con el programa SPSS, por medio del coeficiente de confiabilidad Alpha de Cronbach, obteniendo un resultado de **.8150** necesaria para considerar una prueba como confiable. Los resultados mostraron de forma general que más del 80% de la muestra tiene una actitud favorable ante la educación sexual de su hijo(a) con Síndrome de Down.

2.10 ESTRUCTURA DEL INSTRUMENTO

VARIABLES	DIMENSIONES	CANTIDAD DE PREGUNTAS	UBICACIÓN EN EL INSTRUMENTO
Actitud de los padres ante la educación sexual	Familia	Actitud de rechazo	16 1,4,6,7,9,10,11,12,13,14,15,35,37,40,48
		Actitud de aceptación	16 2,3,5,8,33,34,36,38,39,41,42,43,44,45,46,47.
	Escuela	Actitud de rechazo	16 17,18,21,24,25,27,28,30,32,51,52,54,55,58,61,63
		Actitud de aceptación	16 19,20,22,23,26,29,31,49,50,53,56,57,59,60,62,64
Educación sexual	Familia	Diferencias biológicas	8 1,5,9,13,33,37,41,45
		Identidad y papel de género	8 2,6,10,14,34,38,42,46
		Hábitos de higiene	6 3,7,11,35,39,43
		Cambios físicos y psicológicos	10 4,36,8,40,12,44,15,47,16,48
	Escuela	Diferencias biológicas	8 17,21,25,28,49,53,57,60
		Identidad y papel de género	8 18,22,26,29,50,54,58,61
		Hábitos de higiene	6 19,20,23,51,52,55
		Cambios físicos y psicológicos	10 24,56,27,59,30,62,31,63,32,64

2.11 PROCEDIMIENTO

Fase 1

Otorgada la autorización de acceso por parte de las autoridades de CAM No. 6 y 8 para llevar a cabo la investigación y con apoyo del área de Trabajo Social se obtuvo una lista de los alumnos con Síndrome de Down, para en un primer momento realizar la aplicación de la escala de actitud, citando a los padres de familia e invitándolos a colaborar en la investigación.

Fase 2

Reunidos en el salón de usos múltiples, se presentaron las aplicadoras y se realizó un breve rapport donde se les explicó que el objetivo e interés de la investigación era conocer su opinión acerca de la Educación Sexual de sus hijos con Síndrome de Down; asimismo se les informó que el cuestionario no tenía relación con las actividades escolares de los alumnos y que sería anónimo.

Una vez que los padres escucharon el objetivo, se les preguntó si existían dudas o preguntas, a lo que ningún padre respondió, hecho esto se les proporcionó el instrumento, dando las siguientes indicaciones: “Este cuestionario presenta una serie de oraciones sobre la actitud de padres y madres ante la Educación Sexual de su hijo con Síndrome de Down, no existen respuestas buenas ni malas sólo deseamos saber su opinión acerca de cada una de ellas. Para ello en las hojas se presenta una escala con distintas opciones de respuesta que dice Totalmente de acuerdo, acuerdo, Indiferente, Desacuerdo, Totalmente en desacuerdo; ustedes deben leer la oración y contestar según su opinión”

Cabe mencionar que esta fase se realizó en dos momentos ya que se contó con la participación de los padres del Centro de Atención Múltiple No. 6 y No. 8 del turno matutino y vespertino respectivamente.

Fase 3

Una vez aplicada la escala, se llevó a cabo una selección al azar de 10 padres de familia para aplicarles la entrevista, ya seleccionados y tomando en cuenta el número de padres y el tiempo estimado que se llevaría la entrevista se citaron a los padres en dos días distintos.

Fase 4

Tomando en cuenta que anteriormente habían participado ya con la escala de actitud, se le explicó a cada uno de los padres que la entrevista sería complementaria y con el objetivo de conocer más profundamente su opinión sobre la educación sexual de su hijo con Síndrome de Down; se hizo hincapié nuevamente en que esta entrevista al igual que la escala sería anónima y confidencial, además de no influir en las tareas educativas, de igual forma se les pidió su autorización para grabar la entrevista, esto con el objetivo de agilizar y acortar el tiempo de la misma, en este aspecto ninguno de los padres o madres tuvo inconveniente.

Fase 5

Hecha la recolección de información se hizo entrega de un triplico informativo (Ver Anexo 3) sobre Educación Sexual dirigido tanto a padres de familia como a maestros, al finalizar se agradeció la colaboración a padres de familia y a las autoridades escolares, del Centro de Atención Múltiple No. 6 y No. 8 respectivamente.

CAPÍTULO 3

ANÁLISIS DE RESULTADOS

3.1 ANÁLISIS CUANTITATIVO.

Dentro de éste se muestran los resultados de la escala de actitud por medio de gráficas, las cuales se dividen tanto en negativas como positivas; en escuela y familia, con el objetivo de comparar los resultados y facilitar el análisis cualitativo.

Las gráficas están divididas conforme a los datos generales y en las categorías en que se elaboró tanto la escala como la entrevista, estas son:

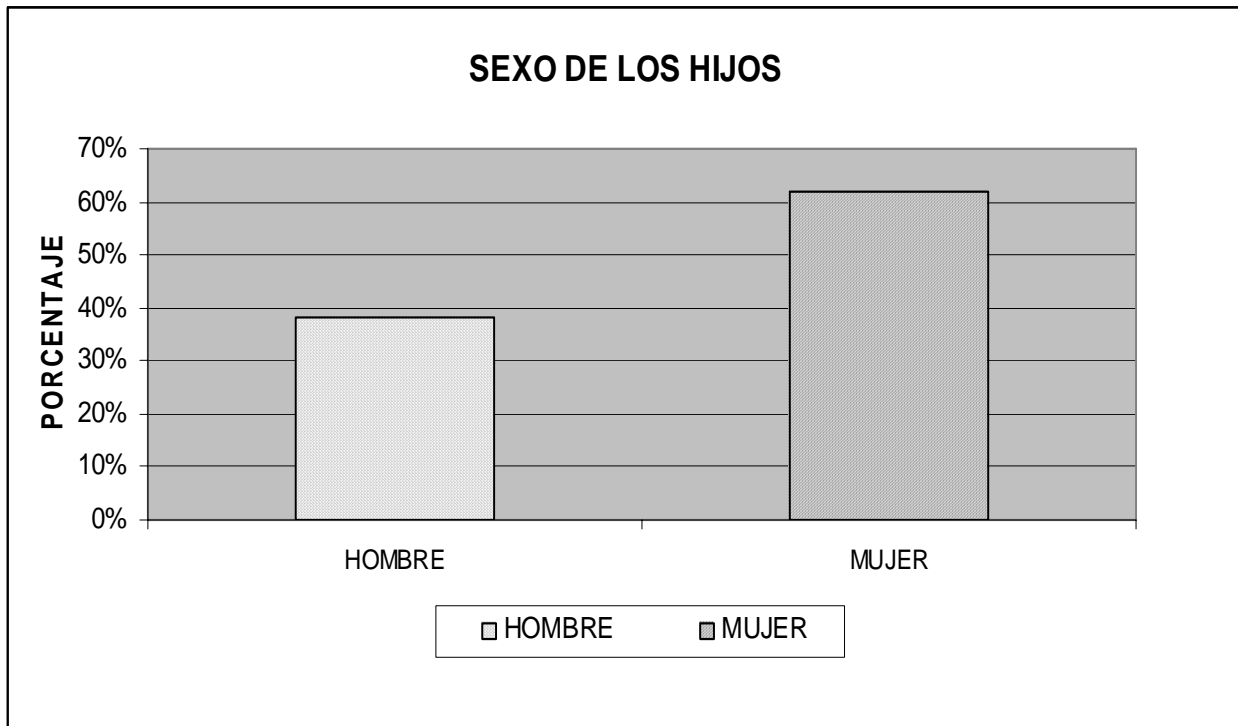
Datos generales

- Sexo de los hijos.
- Edad de los hijos.
- Sexo de los padres.
- Edad de los padres.
- Ocupación de los padres.

Categorías

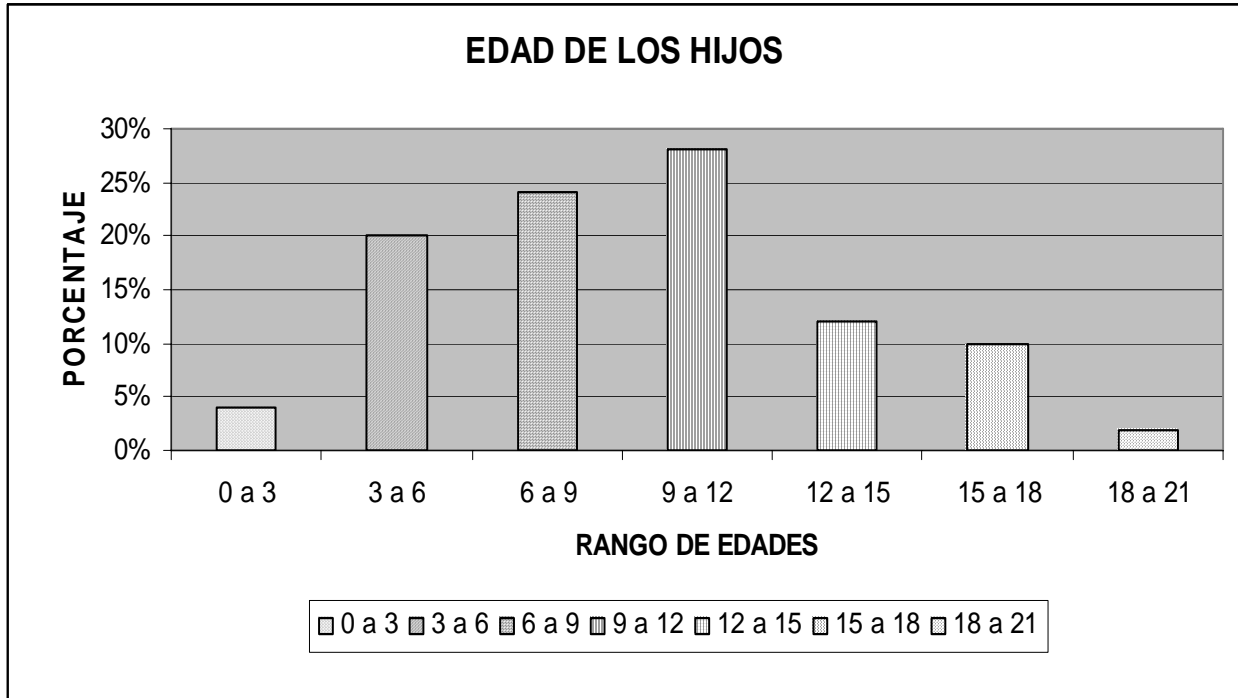
- Diferencias biológicas.
- Identidad y papel de género.
- Hábitos de Higiene
- Cambios físicos y psicológicos.

Cabe mencionar, que los datos que se utilizaron para la elaboración de las siguientes gráficas fueron obtenidos a través del programa estadístico SPSS; los cuales pueden ser consultados en el Anexo 4.



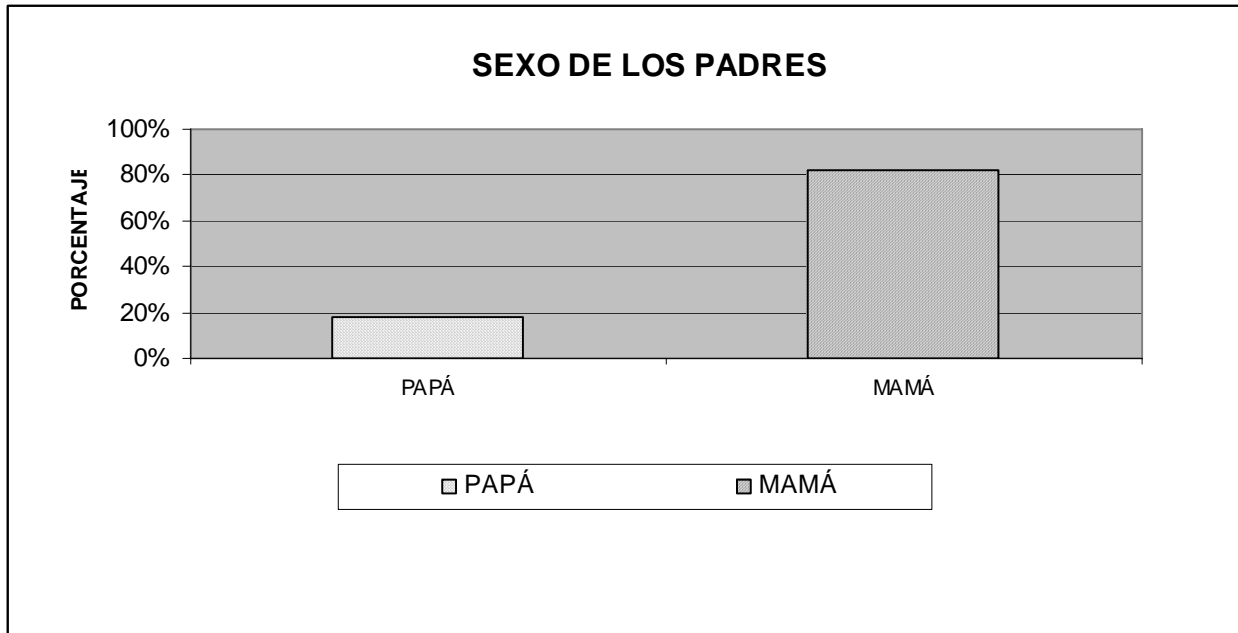
El gráfico nos muestra que el sexo de los hijos de los sujetos a quienes se les aplicó la escala; que un 38% son hombres y un 62% corresponde a mujeres, lo que muestra que existen mayor número de niñas o adolescentes en lo que corresponde a esta variable.

* ANEXO 4



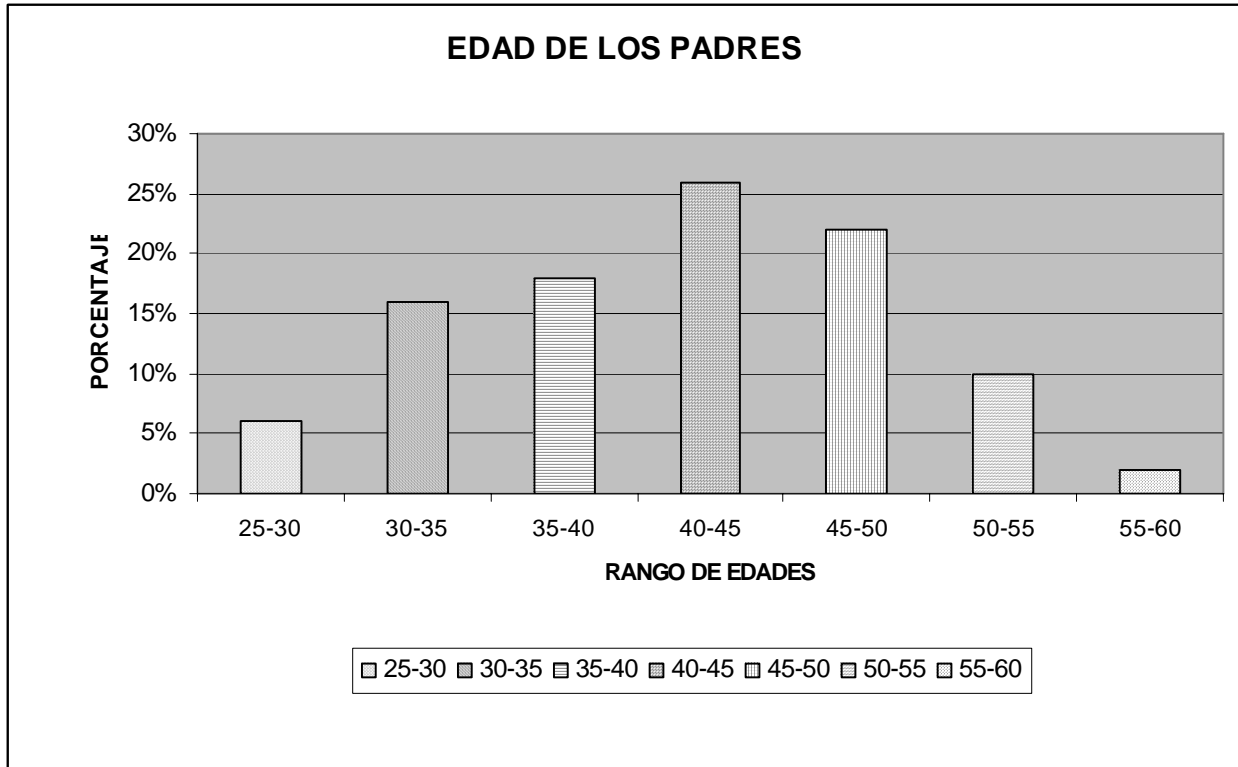
Para manifestar las edades de los hijos se hizo una división por rangos, la cual se puede ver claramente dentro del gráfico, así observamos que un 4% tiene entre 0 meses y 3 años, un 20% se encuentran ente 3 y 6 años, el 24% tienen entre 6 y 9 años y el porcentaje más alto se encuentra en el rango de edad de 9 a 13 años lo que muestra que se encuentran en la etapa de la pubertad y pre-adolescencia: el 12% tienen entre 12 y 15 años, el 10% se localiza entre 15 y 18 y finalmente un 2% tiene entre 18 y 21 años.

