



Universidad
Zaragoza

Trabajo Fin de Grado

Educación Sexual e intervención con Síndrome de
Down

Autor

Paula Mainar Ibáñez

Director

Lucía Glez-Mendiondo Carmona

Facultad de Ciencias Humanas y de la Educación. Campus de Huesca.

Año 2016/2017

Índice	
Resumen	4
Consideraciones preliminares:	5
1. INTRODUCCIÓN	6
2. EDUCACIÓN SEXUAL	8
2.1. El hecho sexual humano	9
2.2. Educación vs Prevención.	10
2.2.1. <i>Educación sexual desde la familia.</i>	13
2.2.2. <i>Educación Sexual en la escuela.</i>	16
3. DISCAPACIDAD INTELECTUAL	17
3.1. Síndrome de Down.	19
3.2. Síndrome de Down y afectividad.	22
4. EDUCACIÓN SEXUAL Y DISCAPACIDAD	24
4.1. Mitos sobre la sexualidad de las personas con discapacidad intelectual.	25
4.2. Dimensiones de la sexualidad con síndrome de Down.	29
4.3. Miedos y actitudes de las familias.	30
4.4. Motivos para realizar educación sexual.	32
5. INTERVENCIÓN EN EDUCACIÓN SEXUAL CON PERSONAS CON SÍNDROME DE DOWN	35
5.1. Sexo: hombres y mujeres.	39
5.2. Sexualidad:	39
5.3. Erótica y relaciones amoratorias.	39
5.1. Sexo: hombres y mujeres.	39
5.1.1 <i>El cuerpo</i>	39
5.1.2 <i>Pubertad y adolescencia: cambios físicos e implicaciones psicológicas.</i>	40
5.1.3 <i>Relación entre sexos.</i>	41
5.2. Sexualidad.	42
5.2.1. <i>Enamoramiento y orientación sexual del deseo erótico.</i>	42
5.2.2. <i>Menstruación y eyaculaciones.</i>	43
5.2.3. <i>Masturbación:</i>	44
5.2.4. <i>Higiene personal:</i>	45
5.3. Erótica y relaciones amoratorias.	45
5.3.1. <i>Deseos.</i>	45
5.3.2. <i>Prevención de enfermedades y embarazos.</i>	46
5.3.3. <i>Mitos sobre las relaciones de pareja.</i>	47
5.3.4. <i>El porno no es la sexualidad.</i>	48

6. CONCLUSIONES Y VALORACIÓN PERSONAL.....	49
7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	52
WEBGRAFÍA.....	54

Educación sexual e intervención con Síndrome de Down

Sexual education and intervention with Down Syndrome

- Elaborado por Paula Mainar Ibáñez
- Dirigido por Lucía Glez-Mendonado Carmona.
- Presentado para su defensa en la convocatoria de Diciembre del año 2016.
- Número de palabras (sin incluir anexos): 17974.

Resumen

El presente trabajo ha sido realizado con el objetivo de desmitificar la creencia de que las personas con discapacidad intelectual, en este caso, Síndrome de Down, carecen de sexualidad. Existen tantas sexualidades como seres humanos hay en el mundo, y cada sexualidad es única e irreplicable.

Palabras clave: Educación sexual, sexualidad, discapacidad intelectual, Síndrome de Down.

Abstract

This paper has been written with the aim of demystifying the belief that people with intellectual disabilities, in this case, Down syndrome, haven't got any sexuality. There are as many sexualities as human beings in the world, and every sexuality is the only and unrepeatable.

Key words:

Sexual education, sexuality, intellectual disability, Down syndrome.

Consideraciones preliminares:

A lo largo del presente trabajo de fin de grado se utilizan términos que pueden servir para designar a grupos formados por personas de ambos géneros.

Se utilizan nombres genéricos como alumno, profesor, educador, etc., que de no indicarse de forma específica lo contrario, siempre se referirán a varones y mujeres.

Estos términos masculinos, según aprobación expresa de la Real Academia de la Lengua Española, tienen como objetivo designar no sólo a grupos formados por integrantes de sexo masculino, sino también de sexo femenino.

Con ello, no se pretende en absoluto ninguna intencionalidad discriminatoria ni uso sexista del lenguaje.

1. INTRODUCCIÓN.

JUSTIFICACIÓN.