* ANEXO 4



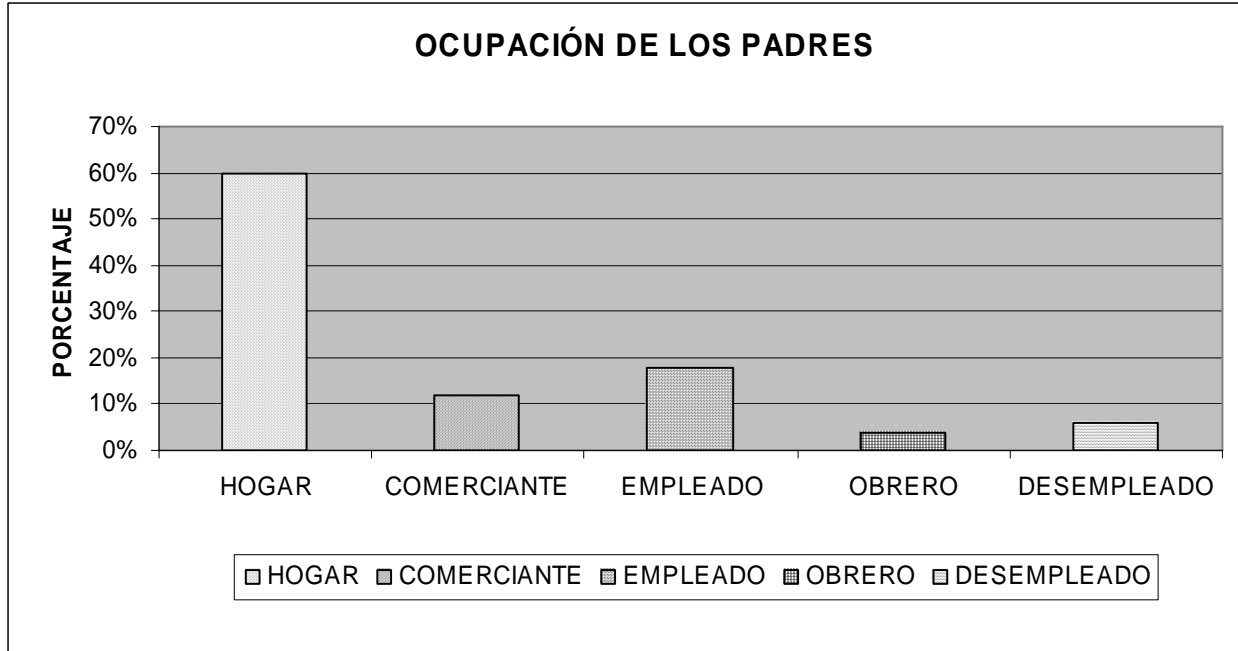
Los sujetos a quienes se les aplicó la escala de actitud es de un total de 50 padres de familia que tuvieran un hijo o hija con Síndrome de Down, así podemos ver en el gráfico que un 18% son hombres y un 82% son mujeres, esto nos indica que la mamás tuvieron mayor disposición para participar, dentro del análisis cualitativo se analizará las posibles razones por las que existe tanta diferencia entre la participación de hombres y mujeres.

* Anexo4



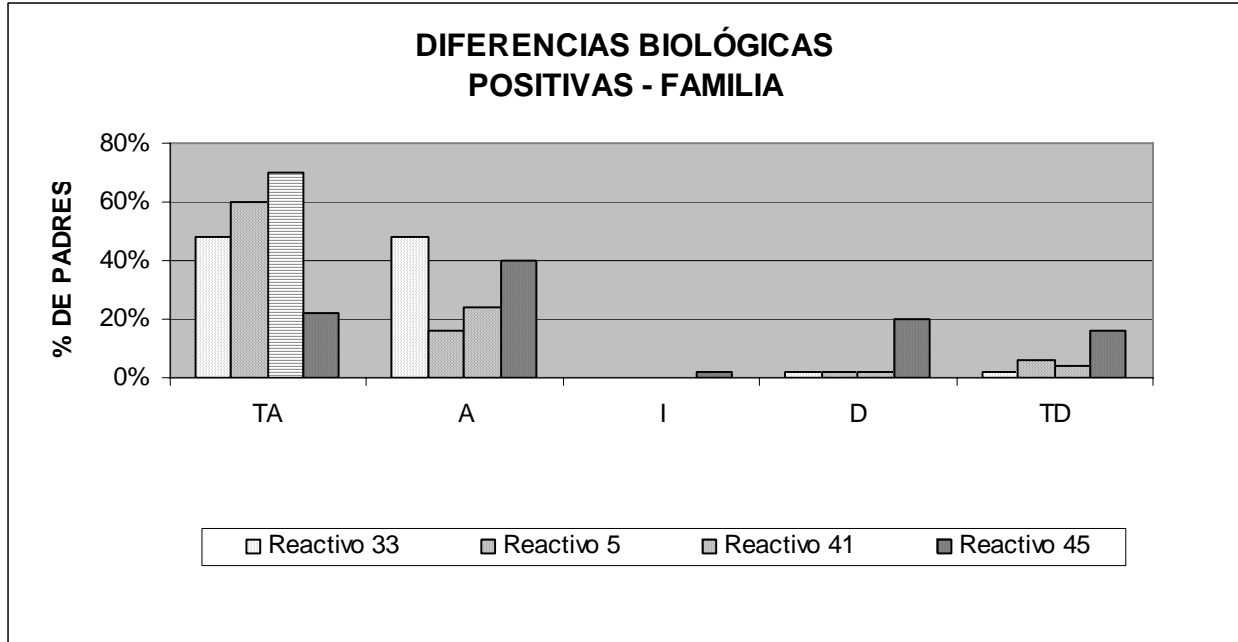
Al igual que en el caso de los hijos, la edad de los padres se dividió en rangos para hacer más sencillo el análisis, así encontramos que un 6% de ellos tiene entre 25 y 30 años, un 16% se encuentra entre los 30 y 35 años, el 18% tiene de 35 a 40 años; nuestro porcentaje más alto es de 26% y son de aquellos padres que tienen entre 40 y 45 años, un porcentaje menor de 22% nos indica el rango entre 45 y 50 años, el 10% tiene entre 50 y 55 años, finalmente un 2% tiene entre 55 y 60 años, más adelante veremos que tanto la edad puede ser un factor de influencia en la actitud que los padres muestran ante la educación sexual de sus hijos.

* Anexo 4



Un factor que puede influir es la ocupación de los padres, ya que éste refleja la escolaridad y el entorno en que los padres se desenvuelven lo que pudiera afectar positiva o negativamente a la actitud que tengan ante la educación sexual; así observamos que el porcentaje más alto de 60% lo vemos el Hogar, situación que coincide si tomamos en cuenta que en la muestra participan más mamás, un 12% es comerciante, el 18% empleados, el 4% es obrero y un 6% se encuentra desempleado.

* Anexo 4



El reactivo 33 muestra que el 96% de la muestra no le molestaría enseñar y explicar a su hijo(a) cuáles son las diferencias biológicas entre hombres y mujeres.

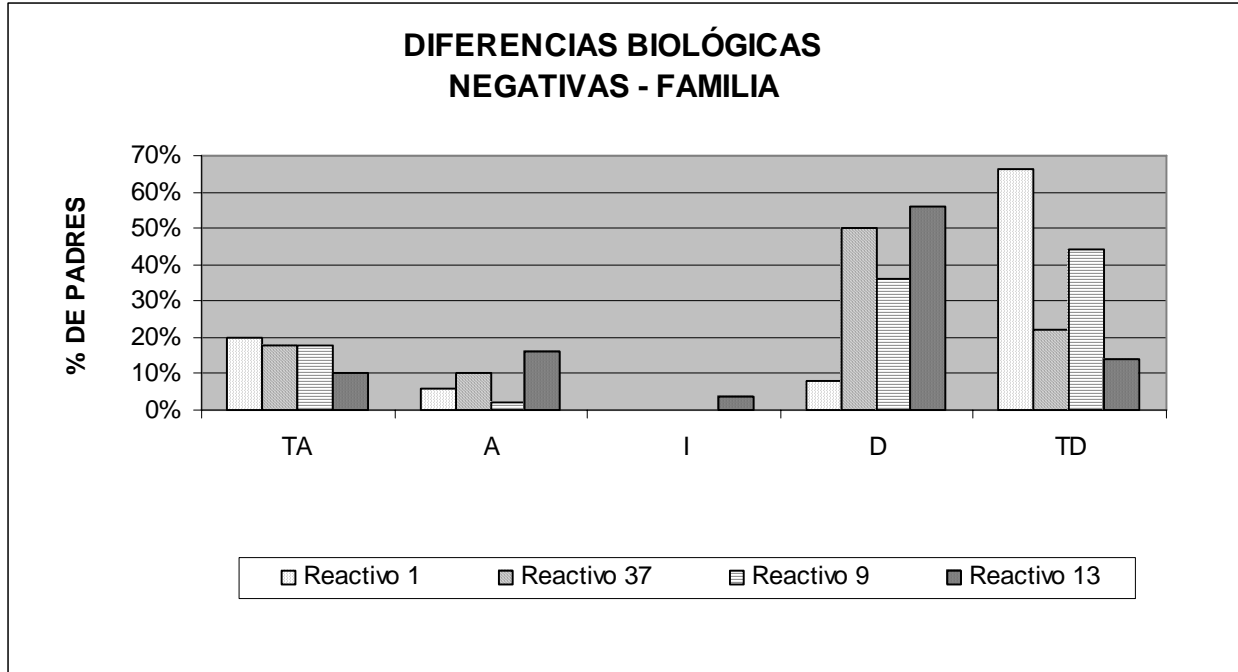
En el reactivo 5 vemos que al 92% de los padres de familia les agradaría escuchar a su pareja hablarle a su hijo(a) sobre las diferencias sexuales entre hombres y mujeres.

En el reactivo 41 encontramos que el 94% de la población considera que es necesario explicarle a su hijo(a) que los seres humanos provienen de dos personas distintas; hombre y mujer.

El reactivo 45 nos dice que el 62% de los padres no encuentra inconveniente en que sus hijos los observen desnudos para conocer las diferencias entre hombres y mujeres.

En conclusión, los padres de familia muestran una actitud favorable para hablar, enseñar y explicar a sus hijos con síndrome de Down las diferencias biológicas entre hombres y mujeres.

* Anexo 4



El reactivo 1 muestra que el 74% de los padres está en desacuerdo en no enseñar y explicar a su hijo(a) cuáles son las diferencias biológicas entre hombres y mujeres.

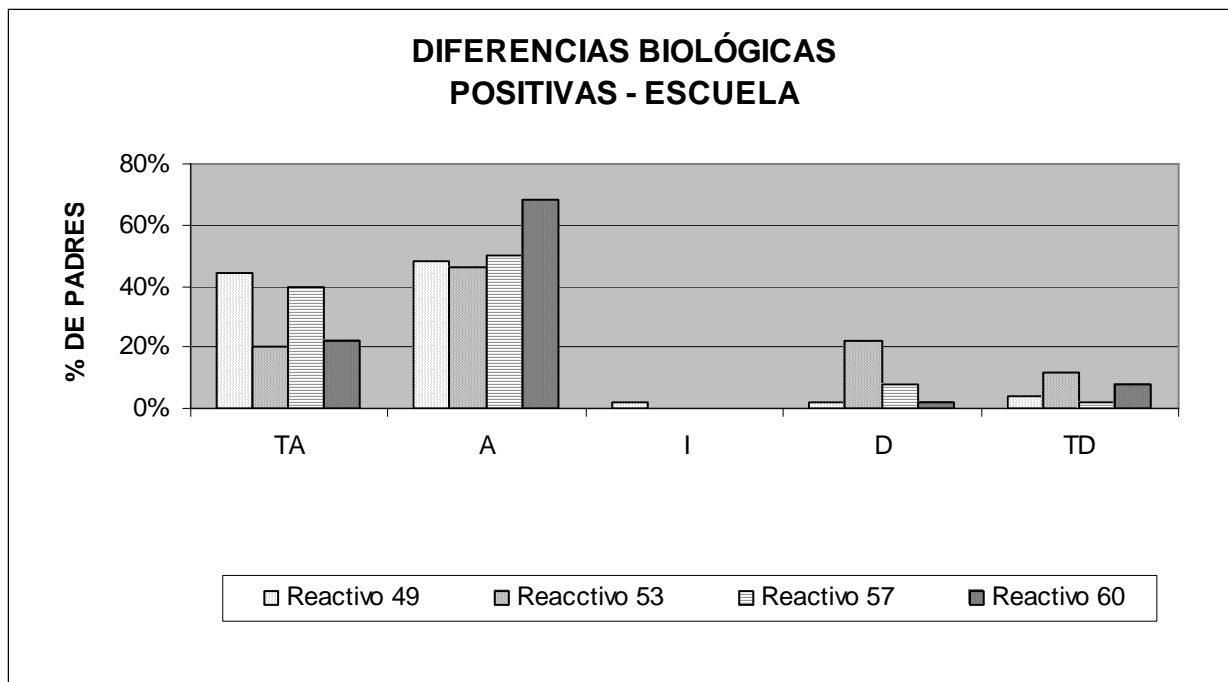
Dentro del reactivo 37 observamos que el 72% de la población les desagradaría que su pareja no hable con su hijo(a) sobre las diferencias sexuales entre hombres y mujeres.

En el reactivo 9 encontramos que el 80% de la muestra considera que es necesario explicarle a su hijo(a) que los seres humanos provienen de dos personas distintas; hombre y mujer.

El reactivo 13 indica que el 70% de los padres que es conveniente que sus hijos los observen desnudos para conocer las diferencias entre hombres y mujeres.

En general, los padres muestran una actitud negativa sobre no informar a sus hijos con Síndrome de Down las diferencias biológicas entre hombres y mujeres.

* Anexo 4



El reactivo 49 nos dice que el 92% de los padres opinan que los profesores de sus hijos deben dar una explicación concreta y clara sobre las diferencias anatómicas entre hombres y mujeres.

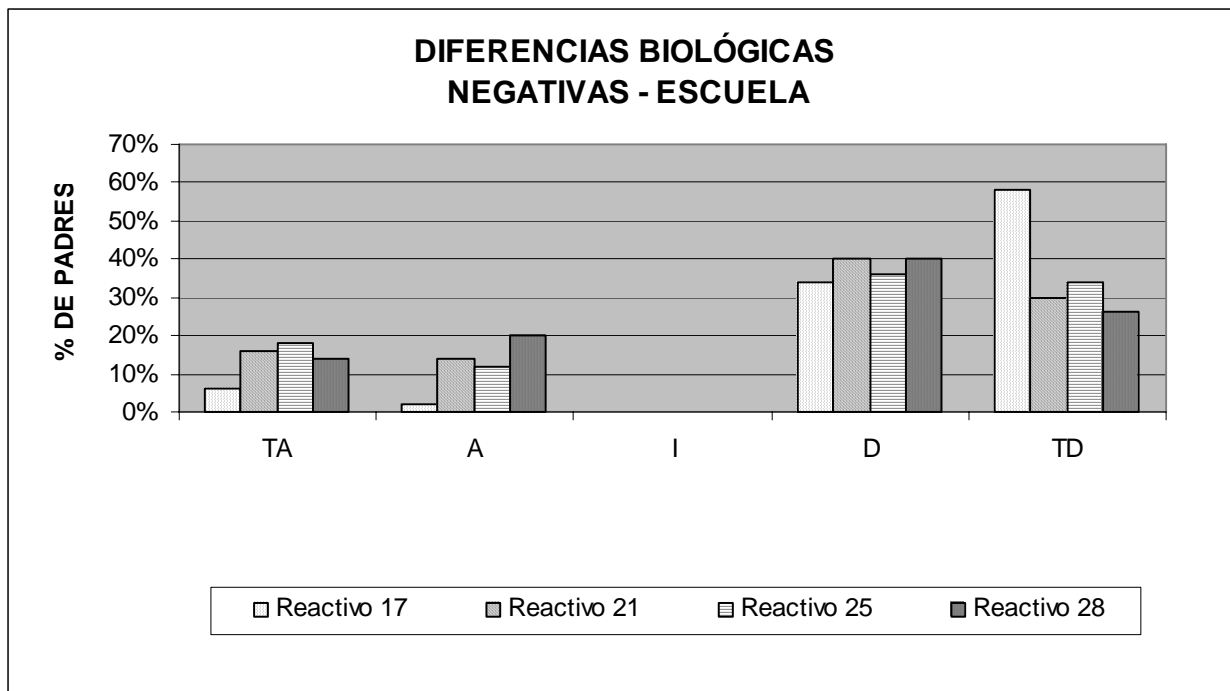
En el reactivo 53 se muestra que al 66% de la población no le molestaría escuchar a su hijo(a) decir que en la escuela le enseñaron qué es y para qué sirven sus genitales.

El reactivo 57 encontramos que el 90% de los encuestados considera conveniente que el profesor(a) de su hijo(a) utilice los nombres correctos para referirse a los órganos sexuales.

El reactivo 60 nos dice que el 90% de los padres de familia creen conveniente que su hijo(a) observe en la escuela ilustraciones anatómicas cuando se le está explicando las diferencias sexuales para que comprenda claramente y satisfaga su curiosidad.

En general los padres de familia muestran una actitud positiva para que la escuela hable, enseñe y explique a sus hijos las diferencias biológicas y anatómicas entre hombres y mujeres.

* Anexo 4



El reactivo 17 nos indica que el 92% de los padres está en desacuerdo en que los profesores de sus hijos eviten dar una explicación concreta y clara sobre las diferencias anatómicas entre hombres y mujeres.

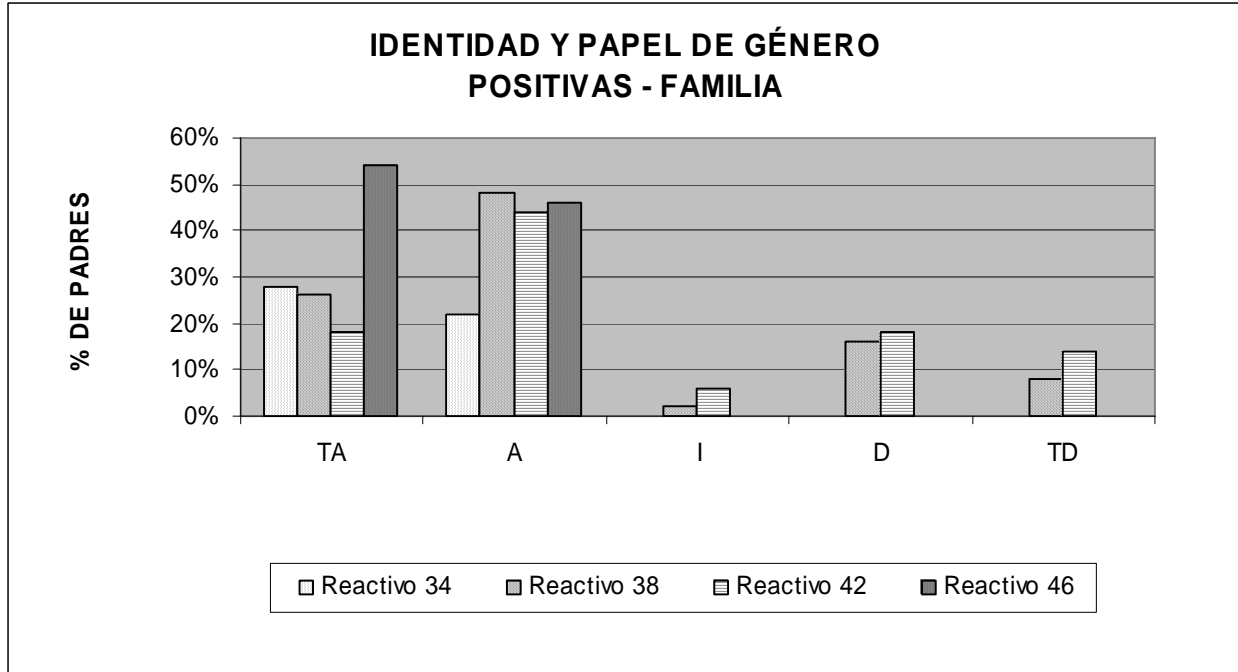
En el reactivo 21 se muestra que al 70% de la población le agradaría escuchar a su hijo(a) decir que en la escuela le enseñaron qué es y para qué sirven sus genitales.

El reactivo 57 encontramos que el 90% de los encuestados considera conveniente que el profesor(a) de su hijo(a) utilice los nombres correctos para referirse a los órganos sexuales.

El reactivo 60 nos dice que el 90% de los padres de familia no le molestaría que su hijo(a) observe en la escuela ilustraciones anatómicas cuando se le está explicando las diferencias sexuales.

Tomando en cuenta los resultados observamos que los padres de familia muestran una actitud positiva hacia que la escuela pueda hablar, enseñar y explicar a sus hijos las diferencias biológicas y anatómicas entre hombres y mujeres.

*Anexo 4



El reactivo 34 muestra que el 100% de la población opina que es conveniente que al platicar con su hijo(a) de sus genitales a éstos se les llame por su nombre correcto.

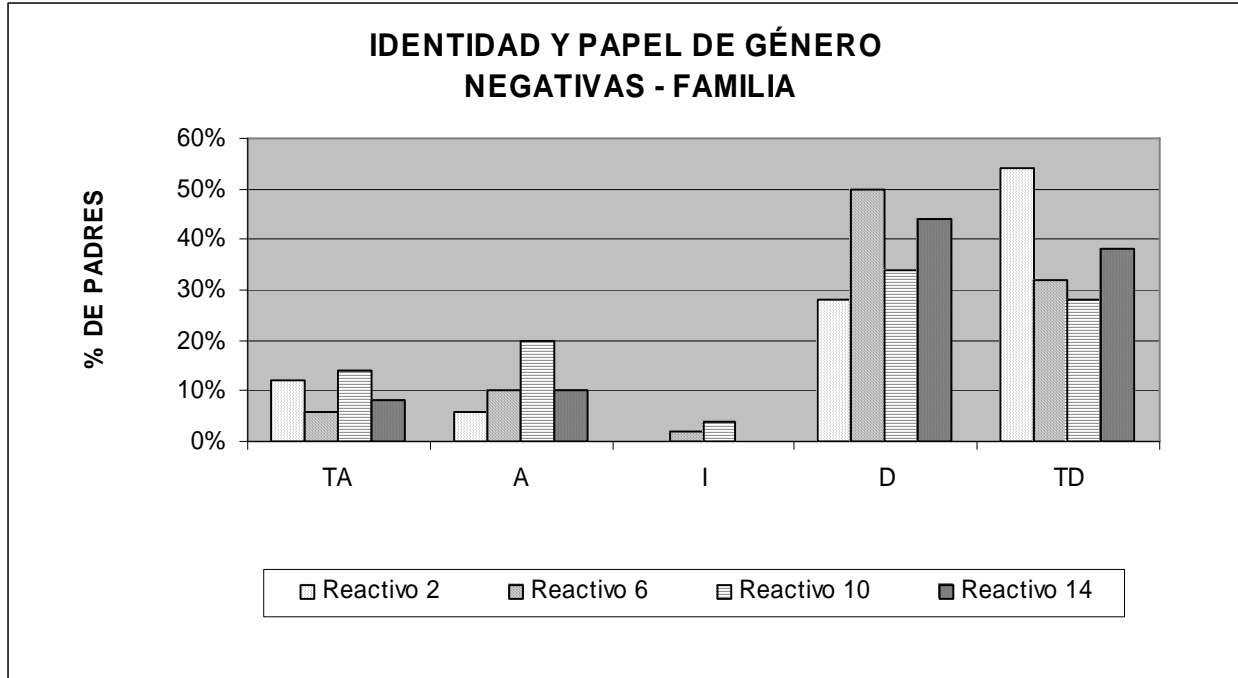
El 14% de los padres en el reactivo 38 aceptarían ver a su hijo(a) besando a una persona del sexo opuesto.

En el reactivo 42 observamos que al 62% de los padres les parece adecuado que su hijo juegue al papá y a la mamá contrario a esto encontramos que a un 32% les parece inadecuado.

El reactivo 46 nos dice que el 100% de los encuestados está de acuerdo en contestar y explicar a su hijo(a) preguntas sobre sexo.

Tomando en cuenta los resultados, los padres muestran una actitud a favor de hablar y enseñar a sus hijos cuál es su identidad y su papel de género dentro de la sociedad.

*Anexo 4



El reactivo 2 indica que el 82% de la población está en desacuerdo que al platicar con su hijo(a) de sus genitales se refieran a éstos con nombres populares.

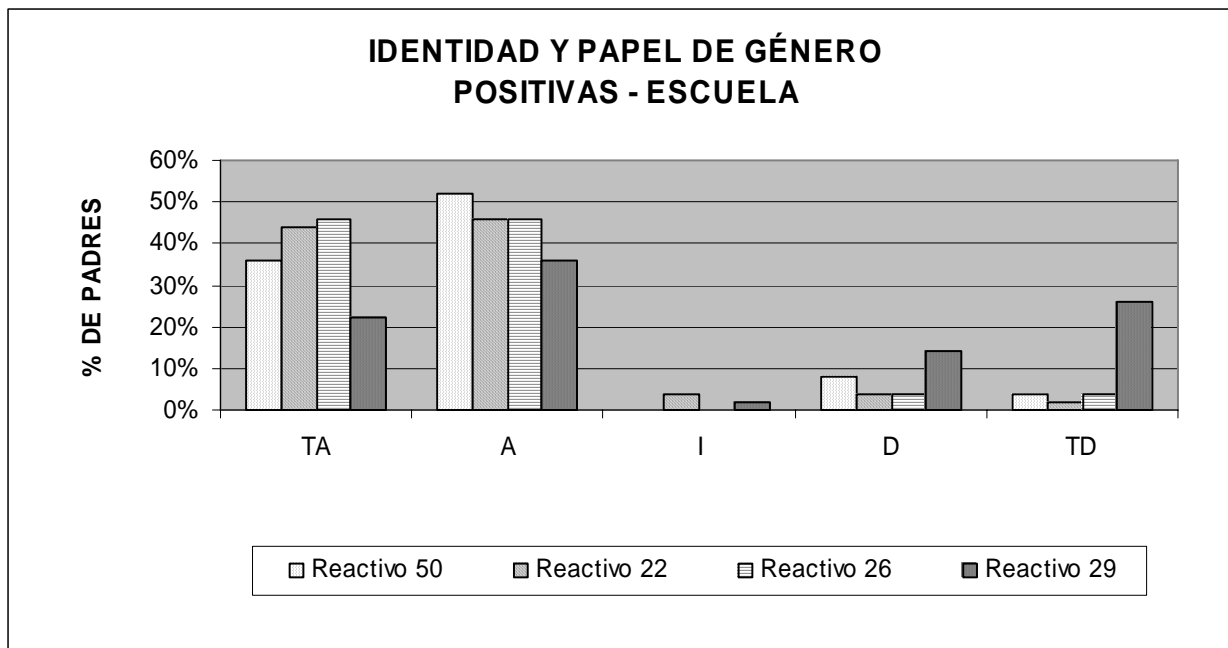
El 82% de la población en el reactivo 6 no le molestaría ver a su hijo(a) besando a una persona del sexo opuesto.

En el reactivo 10 observamos que al 62% de los padres les parece adecuado que su hijo juegue al papá y a la mamá contrario a esto encontramos que a un 34% les parece inadecuado.

El reactivo 14 muestra que un 82% de los papás está en desacuerdo en ignorar y cambiar el tema del sexo cuando su hijo(a) le hace preguntas sobre sexo.

Como podemos darnos cuenta, la mayoría de los padres de familia están en desacuerdo en no hablar y enseñar a sus hijos cuál es su identidad y su papel de género como hombres y mujeres.

* Anexo 4



El reactivo 50 indica que al 88% de la muestra le agradaría que su hijo(a) observe un libro ilustrativo de Educación sexual en la escuela.

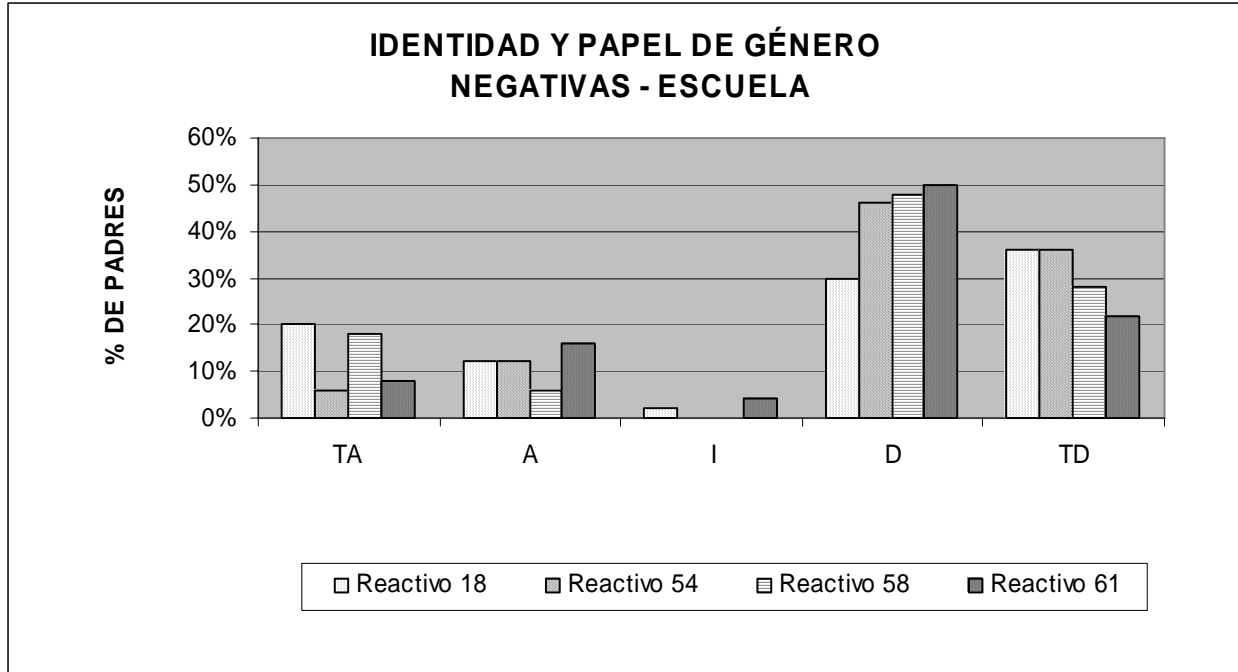
El 90% de la población en el reactivo 22 cree necesario que en la escuela se muestre a sus hijos láminas educativas con cuerpos desnudos como parte de su aprendizaje escolar.

Dentro del reactivo 26 encontramos que al 92% de los padres opina que si su hijo(a) recibe una educación sexual, su actitud hacia su propia sexualidad favorecerá su desarrollo.

En el reactivo 29 el 58% de los encuestados cree que la escuela debe mostrar a su hijo(a) actividades tradicionalmente a su sexo como al contrario, opuesto a esto un 40% de los padres no comparte esta opinión.

Al observar los gráficos notamos que los padres muestran una actitud a favor de hablar y enseñar a sus hijos cual es su identidad y su papel de género dentro de la sociedad, aunque existe cierta diferencia de opinión con respecto a la asignación de actividades a hombres y mujeres.

*Anexo 4



En el reactivo 18 observamos que al 66% de la población no le desagradaría que su hijo(a) observe un libro ilustrativo de Educación sexual en la escuela.

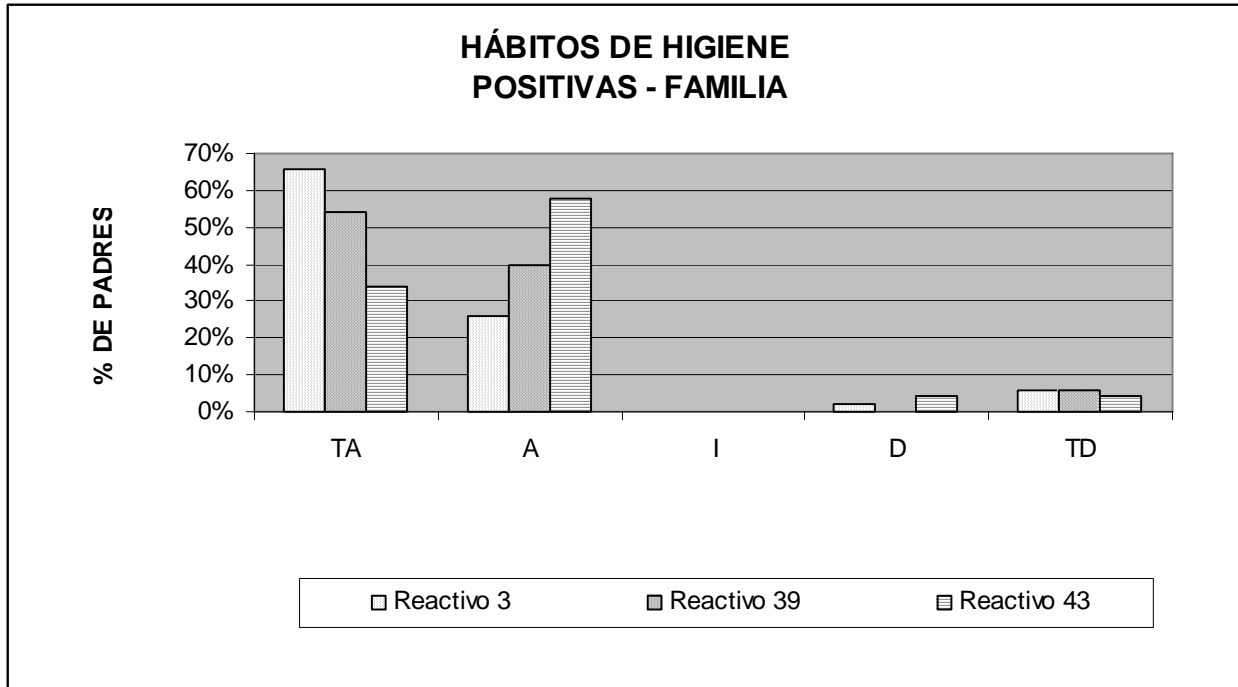
Al 82% de la población en el reactivo 54 cree innecesario que la escuela no muestre a sus hijos láminas educativas con cuerpos desnudos como parte de su aprendizaje escolar.

El reactivo 58 señala que el 76% de los padres están en desacuerdo de que su hijo(a) no reciba una educación sexual.

En el reactivo 61 el 72% de la muestra opina estar en desacuerdo en que la escuela procure que los hombres se dediquen a actividades de hombres y las mujeres a sus propias actividades.

Viendo los resultados se resume que los padres de familia muestran una actitud positiva para hablar y enseñar a sus hijos cuál es su identidad y su papel de género dentro de la sociedad, aunque cabe resaltar que los porcentajes de algunos reactivos son apenas significativos para concluir esto.

* Anexo 4



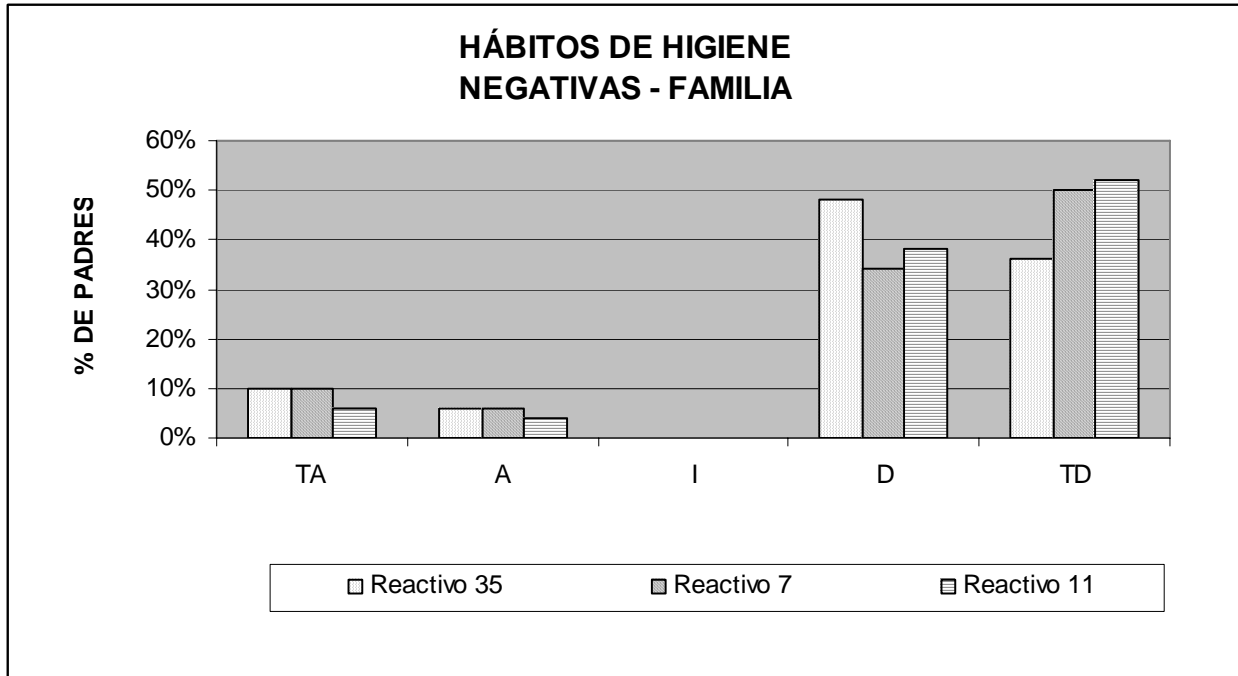
El reactivo 3 indica que el 96% de los padres de familia están de acuerdo en hablar con su hijo(a) sobre el aseo de sus órganos sexuales.