“La primera tarea de la educación es agitar la vida, pero dejarla libre para que se desarrolle” (Montessori, 1982, p. 20).

Tal y como apuntaba la gran pedagoga Montessori (1982), debemos despertar la curiosidad en los niños, el maestro es un guía de aprendizaje. Los niños se equivocan, manipulan los objetos y los materiales, descubren y experimentan con su entorno, pero también con el propio cuerpo.

Todo conocimiento de los niños, sobre todo en las primeras edades, se realiza a través del cuerpo. En educación infantil, diferenciamos nuestras partes del cuerpo: la cabeza, la boca, las orejas, los ojos, las cejas...y con ello también diferenciamos si somos niños o niñas.

En este momento, es donde la educación sexual juega su papel principal, los niños se dan cuenta que son diferentes a las niñas. Desde muy pequeños, descubren sus órganos sexuales y por ello es a través del juego, físgoneo, autodescubrimiento... cuando comienzan a descubrir su sexualidad.

El tema objeto de estudio se abarca desde dos ejes principales: La educación sexual y Síndrome de Down.

Tras la lectura de la bibliografía junto con mis inquietudes personales y profesionales como maestra de Educación Primaria, me surgen incógnitas cuyo objetivo es dar respuesta a dichas incógnitas con el presente trabajo. Entre las cuestiones a destacar se encuentran las siguientes: ¿Por qué es importante la educación sexual de las personas con discapacidad intelectual? ¿Qué relevancia cobra la sexualidad en las personas con síndrome de Down?

La educación sexual sigue siendo un tema tabú, del que no queremos saber, no hablamos y, en ocasiones nos avergüenza. Las personas con Síndrome de Down, comparten ciertas características en el tema que tratamos (aunque no deben ser generalizadas): elevada afectividad y dificultad para controlar y canalizar sus dosis de afecto, por ello, cobra especial importancia la educación tanto emocional como sexual a lo largo de las diferentes etapas educativas, y con ello, el trabajo en aspectos naturales

del ser humano como: los cambios durante la pubertad y la adolescencia, menstruación, relaciones sexuales, métodos anticonceptivos, deseo sexual, entre otros.

Poco a poco, asociaciones, familias, expertos en la materia, van clarificando y dando información sobre la sexualidad y lo que rodea a dicho término. En el ámbito educativo, son escasos los momentos dedicados para hablar de ella, resolver dudas, descubrir... todos tenemos derecho a recibir educación sexual, por ello también las personas que tienen cualquier tipo de discapacidad.

Es importante dar pautas y guiar a nuestros alumnos con discapacidad intelectual porque, al igual que los demás, tienen curiosidad y ganas de aprender acerca de su sexualidad.

Por ello, a través de planteamientos claros, dinámicos y basados en un aprendizaje vivencial en todo momento, se trabajará la sexualidad en el tercer ciclo de Educación Primaria, una edad que se encuentra en un periodo de tránsito entre la infancia y la adolescencia, denominada pubertad.

La elección de este tema para la elaboración y defensa del presente Trabajo de fin de grado ha sido elaborada gracias a varias hipótesis extraídas mediante la observación en las aulas y en la vida cotidiana de los niños.

Tras contemplar el trabajo en el aula, se puede percibir que los niños muestran confusión y desconocimiento en temas de educación sexual y, en muchas ocasiones, la información que reciben es totalmente errónea procedente de medios de comunicación y de nuevas tecnologías.

La falta de información sobre la educación sexual, sobre la sexualidad y el sexo, marcan un desconocimiento total por parte de los niños y también de sus familias. Cuando hablamos de las personas con discapacidad, en la gran mayoría de los casos, no reciben una adecuada formación sobre estos temas y, por ello, su manera de afrontar el tema en la vida cotidiana suele diferir con respecto a las personas sin discapacidad.

Con este trabajo El objetivo fundamental que se persigue se corresponde con el siguiente: conocer y, desmontar en la medida de lo posible, los mitos que rodean la educación sexual de las personas con discapacidad intelectual, en concreto, las personas con Síndrome de Down. Este objetivo general se concreta en los siguientes objetivos:

- Desmitificar la creencia de que las personas con Síndrome de Down carecen de sexualidad.
- Entender la sexualidad de las personas con Síndrome de Down como un hecho sexual humano.
- Eliminar la visión del tema “tabú” de la educación sexual en la sociedad.
- Modificar las creencias acerca de las necesidades de las personas con Síndrome de Down en referencia a la sexualidad humana.
- Clarificar el concepto de la prevención en educación sexual.
- Plantear una metodología para trabajar la educación sexual con personas con Síndrome de Down.

Como futuros profesionales de la educación es vital otorgar importancia a la programación y la ayuda constante a los alumnos a tenor de sus necesidades individuales, llevado a cabo cualquier adaptación pertinente, ya sea material, en el lenguaje o en la metodología.

2. EDUCACIÓN SEXUAL.

La dimensión sexual es una dimensión más del ser humano. Por tanto, junto al resto de ámbitos de la vida de una persona, debe ser educada, haciendo comprender que el hombre es un ser único, y que debe por ello recibir una educación integral en todas sus facetas, en el caso contrario, el desconocimiento y evitar trabajar el tema, puede provocar graves problemas sociales y personales (Gómez-Ocaña, 1998).

A nivel educativo, la educación sexual se comienza en Educación Infantil a través de la cual trabajamos diferentes áreas de contenido: las partes del cuerpo, las diferencias entre el cuerpo masculino y femenino, el embarazo, la gestación, las emociones...las cuales están presentes día a día en nuestra aula. Dicha temática es llevada a cabo en las aulas de Educación Primaria a través de la educación para la salud.

El sentido y los significados que damos a la sexualidad se transmiten, fundamentalmente, a través de nuestra forma de ser y de relacionarnos como seres humanos. Cada niño con sus singularidades y con sus necesidades, observa y experimenta actitudes que puede integrar en su propio día a día. Cuentan con la relación y con el apoyo que les prestamos los maestros, con el objetivo de realizar aprendizajes duraderos y que persigan un aprendizaje significativo (Altable, 2000).

Como profesionales de la educación debemos trabajar la sexualidad de manera natural, basándonos en las opiniones de nuestros alumnos, historias, literatura...la sexualidad también nos hace únicos e irrepetibles como seres humanos y hay tantas sexualidades diferentes como personas en el mundo.

Este último concepto es clave para trabajar el concepto de respeto a la diversidad del alumnado y la igualdad entre las personas.

La discapacidad es la capacidad extraordinaria de ser capaz, por este motivo, y contando con todas las capacidades de nuestros alumnos, se convierte en esencial que la educación sexual cobre una cierta importancia en nuestras aulas. Al hablar de capacidades, me viene a la cabeza un gran maestro y psicopedagogo con Síndrome de Down, Pablo Pineda. Él no es especial, especial es su entorno que ha luchado por que sea toda su vida lo más autónomo posible, y por supuesto, especiales todos los padres de niños con necesidades educativas especiales (Pineda, 2012). No todo está en manos de la escuela o del propio niño, sino que la familia se convierte en un eje clave para la educación, estimulación y desarrollo de los niños.

Todas las personas necesitan recibir educación sexual y que se faciliten las condiciones que les permitan la vivencia satisfactoria de su sexualidad. Las personas con discapacidad también, conociendo sus limitaciones y sus necesidades de apoyo (De la Cruz, 2010). Todos tenemos derecho a tener sexualidad, y con ello a recibir una educación sexual y apoyo para cualquier duda, inquietud o problemas que pueda surgir al respecto.

2.1.El hecho sexual humano

En educación sexual, al igual que en cualquier otra tarea educativa, es necesario partir de un modelo teórico que justifique y dé cuerpo a nuestras prácticas.

El modelo del Hecho Sexual Humano (Amezúa, 1979) nos ofrece un buen marco desde el que comenzar. Primeramente, es interesante la aclaración de tres términos fundamentales: sexo, sexualidad y erótica.

Cuando el ser humano vive el proceso que se denomina sexuación, cuando su propio cuerpo lo experimenta, estamos hablando de sexualidad. La sexualidad tiene en cuenta los aspectos emotivos de la persona, cognitivos, entre otros, dando lugar a muchas peculiaridades naturales del ser humano.

Por último, la erótica, hace referencia a la conducta del sujeto en su variedad de representaciones que realiza de manera interna y externa. Además también se refiere a la interacción, gestos y expresiones que la persona realiza (Amezúa, 1992, p.101-106).