El 94% de la población en el reactivo 39 cree conveniente enseñarle a su hijo(a) la forma adecuada de limpiar sus genitales

En el reactivo 58 observamos que al 92% de la muestra le agradaría escuchar que su pareja le hable a su hijo(a) como llevar adecuadamente el aseo de sus genitales.

Los gráficos muestran que los padres muestran una actitud muy favorable para hablar y enseñar a sus hijos sobre los hábitos de higiene, específicamente los relacionados a los órganos sexuales.

* Anexo 4



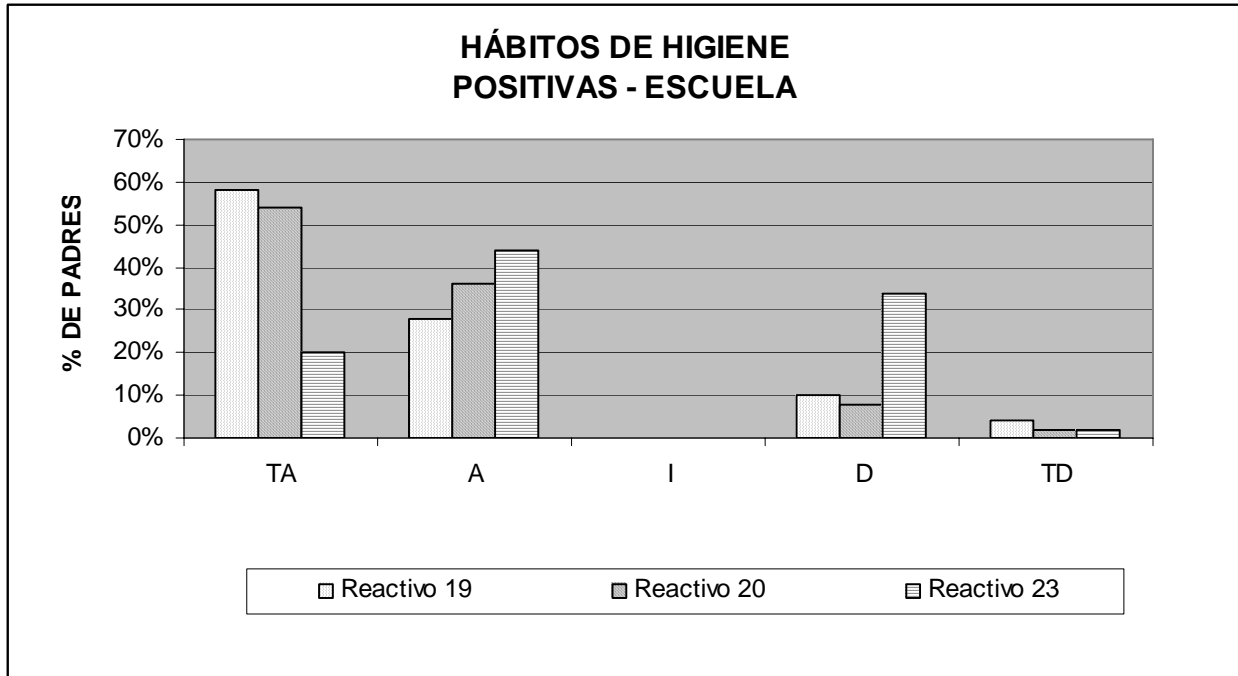
En el reactivo 35 que al 84% de los padres de familia no les molesta platicar con su hijo(a) sobre el aseo de sus órganos sexuales.

El reactivo 7 muestra que al 84% de la población no le incomoda enseñarle a su hijo(a) la forma adecuada de limpiar sus genitales

Al 90% de la muestra en el reactivo 11 no le molestaría que su pareja le hable a su hijo(a) como llevar adecuadamente el aseo de sus genitales.

Los porcentajes reflejan que los padres de familia muestran una actitud desfavorable para evitar hablar y enseñar a sus hijos sobre los hábitos de higiene relacionados a los órganos sexuales.

*Anexo 4



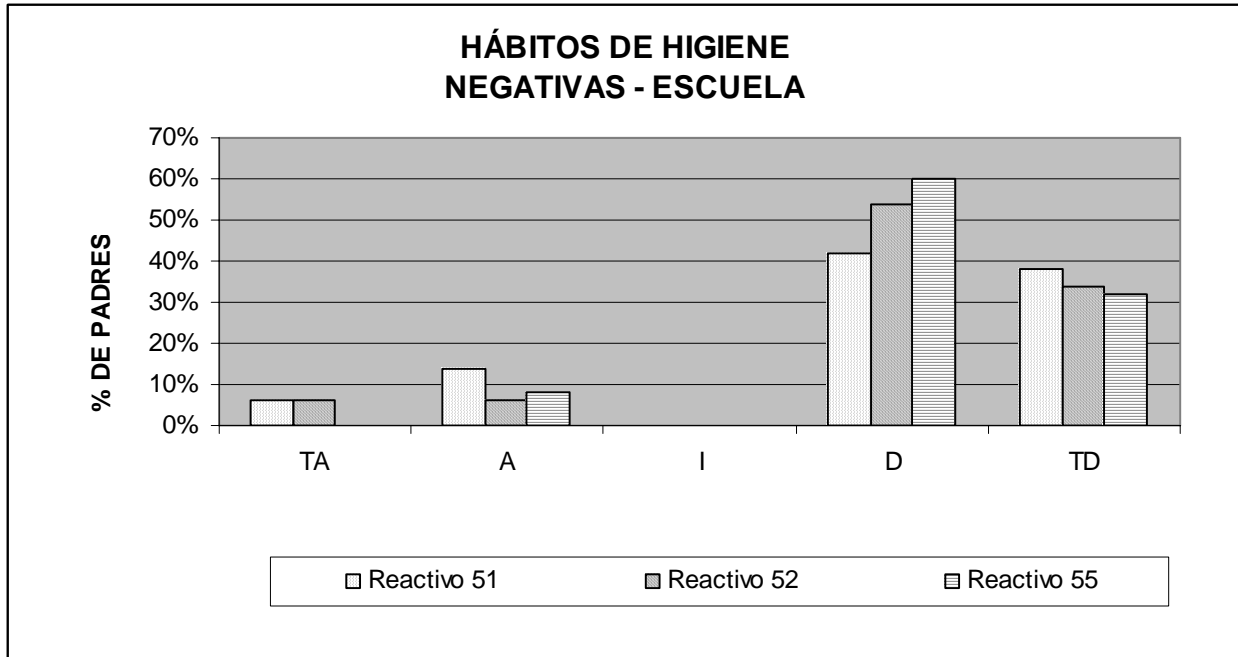
El reactivo 19 indica que al 86% de la muestra le parece adecuado que en la escuela le enseñen a su hijo(a) a mantener una higiene diaria incluido los órganos sexuales.

En el reactivo 20 encontramos que al 90% de la población le parece conveniente que en la escuela se le proporcione a su hijo(a) los conocimientos elementales para la práctica de la higiene de los órganos sexuales.

El 64% de los padres en el reactivo 23 esta a favor de que la escuela es la indicada de enseñar a su hijo(a) la importancia de la higiene del cuerpo y órganos sexuales.

En conclusión los padres de familia muestran una actitud a favor de que la escuela participe en la enseñanza de sus hijos en lo concerniente a los hábitos de higiene relacionados a los órganos sexuales, aunque no delegan toda la responsabilidad en la escuela.

*Anexo 4



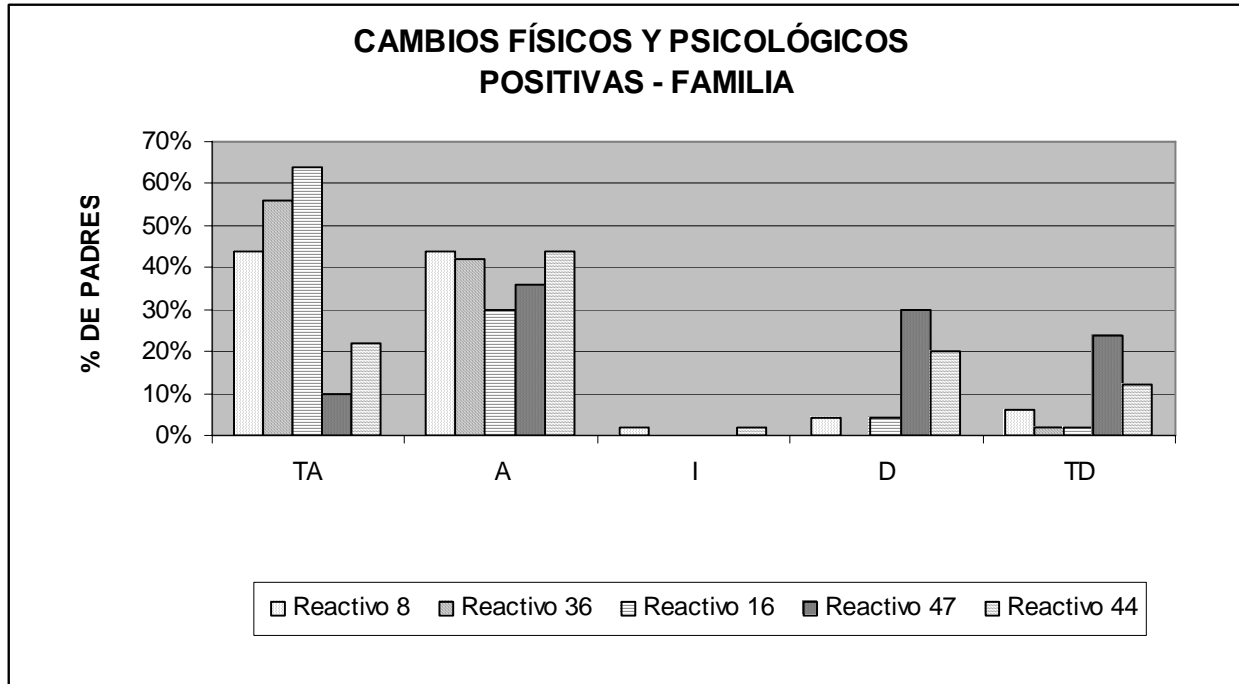
El reactivo 51 muestra que el 80% de los padres considera inadecuado que en la escuela no le enseñen a su hijo(a) a mantener una higiene diaria del cuerpo.

En el reactivo 52 para el 88% de la muestra es inconveniente que en la escuela no se le proporcione a su hijo(a) los conocimientos elementales para la práctica de la higiene de los órganos sexuales.

Al 92% de los encuestados en el reactivo 55 esta en contra de que la escuela no enseñe a su hijo(a) la importancia de la higiene del cuerpo y órganos sexuales.

Podemos observar que los padres tienen una actitud positiva de que la escuela enseñe a sus hijos sobre los hábitos de higiene de manera específica a los órganos sexuales.

*Anexo 4



El reactivo 8 indica que el 88% de la población está de acuerdo en apoyar a su hijo(a) a tener una pareja ya que esto beneficia su desarrollo.

En el reactivo 36 encontramos que un 98% de los padres contesta claramente y sin rodeos si su hijo(a) le pregunta como nacen los niños.

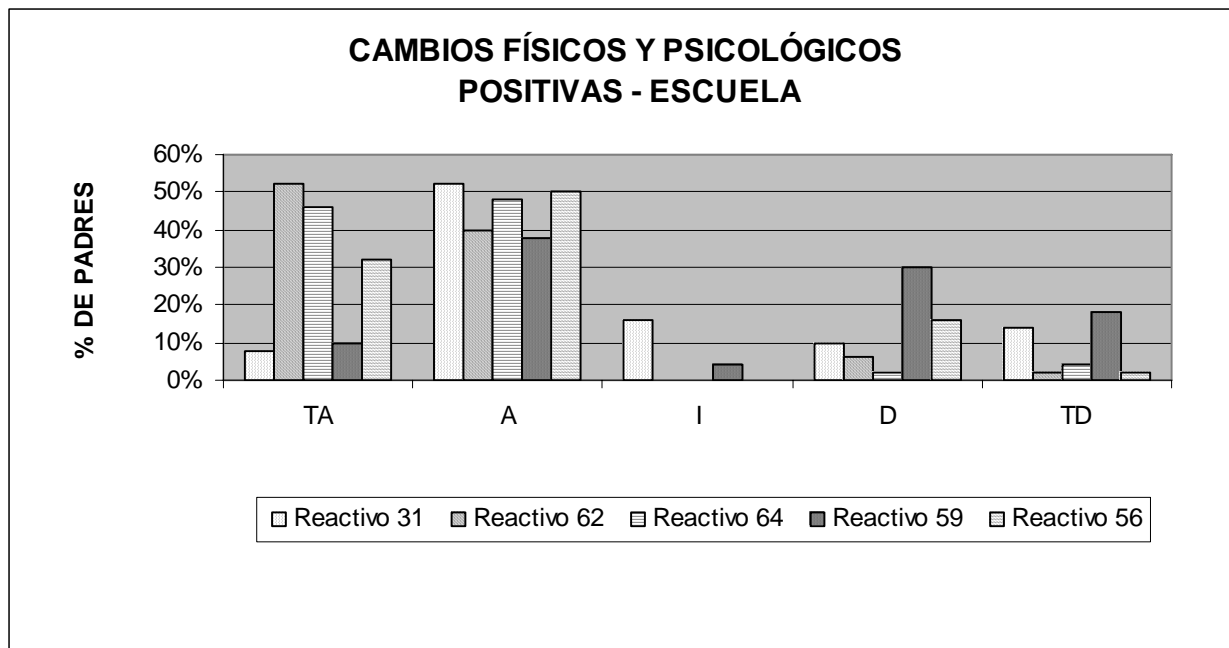
El 94% de la muestra en el reactivo 16 cree conveniente en hablar con sus hijos acerca de sus cambios físicos y psicológicos como lo es la menstruación y la eyaculación.

El reactivo 47 nos dice que al 54% de los padres piensa que si encontrara a su hijo(a) tocando el cuerpo de una persona del sexo opuesto lo consideraría como una curiosidad propia de su desarrollo.

En el reactivo 44 observamos que el 66% de la muestra aceptaría que su hijo (a) juegue con sus genitales pues contribuye a su desarrollo físico y mental.

Podemos darnos cuenta que existe una actitud positiva en lo que concierne a los cambios físicos y psicológicos como el noviazgo, embarazo o la menstruación, no así en temas como las relaciones sexuales, donde los porcentajes son relativamente bajos.

*Anexo 4



El reactivo 31 muestra que el 60% de la población está a favor de que su hijo establezca una relación de noviazgo con algún compañero(a) de la escuela

El 92% de la muestra en el reactivo 62 opinan que es conveniente que en la escuela se informe a su hijo(a) acerca del embarazo y parto.

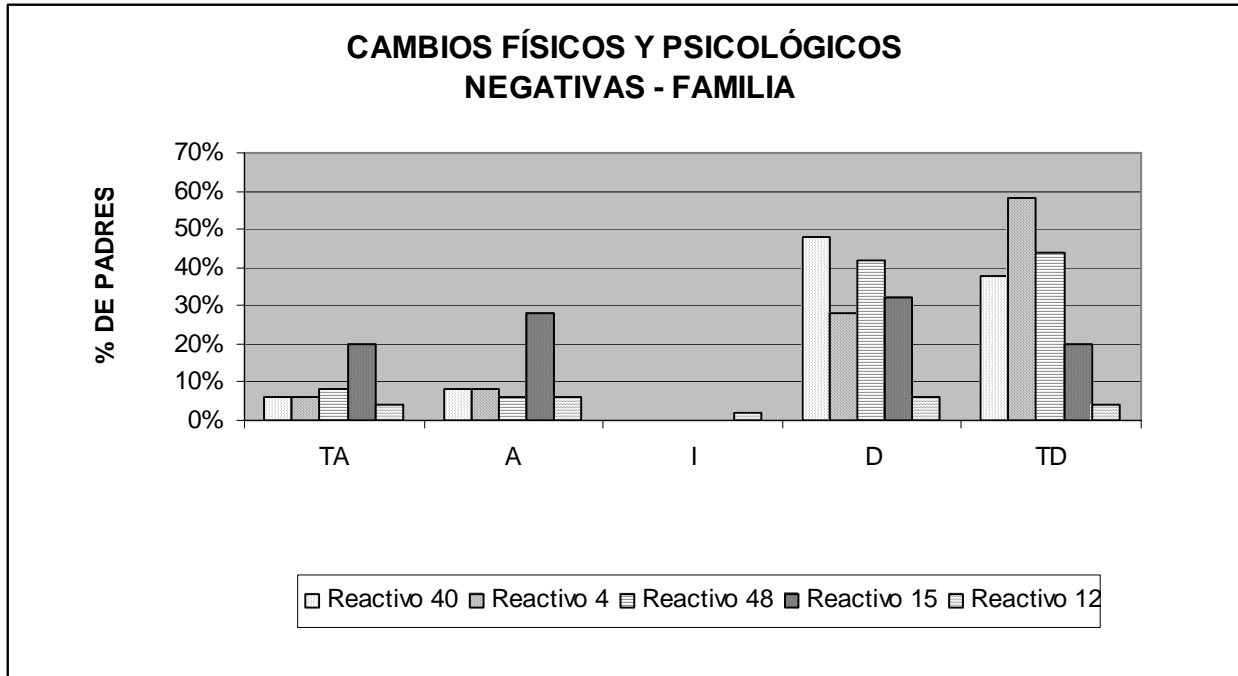
En el reactivo 64 encontramos que el 94% de la población acepta que en la escuela a su hijo(a) se le hable sobre el desarrollo de sus órganos sexuales.