La sexualidad está asociada al *sexo que se hace*. Se entiende como la vivencia del ser sexuado, cómo vivimos nuestra sexualidad. La erótica, el tercer elemento, ha de entenderse como los deseos surgidos del hecho de ser sexuados, es un concepto que va mucho más allá de los conceptos de libido o instinto (Glez-Mendiondo, 2014).

La sexualidad es vivida y percibida por cada cuerpo de forma diferente, porque cada cuerpo es único, cada ser humano experimenta su sexualidad de una forma diferenciada al resto. Y con la sexualidad, los deseos afloran de manera natural, en ese momento, surge el último concepto, la erótica.

En el modelo del Hecho Sexual Humano aparece un cuarto concepto: la amatoria, la cual se refiere a los gestos y a las conductas que los seres humanos realizan: como se buscan, se encuentran y sobre todo, cómo suceden esos encuentros. A estos campos conceptuales se incluyen la pareja y la procreación (Amezúa, 2000). En resumen, cómo se relacionan las personas como seres sexuados, cómo establecemos esos lazos afectivos que nos permiten desear, amar, mantener relaciones sexuales, entre otros.

Pero ¿Qué es el hecho sexual humano? Es un fenómeno real y universal, es un término relativo a los sexos, y al añadir humano, nos referimos a la condición sexuada que tenemos todos los seres humanos (Amezúa, 2000).

2.2.Educación vs Prevención.

¿Es lo mismo educación que prevención? Ambos aspectos son importantes, son dos términos recogidos en la educación sexual que son inseparables, cuando prevenimos, estamos educando. Para conocer la prevención de enfermedades por ejemplo, necesitamos previamente unas pautas para ello, recibir una educación sexual adecuada y basada en las necesidades de los niños y su desarrollo.

Es un tema que genera bastante debate en relación con las personas con discapacidad, al igual que las demás personas, ellos también reciben educación sexual y de este modo, reciben una educación para la prevención de enfermedades, para el mejor conocimiento de su sexualidad, para una vida sexual sana, plena y satisfactoria, etc.

Cuando hablamos de educación y prevención se deberían tener en cuenta una serie de líneas: en primer lugar, se podría plantear cómo desde la educación podemos colaborar con la salud pública sin que ello suponga sacrificar valores o fines.

En segundo lugar, nos deberíamos plantear un paradigma pedagógico-preventivo, ya que en este ámbito está afectando a lo que llamamos potencialidad educativa. Preguntarnos si temas como los embarazos no deseados, o la violencia, nos están impidiendo entender y situarlo en su lugar al Hecho Sexual Humano.

La tercera cuestión, es la más radical, preguntarnos cómo esta perspectiva en la actualidad puede estar teniendo efectos no deseados, en el sentido de promover un mayor desconocimiento, desorientación, y problemas de las identidades (Malón, 2007).

La cuestión no es que en la actualidad haya una gran falta de información, sino que la información se utiliza de manera incorrecta o incluso a veces, se les oculta a las personas.

Desde mi punto de vista, la propuesta más idónea es transmitir los conocimientos relacionados con la sexualidad humana, contar con el apoyo de profesionales no sólo de nuestro ámbito educativo sino también del ámbito social, sanitario, etc.

Se observa que no existe una educación para la salud como tal. Y si existe una educación para la salud, no debería pasar en la jerarquía de valores educativos de ese nivel básico en el que se enseñan hábitos de higiene y cuidado corporal que todas las personas hemos adquirido, como es lavarse las manos antes de comer y al finalizar de comer, lavarnos los dientes.

Son hábitos higiénicos a los que todos estamos acostumbrados y nos han enseñado, del mismo modo, otros nos enseñan a mantener una higiene correcta de nuestros genitales.

Ambas higienes son importantes, aunque es ocasiones, únicamente se da importancia a la higiene de los genitales debido a enfermedades de transmisión sexual (Malón, 2007).

La educación para la salud es un concepto muy amplio y esencial al que no se pueden poner limitaciones. La educación para la salud debe ir más allá y debe trabajar la higiene y el cuidado personal de la persona, en ella incluyendo en ella los órganos genitales, higiene en el periodo de menstruación, etc. También es importante el cuidado de las emociones, gozar de bienestar emocional se convierte en el eje principal de todo ser humano.