El reactivo 59 nos indica que sólo un 48% de los padres está a favor de que en la escuela le muestren a su hijo(a) una película con escenas de besos y caricias entre una pareja.

En el reactivo 56 el 82% de la población aceptan que en la escuela se le hable a su hijo(a) de cómo explorar y conocer sus genitales.

Los padres muestran una actitud favorable en que la escuela le hable o enseñe a sus hijos sobre sus cambios físicos y psicológicos como el embarazo o la menstruación y eyaculación, aunque existe una actitud negativa en que se aborde el tema de las relaciones sexuales de igual manera algunos rechazan la idea de que sus hijos establezcan un noviazgo con sus compañeros de escuela.

*Anexo 4



En el reactivo 40 vemos que el 86% de los padres apoyaría a su hijo(a) a tener una pareja ya que esto beneficia su desarrollo.

El reactivo 4 indica que un 86% de la muestra no evita contestar claramente y sin rodeos si su hijo(a) si le pregunta como nacen los niños.

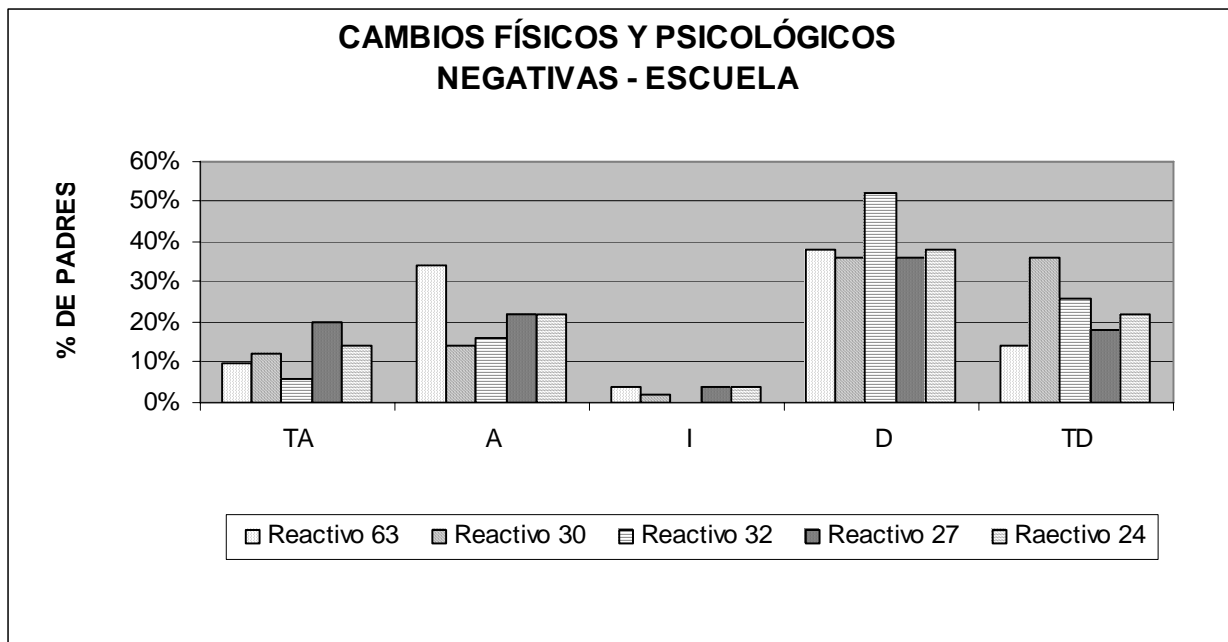
Al 86% de la población en el reactivo 48 no le incomoda hablar con sus hijos acerca de sus cambios físicos como lo es la menstruación y la eyaculación.

El 52% de los padres en el reactivo 15 no considera impropio que su hijo(a) toque y observe el cuerpo de una persona del sexo opuesto.

En el reactivo el 88% de los encuestados no le molestaría que su hijo(a) juegue con sus genitales pues contribuye a su desarrollo físico y mental.

Concluyendo, los padres muestran una actitud positiva para hablar y explicar a sus hijos sobre sus cambios físicos y psicológicos como el noviazgo, embarazo o la menstruación y masturbación, existe una opinión dividida en el caso de las relaciones sexuales.

*Anexo 4



En el reactivo 63 encontramos que el 52% de los padres no está a favor de que su hijo establezca una relación de noviazgo con algún compañero(a) de la escuela.

El 72% de la población en el reactivo 30 opina que les agradaría que en la escuela se informe a su hijo(a) acerca del embarazo y parto.

El reactivo 32 indica que el 78% de la muestra está a favor de que en la escuela se le hable a su hijo(a) sobre el desarrollo de sus órganos sexuales (menstruación y eyaculación).

En el reactivo 27 nos muestra al 54% de los padres no le molestaría que en la escuela le muestren a su hijo(a) una película con escenas de besos y caricias entre una pareja.

En el reactivo 24 el 60% de la población está en desacuerdo de que la escuela se le hable a su hijo(a) de cómo explorar y conocer sus genitales.

De este modo los padres de familia muestra una actitud a favor aunque en porcentajes menos significativo ya que ninguno llega al 80%, esto indica que la escuela no es la única que debe enseñar a sus hijos sobre sus cambios físicos y psicológicos, además de no ser el en opinión de ellos el mejor escenario para experimentar algunos de estos.

* Anexo 4

3.2 ANÁLISIS CUALITATIVO

Tomando en cuenta los resultados obtenidos en el análisis cuantitativo (escala de actitud) y las entrevistas realizadas a los padres de familia se encontró que:

- Con respecto a la categoría de “Diferencia Biológicas”, la cual se refiere a aquellas diferencias físicas y psicológicas tanto internas como externas que tenemos hombres y mujeres, se encontró que existe una actitud favorable para que dentro de la familia y la escuela se hable, se enseñe y se expliquen dichas diferencias entre hombres y mujeres; cabe resaltar que en las entrevistas esta actitud es confirmada ya que los padres consideran que no es un tema vergonzoso ya que es algo natural y parte de su desarrollo como persona; por otra parte, se pudo constatar que en estos casos la tarea recae frecuentemente en la madre ya que es ella quien cuida y está a cargo de su hijo desde edad temprana, la escuela en este caso juega un papel de apoyo para la familia.

Se cree que esta actitud se debe a que para los padres de familia abordar esta temática es básica dentro de la enseñanza que debe brindarse a las personas con o sin discapacidad, además, de no considerarse como algo embarazoso, es importante hacer mención de que en ocasiones la explicación se complica debido a que los padres anteponen como barrera la “discapacidad” de su hijo y lo ven como un obstáculo ya que no saben cómo enseñarle y sobre todo confirmar que existe un aprendizaje ; en otras palabras no existe una actitud desfavorable para abordar el tema, sino al cómo explicarlo.

- En relación con la categoría “Identidad y Papel de Género”, donde se abordan todas aquellas conductas sociales que nos definen como hombres y mujeres y que determinan el papel que desempeñamos dentro de una sociedad, la actitud que los padres de familia manifiestan es positiva hacia que sus hijos observen y realicen conductas y actividades que propicien su identidad como seres humanos y su desarrollo psicosexual independientemente de su sexo, esto reflejado tanto a su familia como a su escuela.

Cabe resaltar que en el análisis cuantitativo en el gráfico de familia existe cierta diferencia de opinión en lo referente al reactivo 10 y 42 correspondiente a “le parece adecuado que su hijo juegue al papá y a la mamá”; en las entrevistas se menciona que la respuesta dependería de la edad en que se encuentren sus hijos ya que lo aceptarían si el juego se presenta a una edad temprana por lo que lo encontrarían como “normal”.

En el reactivo 29 y 61 correspondiente al gráfico de escuela se encontró una división en la respuesta a “se debe mostrar a sus hijos actividades tradicionalmente asignados a su sexo como al contrario”, se cree que esto existió por una confusión en cuanto a la redacción de los reactivos, por lo que se cuestionó nuevamente en las entrevistas obteniendo una actitud a favor de que sus hijos realicen actividades independientemente de su sexo; incluso se mencionó que tanto en la escuela como en el hogar sus hijos tienen tareas asignadas.

Se entiende que el resultado de esta categoría se debe a que los temas relacionados a esta tienen que ver con tradiciones y costumbres propias de nuestra sociedad, por lo que resulta poco complejo de enseñar, actualmente observar o realizar ciertas conductas no implica ser etiquetado como “bueno” o “malo”; nuevamente se cree que la preocupación se enfoca más al como se realiza la acción, por ejemplo; observar un libro ilustrativo de educación sexual no es problema siempre y cuando se conozca el tipo de contenido e ilustraciones ya que existe el riesgo de encontrar contenido socialmente aceptado.

- En la categoría “Hábitos de Higiene” se incluye todo aquello que tiene que ver con el aseo diario del cuerpo, así como el uso de adecuados productos para esta actividad; los padres nuevamente tienen una actitud a favor de proporcionar a sus hijos la información necesaria para llevar a cabo su aseo personal; aunque consideran que no deben delegar tal responsabilidad a la escuela, ya que ellos son los más indicados para instruirlos, en este caso son ellos quienes les muestran a través de sus propias acciones (bañarse, vestirse, etc.) la forma adecuada de hacerlo, debido a que creen que el aprendizaje en las personas con Síndrome de Down es a través de la imitación, una de las razones primordiales para justificar esta conducta se debe al miedo que manifiestan a que sus hijos puedan sufrir un “abuso sexual”.

El papel de la escuela en este caso sólo se centrará en una enseñanza verbal o través de ilustraciones de aspectos generales de la higiene diaria del cuerpo (lavarse los dientes, lavarse las manos, bañarse, etc.)

Es importante mencionar, que ésta es una de las categorías más significativas en cuanto a la congruencia en la opinión de los padres, se piensa que esto es debido a que el tema es parte de una enseñanza difícil de evadir y tradicionalmente aceptada, hablar de higiene es hablar de un tema primordial para la vida diaria y difícilmente podemos evadirlo u omitirlo, es cierto que el papel principal corresponde a la familia pues es ella el entorno más directo del niño o joven, de igual forma es entendible y justificable la preocupación por parte de los padres de que se presenten acciones contra la integridad física y moral de sus hijos.

- Hablar de “Cambios físicos y psicológicos”, implica hacer mención de temas tales como: menstruación, noviazgo, eyaculación, relaciones sexuales, masturbación y embarazo los cuales son experimentados tanto por hombres y mujeres; dentro de esta categoría encontramos actitud favorable sólo en ciertas temáticas en el caso de la familia como: noviazgo, información sobre embarazo y eyaculación, consideran importante informar a sus hijos sobre estas temáticas, la masturbación y la menstruación son los aspectos más mencionados, ya que la mayoría de sus hijos se están enfrentando a estas situaciones, aunque existe una actitud negativa al plantearse la idea de que su hijo establezca una relación de noviazgo ya que lo ven como “algo difícil de que suceda debido a su condición” sin embargo, podrían aceptarlo de presentarse con alguien “igual” que el, por ende no conciben la idea de que tengan relaciones sexuales pues nuevamente existe la preocupación del abuso sexual.

En el caso de la escuela los padres opinan que esta deberá solamente informar sobre estas temáticas y no abordar de manera explícita el contenido, no encuentran inconveniente que les hablen sobre el proceso de embarazo, pero existe incongruencia de opinión en el hablar de temas como relaciones sexuales y masturbación, de manera específica existe cierta preocupación de que la masturbación pueda presentarse de manera pública, hablar de noviazgo al igual que en la familia se ve como difícil de presentarse en el centro escolar, aunque algunos padres manifiestan que les gustaría pensar que pueden establecer una relación principalmente por el hecho de que no estén “solos”.

Esta diferencia en las opiniones puede deberse a que son temas polémicos y que algunos padres siguen viendo a su hijo con una discapacidad por lo que no imaginan a su hijo en ciertas situaciones como un noviazgo o el establecimiento de una familia, se cree que la actitud desfavorable está enfocada más a la situación de “discapacidad” que presentan sus hijos que al brindar una información enfocada a los temas antes descritos.

CONCLUSIONES

De acuerdo al desarrollo y a los resultados obtenidos a lo largo de esta investigación se llegó a las siguientes conclusiones:

- Tomando en cuenta que la hipótesis de esta investigación es “La actitud de los padres y madres de familia ante la educación sexual de su hijo(a) con Síndrome de Down, es de rechazo debido a que los niños y jóvenes con Síndrome de Down son concebidos como sencillos, inocentes y faltos de maldad por lo que los padres suelen cometer el error de pensar que serán así durante toda su vida” puede considerarse que está no fue comprobada ya que los datos obtenidos en la escala de actitud donde la población muestra una actitud favorable para proporcionar a su hijo (a) educación sexual, sin embargo, al tener un contacto más directo a través de las entrevistas, se encontró que esta actitud puede ser desfavorable ya que depende de la temática que se aborde (diferencias biológicas, identidad y papel de género, hábitos de higiene y cambios físicos y psicológicos). Se piensa que esto es debido a que una cosa es lo que dicen en un papel y otra muy distinta lo que hacen, no es lo mismo pensar en lo que se puede hacer que enfrentarse a hechos reales.

- En cuanto a los objetivos éstos fueron alcanzados, ya que se logró conocer el tipo de actitud que tienen los padres y madres de familia ante la educación sexual, así como la importancia de su participación en dicha enseñanza, ya que, como se menciona el papel de los padres y madres es fundamental y al mismo tiempo unos de los principales educadores del niño o niña, puesto que la familia trasmite valores, creencias, prejuicios y conocimientos sobre la sexualidad. Lo anterior nos lleva a corroborar la importancia de que tengan una actitud favorable hacia la temática pues de ello depende el conocimiento o desconocimiento que su hijo (a) tenga hacia su sexualidad y por ende la actitud que se forme en torno a ésta a lo largo de su vida.

- En cuanto a las causas que originan una actitud favorable o desfavorable ante la educación sexual podemos resaltar:

- **Edad y sexo de los padres:** Se cree que la edad no es un factor que determine su opinión acerca del tema, no así su sexo debido a que existe una discrepancia entre la opinión que tienen hombres y mujeres en torno a la sexualidad, esto refleja las ideas, costumbres y tradiciones propias de nuestra sociedad, donde la madre es la principal educadora del hijo (a), pero al mismo tiempo es la que socialmente se encuentra más reprimida para expresarse en estos temas; cabe mencionar que esto puede reflejarse también en la poca participación que existió por parte de los padres hombres.
- **Ocupación de los padres:** Este aspecto es importante debido a que refleja la escolaridad de la población, así como el contexto sociocultural en el cual se desenvuelve su hijo (a), lo cual nos permite entender la falta de conocimiento sobre ésta temática, debido a que la muestra en su mayoría, eran de nivel socioeconómico bajo.
- **Edad y sexo de los hijos:** En cuanto a la edad se debe tomar en cuenta que los hijos de los papás que participaron en la muestra van de 0 a los 21 años de edad, por lo cual, su opinión dependerá de la edad en la que su hijo (a) se encuentre, ya que algunos de ellos ven lejano el hecho de que su hijo (a) se desarrolle sexualmente, al igual que su interés por el momento va encaminado a otros aspectos del desarrollo lingüístico, motor, educativo, etc. ; por el contrario los padres que tienen hijos que están por enfrentarse o se están enfrentando a cambios físicos y psicológicos propios de su edad (pubertad) manifiestan mayor interés y actitudes en torno al tema. En cuanto al sexo de los hijos, este definirá las formas de actuar de los padres ante ciertas situaciones, pues como se sabe hombres y mujeres se enfrentan a cambios distintos.

- **Falta de información:** Hay que tomar en cuenta que hoy en día existen pocos estudios sobre el desarrollo sexual de las personas con Síndrome de Down, lo que conlleva a que exista desconocimiento tanto de padres, maestros, especialistas e instituciones para poder orientar y proporcionar una Educación sexual, aunado al poco interés por hacer una búsqueda de información que contribuya en el desarrollo integral de estas personas.

- **¿Deficientes?:** Hoy en día prevalece la idea de que las personas con Síndrome de Down son seres asexuados debido a la “condición de discapacidad” en la que se encuentran, olvidando que por el hecho de ser personas son seres sexuados, por tal motivo, se cree que la actitud que mostraron los padres de familia sobre todo en las entrevistas esta asociada a la “condición” de su hijo (a), es decir, no tienen inconveniente en brindar una educación sexual, hablar y enseñar sobre los cambios que traerá consigo su desarrollo sexual, el obstáculo lo encuentran porque no saben como hacerlo debido a que creen que “no comprenden” o no pueden ser tratados igual que las personas regulares, pues para ellos sus hijos(a) siguen siendo “deficientes”, sin considerar, como ya se mencionó anteriormente, que al igual que en el resto de las personas el contexto en el cual se desarrollan determina el aprendizaje.

- Por otra parte, el hecho de que una actitud presente componentes nos lleva a un análisis de la influencia de cada uno de ellos, para entender mucho mejor qué la determina; en cuanto al componente cognoscitivo referente al conocimiento que la persona posee en torno al tema, se comprobó que existe un desconocimiento por parte de los padres de familia en cuanto a la sexualidad, el componente comportamental refleja la tendencia a actuar o reaccionar de un cierto modo, éste lo encontramos al conocer la reacción y el interés que tienen los padres cuando se les habla de Educación Sexual y finalmente el componente afectivo, que hace mención a los sentimientos a favor o en contra que tiene la persona con respecto al objeto, por lo tanto, el más arraigado y difícil de cambiar ya que implica tradiciones y prejuicios que la sociedad y por ende los padres tienen hacia la sexualidad.

Lo anterior es de gran influencia para la formación de las actitudes de los padres y madres de familia ante la educación sexual, lo cual es importante, dado que está es fundamental como medio o parte esencial de la integración social y, por consiguiente, es uno de los componentes de la labor pedagógica.

La conducta sexual de las personas con o sin Síndrome de Down depende esencialmente de su educación, en particular, de los modelos de conducta que encuentre en su medio ambiente ya que las distorsiones sexuales provienen de su contexto específicamente de los padres y no de las características específicas de la persona.

Tomando en cuenta que, en la mayoría de las investigaciones que se revisaron se notó que existe una falta de acervo informativo acerca de la sexualidad de las personas con Síndrome de Down, así como de instrumentos o escalas adaptados para medir actitudes sexuales en grupos de personas con Síndrome de Down o Deficientes Mentales, por lo que es muy importante la continúa adaptación y renovación de instrumentos que mida esta actitud, lo que beneficiaría a un mayor conocimiento del desarrollo sexual y sobre las causas que originan que ésta temática no sea abordada en la familia y la escuela, pero sobre todo, considerarla como uno de los aspectos más importantes para el desarrollo íntegro de todo ser humano independientemente de que se encuentre en una situación de discapacidad, dado que, vivir la sexualidad de manera plena constituye parte importante de nuestra autonomía como personas.

Una vez reflexionado lo anterior, la principal contribución de éste trabajo es por una parte es crear una fuente de información que responda a algunas de las necesidades, inquietudes, cuestionamientos y dudas que surjan a profesionistas, padres y madres de familia interesados en este tema, así mismo, se busca beneficiar principalmente a las personas con Síndrome de Down quienes se han visto excluidas de esta temática por parte de profesionistas, maestros y padres de familia, que por su desconocimiento, prejuicios, creencias y en gran parte sus actitudes continúan concibiéndolos como seres asexuados, idea que a lo largo de este trabajo se ha anulado.

De igual forma, se hace una invitación a recopilar, complementar y sobre todo esta información en investigaciones futuras, para llegar a un mejor conocimiento, entendimiento y desarrollo de la sexualidad y por ende de la importancia de la Educación Sexual en personas con Síndrome de Down, tomando en cuenta un rango de edad determinado, dado que como ya se mencionó, en esta investigación se trabaja con niños y adolescentes de diferentes edades y se cree que este aspecto influyó en el resultado final.

BIBLIOGRAFÍA Y FUENTES DOCUMENTALES

- Alvarado, Hernández y Ponce de León (1995). **Manual de Sexualidad dirigido a niños con discapacidad intelectual de 10 a 13 años para la supervisión del abuso sexual**. México: UNAM. (Tesis de licenciatura, Fac. de Psicología).
- Arias Martínez, Martha (1988) **Actitud de padres y madres ante la Educación Sexual en niños preescolar**. México: UNAM. (Tesis de licenciatura, Fac. de Psicología).
- Ariza, Cesari, Gabriel (1999). **Programa Integrado de Pedagogía Sexual en la Escuela**. Colombia: Alfaomega y Narcea.
- Baldaro, Govigli y Valgimigli (1992). **La sexualidad del deficiente**. España: CEAC.
- Bautista, Rafael. (2002). **Necesidades Educativas Especiales.**”El niño y la niña con Síndrome de Down”. Málaga: Aljibe.
- Carrasco, J. (1998). **Sexualidad y Síndrome de Down**, México: BUAP.
- Consejo Nacional de Población (CONAPO) (1982). **La Educación de la Sexualidad Humana “Educación y Sexualidad”**. México: CONAPO.
- Cortes y Loaeza (2004). Dirección Institucional de Investigación e Innovación Tecnológica. **Revista Episteme No. 1** en: www.uvmnet.edu. Fecha y hora de consulta: 18/mayo/2005, 12:00 p.m.
- Diccionario de Medicina. Océano Mosby. España.
- Dirección General de Planificación Familiar (DGPF) SSA. (1990) **Educación Sexual y Planificación Familiar en la Adolescencia**. México: DGPF.

- Fernández, C. y Buceta, J. (2003) **La educación de las personas con Síndrome de Down. Estrategias de aprendizaje.** Universidad de Santiago de Compostela.
- García, S. (1998) **El niño con Síndrome de Down.** México: Diana.
- Guitar, R. (2002) **Las actitudes en el centro escolar: reflexiones y propuestas.** España: Grao.
- Herman, K. (1994). Asociación Mexicana de Síndrome de Down. A.C. En contacto. “**El Papel de los Padres.** Edición XIII. Enero.
- Hernández, P. (1992) **Actitudes de los padres y maestros hacia la Educación Sexual del niño.** México: UNAM.
- Hiriart, R. (1999) **Educación sexual en la escuela. Guía para el orientador de púberes y adolescentes. Maestros y enseñanza.** México: Paidós.
- Ingles, H. (1993) Asociación Mexicana de Síndrome de Down. A.C. En contacto. “**Programa de apoyo a padres**” Edición XI. Enero.
- Jasso, L. (2001). **El niño Down: mitos y realidades.** México: Manual Moderno.
- Kerlinger, F. (1988). **Investigación del Comportamiento.** México: Mc Graw Hill.
- López M. (1999). **Aprendiendo a conocer a las personas con Síndrome de Down.** Málaga: Aljibe.
- Molina, S. (2002). **Deficiencia Mental. Aspectos psicoevolutivos y educativos.** Málaga: Aljibe.

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

Pozo, C. (1987) **Actitud de los padres de familia ante la sexualidad de sus hijos adolescentes con síndrome de down y normales: un estudio comparativo.** México: UIA. (Tesis de licenciatura, Fac. de Psicología).

Secretaría de Educación Pública (SEP) (2000) **Sexualidad infantil y juvenil, nociones introductorias para maestras y maestros de Educación Básica.** México: SEP.

Summer, F (1984) **Medición de actitudes.** México: Trillas.

Torices, I. (1997). **La sexualidad de los discapacitados.** México: BUAP.

Torices, I. (2006) **Orientación y Consejería en Sexualidad para personas con discapacidad.** México: Trillas.

<http://www.sindromedown.net/web2/verdocumento.asp?ID=173#>.

Fecha y hora de consulta: 4/ Nov/ 2004, 11:30 a.m.

<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/downsyndrome.html>

Fecha y hora de consulta: 9/ Feb/2005, 10:00 a.m.

www.cyberpadres.com/libros/libros_recomen/libros_salud_down.htm

Fecha y hora de consulta: 14/ Feb/ 2005, 9:00 a.m.

www.guiainfantil.com/salud/cuidadosespeciales/down.htm

Fecha y hora de consulta: 23/Feb/2005, 2:00 p.m.

[http://www.teleantioquia.com.co/Programas/MasquePiel/Temas/SexualidadSindromedeDo](http://www.teleantioquia.com.co/Programas/MasquePiel/Temas/SexualidadSindromedeDown.htm)

[wn.htm](http://www.teleantioquia.com.co/Programas/MasquePiel/Temas/SexualidadSindromedeDown.htm). Fecha y hora de consulta: 27/ Abril/ 2005, 1:00 p.m.

ANEXOS

ANEXO 1
“Educación Sexual y Síndrome de Down”

Conteste las siguientes preguntas:

Soy papá_____

Soy mamá_____

Edad_____

Ocupación: _____

Tengo hijo_____

Tengo hija_____

Edad del hijo (a) _____

El siguiente cuestionario tiene por objetivo conocer su punto de vista acerca de la educación sexual que se le proporciona a su hijo (a) con Síndrome de Down. Le reiteramos que la información es totalmente anónima y confidencial.

Instrucciones: A continuación se presentan una serie de oraciones, léalas cuidadosamente y elija la respuesta que más se asemeje a su criterio, sólo puede dar una respuesta para cada oración y no debe dejar sin contestar ninguna. Las opciones de respuesta son las siguientes:

TA. Totalmente de Acuerdo

A. Acuerdo

I. Indiferente

D. Desacuerdo

TD. Totalmente en Desacuerdo

- 1.- No considero necesario explicar y enseñar a mi hijo (a) las diferencias biológicas entre las mujeres y los hombres.
- 2.- Es necesario que al platicar con mi hijo (a) de sus genitales me refiera a ellos con nombres populares (parajito, tu cosita, el palito).
- 3.- Me agrada platicar abiertamente con mi hijo (a) sobre el aseo de sus órganos sexuales.
- 4.- Si mi hijo (a) me pregunta cómo nacen los niños, evito contestarle.
- 5.- Me agradecería escuchar a mi pareja hablarle a mi hijo (a) de las diferencias sexuales entre hombres y mujeres.
- 6.- Me molestaría ver a mi hijo (a) besando a una persona del sexo opuesto.
- 7.- Me incomoda enseñarle a mi hijo(a) la forma en que debe limpiar sus genitales.

8.- Considero apropiado apoyar a mi hijo(a) a tener una pareja, ya que beneficia su desarrollo emocional.

9.- Es innecesario explicarle a mi hijo(a) que los seres humanos provienen de dos personas distintas; hombre y mujer.

10.- Me parece inadecuado que mi hijo (a) juegue al papá o a la mamá.

11.- Me molestaría escuchar a mi pareja hablarle a mi hijo (a) como llevar adecuadamente el aseo de sus genitales.

12.- Si encontraré a mi hijo(a) jugando con sus genitales me molestaría puesto que impide su desarrollo físico y mental.

13.- Es inconveniente que mi hijo (a) vea desnudos a sus padres para conocer las diferencias sexuales.

14.- Si mi hijo (a) está conmigo, se comenta algo sobre sexo y me hace preguntas, lo ignoro y cambio el tema.

15.- Si sorprende a mi hijo (a) observando y tocando el cuerpo de alguien del sexo opuesto lo considero impropio.

16.- Me agradaría hablarle a mi hijo (a) sobre sus cambios físicos (menstruación, eyaculación).

17.- Los profesores deben evitar dar una explicación concreta y clara de las diferencias anatómicas entre hombres y mujeres.

18.- Me desagradaría que mi hijo (a) observe en la escuela un libro ilustrativo de Educación Sexual.

19.- Me parece adecuado que a mi hijo (a) en la escuela le enseñen a mantener una higiene diaria del cuerpo incluidos los órganos sexuales.

20.- Es conveniente que a mi hijo (a) en la escuela se le proporcionen los conocimientos elementales para la práctica de la higiene de los órganos sexuales.

21.- Me molestaría escuchar a mi hijo (a) decir que en la escuela le enseñaron qué es y para qué sirven sus genitales.

22.- Considero necesario que en la escuela muestren láminas educativas con cuerpos desnudos a mi hijo (a) como parte de su aprendizaje escolar.

23.- La escuela es la indicada de enseñar a mi hijo (a) la importancia de la higiene del cuerpo y sus órganos sexuales.

24.- Es innecesario que en la escuela se le hable a mi hijo (a) de cómo explorar y conocer sus genitales.

25.- Es inconveniente que la maestra (o) de mi hijo (a) utilice los nombres correctos para referirse a los órganos sexuales.

26.- Si mi hijo (a) recibe una educación sexual en la escuela, su actitud hacia su propia sexualidad favorecerá su desarrollo.

27.- Me molestaría que en la escuela le muestren a mi hijo (a) una película con escenas de besos y caricias entre una pareja.

28.- Es inconveniente que en la escuela se le explique a mi hijo (a) las diferencias sexuales, basándose en ilustraciones anatómicas, porque no entendería nada y despertaría más su curiosidad.

29.- En la escuela deben mostrar a los hombres y mujeres actividades tradicionalmente asignados tanto a su sexo como al contrario.

30.- Me desagradaría que mi hijo (a) en la escuela le explicarán acerca del embarazo y parto.

31.- Me agradaría ver que mi hijo (a) tuviera una novia (o) entre sus compañeras (os) de la escuela.

32.- Rechazo que a mi hijo(a) en la escuela se le hable sobre el desarrollo de sus órganos sexuales (menstruación, eyacuación).

33.- Me agrada explicar y enseñar a mi hijo (a) las diferencias biológicas entre hombres y mujeres.

34.- Es conveniente que al platicar con mi hijo (a) de sus genitales, a estos les llame por su nombre correcto (pene, vagina, vulva).

35.- Considero molesto platicar con mi hijo(a) sobre el aseo de sus órganos sexuales.

36.- Si mi hijo (a) me preguntara como nacen los niños, le contesto claramente y sin rodeos.

37.- Me desagradaría escuchar a mi pareja hablarle a mi hijo (a) de las diferencias sexuales entre hombres y mujeres.

38.- Aceptaría ver a mi hijo (a) besando a una persona del sexo opuesto.

39.- Es conveniente enseñarle a mi hijo (a) la forma en que debe limpiar sus genitales.

40.- No apoyaría la idea de que mi hijo (a) tenga una pareja, ya que afectaría su desarrollo emocional.

41.- Es necesario explicarle a mi hijo (a) que los seres humanos provienen de la unión de dos personas distintas: hombre y mujer.

- 42.- Me parece adecuado que mi hijo (a) juegue al papá y a la mamá.
- 43.- Me agrada escuchar a mi pareja hablarle a mi hijo (a) como llevar adecuadamente el aseo de sus genitales.
- 44.- Si encontrará a mi hijo (a) jugando con sus genitales lo aceptaría pues contribuye a su desarrollo físico y mental.
- 45.- Es conveniente que los hijos(as) vean desnudos a sus padres para que conozcan sus diferencias sexuales.
- 46.- Si mi hijo (a) está conmigo, se comenta algo sobre sexo, y me hace preguntas trato de contestarle y explicarle de la manera más sencilla.
- 47.- Si sorprende a mi hijo (a) observando y tocando el cuerpo de un niño o joven del sexo opuesto lo considero como una curiosidad propia de su desarrollo.
- 48.- Me incomodaría hablarle a mi hijo (a) sobre sus cambios físicos (menstruación, eyaculación).
- 49.- Los profesores de mi hijo (a) deben dar una explicación concreta y clara de las diferencias anatómicas entre hombres y mujeres.
- 50.- Me agrada que mi hijo (a) observe en la escuela un libro ilustrativo de Educación Sexual.
- 51.- Me parece inadecuado que a mi hijo(a) en la escuela le enseñen a mantener una higiene diaria del cuerpo incluidos los órganos sexuales.
- 52.- Es inconveniente que a mi hijo (a) en la escuela se le proporcionen los conocimientos elementales para la práctica de la higiene de los órganos sexuales.
- 53.- Escuchar a mi hijo (a) decir que en la escuela le enseñaron qué es y para qué sirven sus genitales no me molestaría.
- 54.- Considero innecesario que en la escuela muestren a mi hijo (a) láminas educativas del cuerpo desnudo como parte de su aprendizaje escolar.
- 55.- No es adecuado que la escuela enseñe a mi hijo(a) la importancia de la higiene de su cuerpo y los órganos sexuales.
- 56.- Es conveniente que en la escuela se le hable a mi hijo (a) de cómo explorar y conocer sus genitales.
- 57.- Es conveniente que la (el) profesora (or) de mi hijo (a) utilice los nombres correctos para referirse a los órganos sexuales de los niños.
- 58.- Si mi hijo(a) recibe una educación sexual en la escuela, su actitud hacia su propia sexualidad no favorecerá su desarrollo.

59.- Aceptaría que en la escuela le muestren a mi hijo (a) una película con escenas de besos y caricias entre una pareja.

60.- Es conveniente que mi hijo (a) observe en la escuela ilustraciones anatómicas cuando se le está explicando las diferencias sexuales para que comprenda claramente y satisfaga su curiosidad.

61.- Es la escuela deben procurar que los hombres se dediquen a actividades de hombres y las mujeres a sus propias actividades.

62.- Es conveniente que en la escuela a mi hijo (a) se le informe acerca del embarazo y parto.

63.- Me desagradaría ver que mi hijo (a) tuviera una novia (o) entre sus compañeras (os) de la escuela.

64.- Acepto que en la escuela a mi hijo (a) se le hable sobre el desarrollo de sus órganos sexuales (menstruación, eyaculación).

ANEXO 2 ENTREVISTA

ACTITUD ANTE LA EDUCACION SEXUAL

¿Cómo concibe la sexualidad de su hijo (a)?

¿Usted cree que existe diferencia entre la sexualidad de su hijo (a) y el resto de las personas?

¿Qué hace usted si su hijo(a) le pregunta algo sobre sexualidad?

¿Qué entiende usted por educación sexual?

¿Considera necesaria la educación sexual para su hijo(a)?

¿Cree que existe una edad adecuada para proporcionarle educación sexual a su hijo?

¿Qué personas serían las más adecuadas para proporcionar la educación sexual?

¿En la escuela le han brindado información sobre cómo tratar el tema de la sexualidad con su hijo con Síndrome de Down?

¿Sabe sí en la escuela se le proporciona a su hijo (a) educación sexual?

DIFERENCIAS BIOLÓGICAS

¿Al hablar con su hijo de las diferencias biológicas (órganos sexuales) como se refiere a ellos?

¿Cómo le explica a su hijo la diferencia entre hombre y mujer?

IDENTIDAD DE GÉNERO

¿De las tareas que asigna dentro de su hogar su hijo (a) participan?

¿Qué opina de que a la mujer solo se le asignen tareas como: lavar, barrer, planchar, etc.; y a los hombres actividades como estudiar, trabajar o ninguna?

HIGIENE

¿Le ha explicado a su hijo(a) la forma adecuada de asear su cuerpo incluyendo los genitales?

¿Ha resaltado a su hijo(a) la importancia del aseo en sus genitales?

CAMBIOS FÍSICOS Y PSICOLÓGICOS

¿Aceptaría que su hijo(a) estableciera una relación de noviazgo con un compañero de su clase?

¿Estaría de acuerdo en que las personas con Síndrome de Down formen una familia?

Si encuentra a su hijo(a) estimulando o tocando sus genitales ¿Cómo reaccionaría?

¿Cómo habla con su hijo(a) de temas como la eyaculación o la menstruación?

ANEXO 3

TRIPPTICO



Es una expresión biológica, psicológica y social de los individuos, este termino cubre todas las áreas que tiene que ver con nuestro crecimiento, nuestras actitudes, nuestros sentimientos y comportamientos, nuestra forma de relacionarnos unos con otros, la conciencia de nuestro cuerpo y su funcionamiento, la higiene de los genitales, nuestra autoimagen y valores personales por lo tanto nuestro estilo de vida

¿Qué es la Educación Sexual?

Es un proceso por el cual el individuo adquiere valores, conocimientos, normas y patrones de conducta e información sexual que se inicia con el nacimiento y se va transformando en su medio ambiente determinando sus actitudes y comportamientos en la vida adulta.

¿Por qué es importante brindar Educación Sexual?

Porque una persona informada tiene la posibilidad de:

- Fomentar formas más sanas de vivir la sexualidad.
- Conocerse mejor, de entender sus sensaciones y las de los demás, comprender sus cambios y el funcionamiento de su cuerpo y sobre todo, aceptar su sexualidad como parte de su vida de manera natural.
- Promover conductas más responsables y actitudes de tolerancia, respeto y aceptación de la diversidad.



¿El desarrollo sexual de mi hijo (a) es diferente al del resto de las personas?

No, al contrario, el desarrollo sexual de su hijo (a) es igual que el del resto de los seres humanos, solo que muchas veces, los padres pueden enfrentar situaciones difíciles al sentirse incompetentes para educar la sexualidad y muchas veces tienden a negarla o evitarla.

¿Los padres de familia somos los únicos que podemos brindar esta información?

Por supuesto que no, aunque son los principales educadores del niño (a), los profesores, médicos y otros especialistas pueden brindar y brindarnos la información necesaria y adecuada para orientar a nuestros hijos, en otras palabras, el hogar y la escuela son los dos ámbitos fundamentales cada uno con una función concreta, propia, pero complementaria.

¿Es necesario hablar de esto con mi hijo (a)?

Claro que si, es importante que hables de estos temas con tu hijo (a) al igual que de cualquier otro tema para que lo puedas orientar en torno a sus dudas, inquietudes y necesidades propias de cualquier ser humano.



Por lo anterior, es importante y necesario que tu papá y mamá.

- Amplíes tus conocimientos sobre, sexo, sexualidad y Educación Sexual.
- Investigar cuales son las inquietudes y dudas de tu hijo(a) en relación con este tema.
- Busques confianza y cordialidad en la comunicación con tu hijo(a)
- Platiques con tu hijo(a) sobre temas sexuales al igual que de cualquier tema.



¡PIÉNSALO!

Recuerde, ante cualquier duda o para mayor información, acuda al Instituto Mexicano de Sexología, (IMESEX).

Tepic 86. Col. Roma, México D.F.

Tel. 5642850 y 55749070

Ahí le pueden orientar

No tire este folleto, regáleselo a otro padre o madre de familia.

¿?

ELABORADO POR:
Castillo Robledo Alejandra
Perez Sosa Deyanira Berenice

“EDUCACION SEXUAL Y SINDROME DE DOWN”



ANEXO 4

RESULTADOS OBTENIDOS DEL PROGRAMA ESTADÍSTICO SPSS

Sexo de los hijos

	Frecuencia	Porcentaje
Hombre	19	38.0
Mujer	31	62.0
Total	50	100.0

La tabla indica el sexo de los hijos de los padres que participaron en la muestra, 19 son hombres y 31 son mujeres.

Edad de los hijos

	Frecuencia	Porcentaje
0-3	2	4.0
3-6	10	20.0
6-9	12	24.0
9-12	14	28.0
12-15	6	12.0
15-18	5	10.0
18-21	1	2.0
Total	50	100.0

La mayor parte de los hijos de la población se encuentra entre los 6 y 12 años de edad, eso quiere decir que están en la pubertad o por iniciar esta.

Sexo de los padres

	Frecuencia	Porcentaje
Papá	9	18.0
Mamá	41	82.0
Total	50	100.0

Como podemos ver en la tabla dentro de la muestra se contó con la participación de 41 madres de familia y solo 9 padres.

Edad de los padres

	Frecuencia	Porcentaje
25-30	3	6.0
30-35	8	16.0
35-40	9	18.0
40-45	13	26.0
45-50	11	22.0
50-55	5	10.0
55-60	1	2.0
Total	50	100.0

La mayor parte de los padres de familia tienen entre 40 y 50 años de edad, seguidos por los rangos de 30 a 40 años.

Ocupación de los padres

	Frecuencia	Porcentaje
Hogar	30	60.0
Comerciante	6	12.0
Empleado	9	18.0
Obrero	2	4.0
Desempleado	3	6.0
Total	50	100.0

Tomando en cuenta que la mayor parte de la población es mujer es entendible encontrar que la ocupación con mayor presencia es el hogar, esto muestra también el grado bajo de escolaridad que pueden tener los padres de familia que participan en el estudio.

Para efectos de facilidad en el conteo y en la muestra de resultados se utilizaron las siguientes abreviaciones.

Totalmente de acuerdo (TA)

Acuerdo (A)

Indiferente (I)

Desacuerdo (D)

Totalmente en desacuerdo (TD)

Reactivo 1. No considero necesario explicar y enseñar a mi hijo (a) las diferencias biológicas entre las mujeres y los hombres.

	Frecuencia	Porcentaje
TA	10	20.0
A	3	6.0
D	4	8.0
TD	33	66.0
Total	50	100.0

La actitud ante este reactivo es favorable si tomamos en cuenta que 37 de los padres responden con un TD o D.

Reactivo 2. Es necesario que al platicar con mi hijo (a) de sus genitales me refiera a ellos con nombres populares (parajito, tu cosita, el palito).

	Frecuencia	Porcentaje
TA	6	12.0
A	3	6.0
D	14	28.0
TD	27	54.0
Total	50	100.0

La mayoría de los padres de familia (41) están en desacuerdo con esta opinión, lo que indica que opinan que deben utilizar términos correctos al referirse a los genitales.

Reactivo 3. Me agrada platicar abiertamente con mi hijo (a) sobre el aseo de sus órganos sexuales.

	Frecuencia	Porcentaje
TD	3	6.0
D	1	2.0
A	13	26.0
TA	33	66.0
Total	50	100.0

A 46 de los padres de familia les agrada hablar con sus hijos sobre el aseo de los genitales.

Reactivo 4. Si mi hijo (a) me pregunta cómo nacen los niños, evito contestarle.

	Frecuencia	Porcentaje
TA	3	6.0
A	4	8.0
D	14	28.0
TD	29	58.0
Total	50	100.0

Solo 7 de los padres evitan hablar con sus hijos sobre como nacen los niños.

Reactivo 5. Me agradaría escuchar a mi pareja hablarle a mi hijo (a) de las diferencias sexuales entre hombres y mujeres.

	Frecuencia	Porcentaje
TD	3	6.0
D	1	2.0
A	16	32.0
TA	30	60.0
Total	50	100.0

A 46 de los 50 padres que participan en la investigación les agradaría que su pareja hable con su hijo sobre las diferencias entre hombres y mujeres.

Reactivo 6. Me molestaría ver a mi hijo (a) besando a una persona del sexo opuesto.

	Frecuencia	Porcentaje
TA	3	6.0
A	5	10.0
I	1	2.0
D	25	50.0
TD	16	32.0
Total	50	100.0

Solo a 8 de los padres les molestaría que su hijo(a) bese a una persona del sexo opuesto.

Reactivo 7. Me incomoda enseñarle a mi hijo(a) la forma en que debe limpiar sus genitales.

	Frecuencia	Porcentaje
TA	5	10.0
A	3	6.0
D	17	34.0
TD	25	50.0
Total	50	100.0

A 8 padres de familia les incomodaría enseñar a su hijo(a) la forma en que debe de limpiar sus genitales.

Reactivo 8. Considero apropiado apoyar a mi hijo(a) a tener una pareja, ya que beneficia su desarrollo emocional.

	Frecuencia	Porcentaje
TD	3	6.0
D	2	4.0
I	1	2.0
A	22	44.0
TA	22	44.0
Total	50	100.0

44 padres de familia apoyarían a su hijo(a) a establecer una relación de pareja.

Reactivo 9. Es innecesario explicarle a mi hijo(a) que los seres humanos provienen de dos personas distintas; hombre y mujer.

	Frecuencia	Porcentaje
TA	9	18.0
A	1	2.0
D	18	36.0
TD	22	44.0
Total	50	100.0

Solo 10 padres de la muestra no considera necesario explicar a su hijo (a) que los seres humanos provienen de dos personas distintas.

Reactivo 10. Me parece inadecuado que mi hijo (a) juegue al papá o a la mamá.

	Frecuencia	Porcentaje
TA	7	14.0
A	10	20.0
I	2	4.0
D	17	34.0
TD	14	28.0
Total	50	100.0

A 17 de los padres de familia les parece inadecuado que su hijo(a) juegue al papá o a la mamá.

Reactivo 11. Me molestaría escuchar a mi pareja hablarle a mi hijo (a) como llevar adecuadamente el aseo de sus genitales.

	Frecuencia	Porcentaje
TA	3	6.0
A	2	4.0
D	19	38.0
TD	26	52.0
Total	50	100.0

Al 10% de la muestra le molestaría escuchar a su pareja que le hable a su hijo (a) de como asear sus genitales.

Reactivo 12. Si encontrara a mi hijo(a) jugando con sus genitales me molestaría puesto que impide su desarrollo físico y mental.

	Frecuencia	Porcentaje
TA	2	4.0
A	3	6.0
I	1	2.0
D	28	56.0
TD	16	32.0
Total	50	100.0

A 5 de los padres le molesta que su hijo(a) juegue con sus genitales.

Reactivo 13. Es inconveniente que mi hijo (a) vea desnudos a sus padres para conocer las diferencias sexuales.

	Frecuencia	Porcentaje
TA	5	10.0
A	8	16.0
I	2	4.0
D	28	56.0
TD	7	14.0
Total	50	100.0

El 26% de la población creen que es inconveniente que su hijo(a) los vean desnudos para conocer las diferencias sexuales.

Reactivo 14. Si mi hijo (a) está conmigo, se comenta algo sobre sexo y me hace preguntas, lo ignoro y cambio el tema.

	Frecuencia	Porcentaje
TA	4	8.0
A	5	10.0
D	22	44.0
TD	19	38.0
Total	50	100.0

9 de los padres de familia no hablan de sexo cuando su hijo (a) esta con ellos.

Reactivo 15. Si sorprendo a mi hijo (a) observando y tocando el cuerpo de alguien del sexo opuesto lo considero impropio.

	Frecuencia	Porcentaje
TA	10	20.0
A	14	28.0
D	16	32.0
TD	10	20.0
Total	50	100.0

Solo 26 padres de familia consideran apropiado que su hijo observe el cuerpo de una persona del sexo opuesto.

Reactivo 16. Me agradaría hablarle a mi hijo (a) sobre sus cambios físicos (menstruación, eyaculación).

	Frecuencia	Porcentaje
TD	1	2.0
D	2	4.0
A	15	30.0
TA	32	64.0
Total	50	100.0

A 3 padres les desagradaría explicarle a su hijo sobre sus cambios físicos como la menstruación y eyaculación.

Reactivo 17. Los profesores deben evitar dar una explicación concreta y clara de las diferencias anatómicas entre hombres y mujeres.

	Frecuencia	Porcentaje
TA	3	6.0
A	1	2.0
D	17	34.0
TD	29	58.0
Total	50	100.0

El 8 % de la población consideran que los profesores deben evitar explicar las diferencias anatómicas entre hombres y mujeres.

Reactivo 18. Me desagradaría que mi hijo (a) observe en la escuela un libro ilustrativo de Educación Sexual.

	Frecuencia	Porcentaje
TA	10	20.0
A	6	12.0
I	1	2.0
D	15	30.0
TD	18	36.0
Total	50	100.0

Al 66% de la muestra les agrada que su hijo (a) observen en la escuela un libro de Educación sexual

Reactivo 19. Me parece adecuado que a mi hijo (a) en la escuela le enseñen a mantener una higiene diaria del cuerpo incluidos los órganos sexuales.

	Frecuencia	Porcentaje
TD	2	4.0
D	5	10.0
A	14	28.0
TA	29	58.0
Total	50	100.0

A 7 padres de familia les parece inadecuado que la escuela enseñe a mantener una higiene diaria del cuerpo.

Reactivo 20. Es conveniente que a mi hijo (a) en la escuela se le proporcionen los conocimientos elementales para la práctica de la higiene de los órganos sexuales.

	Frecuencia	Porcentaje
TD	1	2.0
D	4	8.0
A	18	36.0
TA	27	54.0
Total	50	100.0

El 10 % de la población consideran inconveniente que la escuela proporcione conocimientos para la práctica de la higiene en los órganos sexuales.

Reactivo 21. Me molestaría escuchar a mi hijo (a) decir que en la escuela le enseñaron qué es y para qué sirven sus genitales.

	Frecuencia	Porcentaje
TA	8	16.0
A	7	14.0
D	20	40.0
TD	15	30.0
Total	50	100.0

A 35 de los padres no le molesta que su hijo(a) mencione que en la escuela le enseñaron que son y para que sirven los genitales.

Reactivo 22. Considero necesario que en la escuela muestren láminas educativas con cuerpos desnudos a mi hijo (a) como parte de su aprendizaje escolar.

	Frecuencia	Porcentaje
TD	1	2.0
D	2	4.0
I	2	4.0
A	23	46.0
TA	22	44.0
Total	50	100.0

45 padres de familia creen necesario que a su hijo se le muestren láminas educativas de cuerpos desnudos en la escuela como parte de su aprendizaje.

Reactivo 23. La escuela es la indicada de enseñar a mi hijo (a) la importancia de la higiene del cuerpo y sus órganos sexuales.

	Frecuencia	Porcentaje
TD	1	2.0
D	17	34.0
A	22	44.0
TA	10	20.0
Total	50	100.0

Solo 18 padres están en desacuerdo de que la escuela le enseñe a su hijo(a) la importancia de la higiene del cuerpo.

Reactivo 24. Es innecesario que en la escuela se le hable a mi hijo (a) de cómo explorar y conocer sus genitales.

	Frecuencia	Porcentaje
TA	7	14.0
A	11	22.0
I	2	4.0
D	19	38.0
TD	11	22.0
Total	50	100.0

17 padres y madres de familia piensan que es innecesario que en la escuela se le hable a si hijo de cómo explorar y conocer sus genitales.

Reactivo 25. Es inconveniente que la maestra (o) de mi hijo (a) utilice los nombres correctos para referirse a los órganos sexuales.

	Frecuencia	Porcentaje
TA	9	18.0
A	6	12.0
D	18	36.0
TD	17	34.0
Total	50	100.0

El 70% de los padres indican que es conveniente que la maestra de su hijo utilice los nombres correctos para referirse a los órganos sexuales.

Reactivo 26. Si mi hijo (a) recibe una educación sexual en la escuela, su actitud hacia su propia sexualidad favorecerá su desarrollo.

	Frecuencia	Porcentaje
TD	2	4.0
D	2	4.0
A	23	46.0
TA	23	46.0
Total	50	100.0

El 8% de la población indican estar en desacuerdo de que su hijo (a) reciba una educación sexual en la escuela.

Reactivo 27. Me molestaría que en la escuela le muestren a mi hijo (a) una película con escenas de besos y caricias entre una pareja.

	Frecuencia	Porcentaje
TA	10	20.0
A	11	22.0
I	2	4.0
D	18	36.0
TD	9	18.0
Total	50	100.0

A 21 padres les molesta que a su hijo (a) le muestren en la escuela una película con escenas de besos y caricias.

Reactivo 28. Es inconveniente que en la escuela se le explique a mi hijo (a) las diferencias sexuales, basándose en ilustraciones anatómicas, porque no entendería nada y despertaría más su curiosidad.

	Frecuencia	Porcentaje
TA	7	14.0
A	10	20.0
D	20	40.0
TD	13	26.0
Total	50	100.0

El 34% de la muestra consideran inconveniente que la escuela explique a su hijo(a) las diferencias sexuales.

Reactivo 29. En la escuela deben mostrar a los hombres y mujeres actividades tradicionalmente asignados tanto a su sexo como al contrario.

	Frecuencia	Porcentaje
TD	13	26.0
D	7	14.0
I	1	2.0
A	18	36.0
TA	11	22.0
Total	50	100.0

El 58% de los padres indican que están a favor de que la escuela muestre a sus hijos (as) actividades asignadas tanto a su sexo como al contrario.

Reactivo 30. Me desagradaría que mi hijo (a) en la escuela le explicarán acerca del embarazo y parto.

	Frecuencia	Porcentaje
TA	6	12.0
A	7	14.0
I	1	2.0
D	18	36.0
TD	18	36.0
Total	50	100.0

A 13 de los padres de familia les desagrada que la escuela explique a su hijo(a) temas como el embarazo y el parto.

Reactivo 31. Me gustaría ver que mi hijo (a) tuviera una novia (o) entre sus compañeras (os) de la escuela.

	Frecuencia	Porcentaje
TD	7	14.0
D	5	10.0
I	8	16.0
A	26	52.0
TA	4	8.0
Total	50	100.0

8 de los 50 padres y madres de familia se muestran indiferentes ante el hecho de que su hijo(a) establezca una relación de noviazgo con una compañera de la escuela.

Reactivo 32. Rechazo que a mi hijo(a) en la escuela se le hable sobre el desarrollo de sus órganos sexuales (menstruación, eyaculación).

	Frecuencia	Porcentaje
TA	3	6.0
A	8	16.0
D	26	52.0
TD	13	26.0
Total	50	100.0

El 22% de los padres rechazan que en la escuela se le hable a su hijo (a) sobre el desarrollo de sus órganos sexuales.

Reactivo 33. Me agrada explicar y enseñar a mi hijo (a) las diferencias biológicas entre hombres y mujeres.

	Frecuencia	Porcentaje
TD	1	2.0
D	1	2.0
A	24	48.0
TA	24	48.0
Total	50	100.0

A 48 padres les agrada explicar y enseñar las diferencias biológicas a su hijo(a)

Reactivo 34. Es conveniente que al platicar con mi hijo (a) de sus genitales, a estos les llame por su nombre correcto (pene, vagina, vulva).

	Frecuencia	Porcentaje
A	22	44.0
TA	28	56.0
Total	50	100.0

El total de la muestra (50 padres) juzgan conveniente que al platicar con su hijo de sus genitales se refieran a ellos por su nombre correcto.

Reactivo 35. Considero molesto platicar con mi hijo(a) sobre el aseo de sus órganos sexuales.

	Frecuencia	Porcentaje
TA	5	10.0
A	3	6.0
D	24	48.0
TD	18	36.0
Total	50	100.0

A 8 de los 50 padres si les molesta platicar sobre el aseo de los órganos sexuales con su hijo(a)

Reactivo 36. Si mi hijo (a) me preguntará como nacen los niños, le contesto claramente y sin rodeos.

	Frecuencia	Porcentaje
TD	1	2.0
A	21	42.0
TA	28	56.0
Total	50	100.0

Solo un padre de familia no le contestaría a su hijo(a) como nacen los niños.

Reactivo 37. Me desagradaría escuchar a mi pareja hablarle a mi hijo (a) de las diferencias sexuales entre hombres y mujeres.

	Frecuencia	Porcentaje
TA	9	18.0
A	5	10.0
D	25	50.0
TD	11	22.0
Total	50	100.0

Al 28% de la población les desagradaba que su pareja le hable a su hijo(a) sobre las diferencias sexuales.

Reactivo 38. Aceptaría ver a mi hijo (a) besando a una persona del sexo opuesto.

	Frecuencia	Porcentaje
TD	4	8.0
D	8	16.0
I	1	2.0
A	24	48.0
TA	13	26.0
Total	50	100.0

Doce padres de familia opinan estar en contra de que su hijo(a) bese a una persona del sexo opuesto.

Reactivo 39. Es conveniente enseñarle a mi hijo (a) la forma en que debe limpiar sus genitales.

	Frecuencia	Porcentaje
TD	3	6.0
A	20	40.0
TA	27	54.0
Total	50	100.0

47 padres consideran conveniente enseñar la forma de limpiar los genitales.

Reactivo 40. No apoyaría la idea de que mi hijo (a) tenga una pareja, ya que afectaría su desarrollo emocional.

	Frecuencia	Porcentaje
TA	3	6.0
A	4	8.0
D	24	48.0
TD	19	38.0
Total	50	100.0

El 14 % de la muestra opinan estar de acuerdo en no apoyar la idea de que su hijo(a) tenga una pareja.

Reactivo 41. Es necesario explicarle a mi hijo (a) que los seres humanos provienen de la unión de dos personas distintas: hombre y mujer.

	Frecuencia	Porcentaje
TD	2	4.0
D	1	2.0
A	12	24.0
TA	35	70.0
Total	50	100.0

A 3 padres de familia les parece innecesario explicar que los seres humanos provenimos de la unión de dos personas.

Reactivo 42. Me parece adecuado que mi hijo (a) juegue al papá y a la mamá.

	Frecuencia	Porcentaje
TD	7	14.0
D	9	18.0
I	3	6.0
A	22	44.0
TA	9	18.0
Total	50	100.0

El 62% de la muestra creen que es adecuado que su hijo(a) juegue al papá y a la mamá.

Reactivo 43. Me agradaría escuchar a mi pareja hablarle a mi hijo (a) como llevar adecuadamente el aseo de sus genitales.

	Frecuencia	Porcentaje
TD	2	4.0
D	2	4.0
A	29	58.0
TA	17	34.0
Total	50	100.0

A 46 padres o madres de familia les agrada que su pareja le platique a si hijo(a) como llevar apropiadamente el aseo de sus genitales.

Reactivo 44. Si encontrará a mi hijo (a) jugando con sus genitales lo aceptaría pues contribuye a su desarrollo físico y mental.

	Frecuencia	Porcentaje
TD	6	12.0
D	10	20.0
I	1	2.0
A	22	44.0
TA	11	22.0
Total	50	100.0

A 16 padres de familia les molesta encontrar a su hijo(a) jugando con sus genitales.

Reactivo 45. Es conveniente que los hijos(as) vean desnudos a sus padres para que conozcan sus diferencias sexuales.

	Frecuencia	Porcentaje
TD	8	16.0
D	10	20.0
I	1	2.0
A	20	40.0
TA	11	22.0
Total	50	100.0

La opinión de 31 padres de familia es de aceptación ante el hecho de que sus hijos los vean desnudos para que conozcan las diferencias biológicas.

Reactivo 46. Si mi hijo (a) está conmigo, se comenta algo sobre sexo, y me hace preguntas trato de contestarle y explicarle de la manera más sencilla.

	Frecuencia	Porcentaje
A	23	46.0
TA	27	54.0
Total	50	100.0

En este reactivo se muestra que todos los padres opinan estar a favor de que si su hijo(a) les pregunta algo sobre sexo les deben contestar y explicar sus dudas.

Reactivo 47. Si sorprende a mi hijo (a) observando y tocando el cuerpo de un niño o joven del sexo opuesto lo considero como una curiosidad propia de su desarrollo.

	Frecuencia	Porcentaje
TD	12	24.0
D	15	30.0
A	18	36.0
TA	5	10.0
Total	50	100.0

El 54% de la muestra consideran inadecuado encontrar a su hijo(a) observando y tocando el cuerpo de una persona del sexo opuesto.

Reactivo 48. Me incomodaría hablarle a mi hijo (a) sobre sus cambios físicos (menstruación, eyaculación).

	Frecuencia	Porcentaje
TA	4	8.0
A	3	6.0
D	21	42.0
TD	22	44.0
Total	50	100.0

Al 14% de los padres le incomoda hablar con su hijo(a) de sus cambios físicos tales como: la menstruación, eyaculación, etc.

Reactivo 49. Los profesores de mi hijo (a) deben dar una explicación concreta y clara de las diferencias anatómicas entre hombres y mujeres.

	Frecuencia	Porcentaje
TD	2	4.0
D	1	2.0
I	1	2.0
A	24	48.0
TA	22	44.0
Total	50	100.0

A 46 padres les parece conveniente que los profesores expliquen las diferencias entre hombres y mujeres.

Reactivo 50. Me gustaría que mi hijo (a) observe en la escuela un libro ilustrativo de Educación Sexual.

	Frecuencia	Porcentaje
TD	2	4.0
D	4	8.0
A	26	52.0
TA	18	36.0
Total	50	100.0

A 44 padres les agrada que observe su hijo(a) un libro de educación sexual.

Reactivo 51. Me parece inadecuado que a mi hijo(a) en la escuela le enseñen a mantener una higiene diaria del cuerpo incluidos los órganos sexuales.

	Frecuencia	Porcentaje
TA	3	6.0
A	7	14.0
D	21	42.0
TD	19	38.0
Total	50	100.0

Consideran inadecuado 10 padres de familia, que en la escuela le enseñen a su hijo a mantener la higiene de su cuerpo.

Reactivo 52. Es inconveniente que a mi hijo (a) en la escuela se le proporcionen los conocimientos elementales para la práctica de la higiene de los órganos sexuales.

	Frecuencia	Porcentaje
TA	3	6.0
A	3	6.0
D	27	54.0
TD	17	34.0
Total	50	100.0

Para 6 padres y madres de familia es inconveniente que la escuela proporcione conocimientos para la práctica de la higiene de los órganos sexuales.

Reactivo 53. Escuchar a mi hijo (a) decir que en la escuela le enseñaron qué es y para qué sirven sus genitales no me molestaría.

	Frecuencia	Porcentaje
TD	6	12.0
D	11	22.0
A	23	46.0
TA	10	20.0
Total	50	100.0

El 66% de la muestra opina que acepta escuchar que su hijo(a) mencione que en la escuela le enseñen que son y para que sirven sus genitales.

Reactivo 54. Considero innecesario que en la escuela muestren a mi hijo (a) láminas educativas del cuerpo desnudo como parte de su aprendizaje escolar.

	Frecuencia	Porcentaje
TA	3	6.0
A	6	12.0
D	23	46.0
TD	18	36.0
Total	50	100.0

Para 9 padres es innecesario que se muestren en la escuela láminas de un cuerpo desnudo como parte de su aprendizaje.

Reactivo 55. No es adecuado que la escuela enseñe a mi hijo(a) la importancia de la higiene de su cuerpo y los órganos sexuales.

	Frecuencia	Porcentaje
A	4	8.0
D	30	60.0
TD	16	32.0
Total	50	100.0

4 de los 50 padres creen que no es adecuado que la escuela enseñe la importancia de la higiene de su cuerpo incluyendo los órganos sexuales.

Reactivo 56. Es conveniente que en la escuela se le hable a mi hijo (a) de cómo explorar y conocer sus genitales.

	Frecuencia	Porcentaje
TD	1	2.0
D	8	16.0
A	25	50.0
TA	16	32.0
Total	50	100.0

Para 41 padres es favorable que la escuela le enseñe a su hijo(a) de cómo explorar y conocer sus genitales.

Reactivo 57. Es conveniente que la (el) profesora (or) de mi hijo (a) utilice los nombres correctos para referirse a los órganos sexuales de los niños.

	Frecuencia	Porcentaje
TD	1	2.0
D	4	8.0
A	25	50.0
TA	20	40.0
Total	50	100.0

El 90% de la población opinan que es factible que en la escuela se utilicen los nombres correctos para referirse a los genitales.

Reactivo 58. Si mi hijo(a) recibe una educación sexual en la escuela, su actitud hacia su propia sexualidad no favorecerá su desarrollo.

	Frecuencia	Porcentaje
TA	9	18.0
A	3	6.0
D	24	48.0
TD	14	28.0
Total	50	100.0

La actitud de 38 padres de familia es favorable para que en la escuela su hijo(a) reciba educación sexual ya que beneficia su desarrollo.

Reactivo 59. .- Aceptaría que en la escuela le muestren a mi hijo (a) una película con escenas de besos y caricias entre una pareja.

	Frecuencia	Porcentaje
TD	9	18.0
D	15	30.0
I	2	4.0
A	19	38.0
TA	5	10.0
Total	50	100.0

Tan solo 24 padres aceptan que sus hijos(as) vean en la escuela una película con escenas de besos y caricias entre una pareja.

Reactivo 60. Es conveniente que mi hijo (a) observe en la escuela ilustraciones anatómicas cuando se le esta explicando las diferencias sexuales para que comprenda claramente y satisfaga su curiosidad.

	Frecuencia	Porcentaje
D	4	8.0
I	1	2.0
A	34	68.0
TA	11	22.0
Total	50	100.0

Para 45 padres y madres es conveniente se observe en la escuela ilustraciones que muestren las diferencias sexuales de las personas.

Reactivo 61. Es la escuela deben procurar que los hombres se dediquen a actividades de hombres y las mujeres a sus propias actividades.

	Frecuencia	Porcentaje
TA	4	8.0
A	8	16.0
I	2	4.0
D	25	50.0
TD	11	22.0
Total	50	100.0

Solo 12 padres creen conveniente que en la escuela se procuren actividades propias para cada sexo.

Reactivo 62. Es conveniente que en la escuela a mi hijo (a) se le informe acerca del embarazo y parto.

	Frecuencia	Porcentaje
TD	1	2.0
D	3	6.0
A	20	40.0
TA	26	52.0
Total	50	100.0

Al 92% de la muestra les parece adecuado que se les informe a sus hijos(as) acerca del embarazo y del parto.

Reactivo 63. Me desagradaría ver que mi hijo (a) tuviera una novia (o) entre sus compañeras (os) de la escuela.

	Frecuencia	Porcentaje
TA	5	10.0
A	17	34.0
I	2	4.0
D	19	38.0
TD	7	14.0
Total	50	100.0

A 22 les incomoda que su hijo(a) tenga una novia en la escuela.

Reactivo 64. Acepto que en la escuela a mi hijo (a) se le hable sobre el desarrollo de sus órganos sexuales (menstruación, eyaculación).

	Frecuencia	Porcentaje
TD	2	4.0
D	1	2.0
A	24	48.0
TA	23	46.0
Total	50	100.0

El 94% de la muestra aceptan que a su hijo(a) se les hable del desarrollo de sus órganos sexuales en la escuela.

GLOSARIO

A

Acetábulo: Cavidad en forma de taza, situado en el hueso ilíaco que recibe la cabeza del fémur.

Agudo (a): Enfermedad, desorden o trastorno relativamente grave que aparece en forma repentina y fulminante, con un auge rápido.

Amelódico (a): Sin melodía

Andrógenos: fármaco que estimula las características masculinas. Las hormonas naturales, como la testosterona y sus ésteres y análogos, se utilizan principalmente como tratamiento de sustitución durante el climaterio masculino.

Anovulación: incapacidad de los ovarios para producir, madurar o liberar óvulos por inmadurez o posmadurez ovárica.

Antelix: Prominencia en el pabellón de la oreja.

Atrofia: Disminución en la reparación nutricia del volumen y peso de una parte del cuerpo, órgano o tejido sin que sus elementos se degeneren.

C

Célula: Unidad microscópica de función y estructura que forma la base del tejido organizado de los seres vivos.

Centrómero: región limitada y especializada del cromosoma que une los dos cromátoides entre sí y las fibras del huso durante la mitosis y meiosis. En el curso de la división celular los centrómeros se dividen longitudinalmente y cada mitad pasa a uno de los nuevos cromosomas hijos.

Cigoto: Célula resultante de la unión de dos gametos / óvulo fertilizado. (Véase gameto, ovulo)

Consanguinidad: Parentesco entre individuos que descienden de un árbol genealógico común.

Cromosoma: Parte del núcleo de una célula que contiene y transmite la información genética. (Véase genética)

Crónico: Padecimiento que dura mucho tiempo. Contrario de agudo. (Véase agudo).

E

Espermicida: que destruye los espermatozoides.

Esternón: Hueso simétrico e impar situado en el tronco del cuerpo, en la parte delantera y al que se unen las clavículas y las costillas.

Estrógeno: sustancia perteneciente a un grupo de compuestos esteroides hormonales que favorecen el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios femeninos.

F

Fisura: Hendidura o surco, tanto patológico como normal.

Fluoración: adición de fluór, especialmente al suministro de agua potable, para reducir la incidencia de caries dentales. Las cantidades excesivas de fluór pueden causar moteado del esmalte, osteoporosis, intoxicación aguda y muerte.

G

Gameto: Célula sexual (o reproductiva), masculina o femenina, que se une con otra de distinto sexo para formar un cigoto, el cual es capaz de desarrollarse formando un organismo completo, se le llama también célula sexual. (Véase Célula o Cigoto)

Genética (o): Relativo al origen, al nacimiento, a la herencia y la reproducción.

Génico: Sufijo que significa <<causante de, formador de, producto de >>

Gen: unidad biológica de material genético y de la herencia biológica.

Gestación: Duración del embarazo; período de tiempo comprendido desde la fertilización del óvulo hasta el parto.

Gutural: Relativo a la garganta. Y se dice de las consonantes velares (g,j,k).

H

Heterocigosis: Formación de un cigoto por la unión de dos gametos que poseen pares y genes distintos.

Hepatitis: trastorno inflamatorio del hígado, puede deberse a una infección bacteriana o vírica, infestación parasitaria, por una transfusión de sangre incompatible y la acción del alcohol, determinados fármacos y toxinas.

Herpes Simple: infección producida por el virus herpes simple que tiene una gran afinidad por la piel y el sistema nervioso y ocasiona la aparición de pequeñas ampollas llenas de líquido de evolución transitoria, a veces dolorosa, asientan en la piel y las membranas mucosas. El herpes simple tipo I suele asentarse en la región facial (boca, nariz) y el tipo II se limita a la región genital.

Hipertrofia: Desarrollo anormal exagerado de los elementos anatómicos (con aumento de peso y volumen) de un órgano corporal o parte del mismo, sin modificación de la estructura de éstos.

Hipotónico: Que tiene el tono o tensión muscular anormalmente disminuido.

Hueso occipital: Hueso de la parte posterior del cráneo

I

Ilíaco: Hueso de la cadera. Se presenta en pareja y con está el hueso ACRO se forma el pelvis.

Inversión: Alteración cromosomita en la que dos o más segmentos del cromosoma se separan de él y vuelven a unirse en un orden contrario erróneo, lo que origina que los genes de un brazo del cromosoma estén en posición y secuencia diferentes, contrarias de las del otro brazo.

Ionización: proceso en el que un átomo o molécula neutra gana o pierde electrones y, de este modo, adquiere una carga eléctrica positiva o negativa. La radiación ionizante produce ionización a su paso a través de la materia.

M

Meiosis: Tipo de división del núcleo de una célula (generalmente dos divisiones sucesivas), que producen células hijas que tienen la mitad de cromosomas que la célula (madre) original.

Mitosis: División indirecta del núcleo de una célula de tal manera que cada uno de los núcleos hijos recibe exactamente a los mismos cromosomas que el núcleo progenitor original.

O

Occipital: Perteneciente o relativo al occipucio situado en la proximidad del hueso occipital. (Ver Hueso occipital u Occipucio.)

Occipucio: Parte posterior de la cabeza.

Otitis: Alteración en el funcionamiento del órgano del oído caracterizada por la inflamación crónica o aguda del mismo, acompañada de vértigo, trastornos de audición, fiebre y dolor.

P

Pabellón auditivo: Cartílago en forma de embudo que es la parte exterior visible del oído.

PH: Escala que representa la acidez relativa de una solución.

Palmar, Pliegue: Surco normal que atraviesa la palma de la mano.

Palpebral: Referente a los párpados.

Pliegue: reborde de tejido.

Paradentosis: Relativo a las alteraciones y enfermedades alrededor del diente.

Q

Quiasmas: cruce de dos cromátides en la profase de la meiosis.

R

Radiación Ionizante: las ondas electromagnéticas de alta energía (como los rayos x y gamma) y los rayos constituidos por partículas (alfa, beta, electrones, neutrones, etc.) en su trayectoria disocian a las sustancias de los iones, afectando directamente a los organismos vivos al destruir células o retrasar su desarrollo. Sus efectos secundarios comprenden la producción de mutaciones en los genes y alteraciones cromosómicas.

T

Translocación: redistribución del material genético dentro del mismo cromosoma o transferencia de un segmento de un cromosoma a otro no homólogo.

X

Xifosis dorso lumbar: Alteración patológica y deformante del apéndice xifoides del hueso esternón, y que afecta la espada.

Las palabras contenidas en este glosario fueron consultadas en el Diccionario de Medicina, Océano Mosby.