Siguiendo esta misma línea, en ocasiones es triste, que los alumnos solo vayan a recibir información acerca de preservativos y látex y no otros muchos aspectos que rodean la sexualidad humana y que todos deberían ser trabajados cuando hablamos de educación sexual. La educación sexual, la educación para la vida, es la educación para vivirse como ser humano.

Los humanos como seres sexuados se buscan, se encuentran, también se aman, conviven y procrean. En este marco es donde la salud, la higiene y la prevención tienen su pequeño lugar, adquieren sentido para todos los individuos desde su humanidad.

Aunque pueda parecer chocante, la pregunta central para los pedagogos no debería ser cómo prevenir el SIDA, embarazos o la violencia, no es lo que más debería interesar. La pregunta central es cómo ayudar desde las primeras edades a aprender a vivir y a amar como seres sexuados, como hombres y como mujeres (Malón, 2007). Desde mi perspectiva, olvidamos educar a las personas para disfrutar de su sexualidad, y de sus relaciones humanas con las emociones, sentimientos y aspectos que las rodean (amor, deseo...).

Nos centramos en educar para prevenir problemas, dificultades y sucesos que a veces pueden ocasionar muchos inconvenientes, pero no lo son todo al hablar de sexualidad.

La sexualidad sirve para otras muchas cosas más, no sólo para evitar riesgos. La sexualidad no es un peligro y el objetivo de la Educación Sexual no debe ser sólo preventivo (De la Cruz y Lázaro, 2006). Con nuestro trabajo como maestros en el aula de Primaria, materiales, metodología y ayuda de otros profesionales provenientes de servicios sanitarios, asociaciones...podemos ofrecer una educación sexual basada en nuestros alumnos y sus necesidades, teniendo en cuenta su desarrollo madurativo, sus dudas y sus cuestiones.

Es muy importante preservar la salud de las personas, pero antes que preservar su salud está preservar su dignidad. Una dignidad que para ser completa ha de cumplir sus condiciones de ser sexuada y erótica. Mientras que esta dignidad de la sexualidad humana no se preserve no se acabará de dignificar a las personas, ni tampoco se acabarán de dignificar sus relaciones, encuentros y deseos. En España, la consideración de la educación para la salud parte siempre de un concepto amplio de salud no como ausencia de enfermedad sino como estado de bienestar y de control sobre la propia vida (Malón, 2007).

Las actitudes de respeto a uno mismo y a los demás, son valores imprescindibles para trabajar la sexualidad en la escuela, fomentar una convivencia sana y un clima seguro basado en el bienestar emocional de las personas es un punto de partida de la educación para la salud.

Acerca de cómo los educadores tratan la educación sexual en las aulas y los temas que rodean a la sexualidad, se observa miedo y desconocimiento (Malón, 2007), la manera que casi siempre tienden a aproximarse los educadores es siempre *preventiva*.

Los educadores han quedado presos del peligro cuando se trata de pensar sobre sexualidad en el aula, no son capaces de ver más allá de los medios que es preciso utilizar, de las amenazas que pueden acechar a sus alumnos, etc.

Desde mi punto de vista, el total desconocimiento del tema en las aulas provoca miedo e indecisión, surgen preguntas como: ¿Qué temas abordo para hablar de educación sexual con mis alumnos? ¿Qué objetivos y metodología vamos a llevar a cabo?

De acuerdo a lo planteado hasta el momento, considero que como maestros deberíamos centrarnos y cubrir todos los aspectos que ocupan la educación sexual. La parte preventiva, por supuesto, es importante para prevenir enfermedades, embarazos no deseados...pero no toda la educación sexual se centra en la prevención como bien he apuntado anteriormente.

No debemos olvidar y transmitirles a nuestros alumnos otros aspectos de la sexualidad como son el deseo por una pareja, el amor, la convivencia, y también, la unión que se forma cuando dos seres humanos mantienen relaciones sexuales.

No obstante, es importante también hablar del respeto hacia el cuerpo de la otra persona y al nuestro, el respeto a los gustos, opiniones y a la persona en sí misma.

Se puede disfrutar del sexo con otra persona a través de la confianza, el respeto y la seguridad, que son piezas clave que debemos transmitir a nuestros alumnos.

2.2.1. *Educación sexual desde la familia.*

Desde la escuela podemos transmitir una serie de conocimientos sobre la sexualidad, pero ¿Qué hay de la familia? ¿Cómo se trata desde la familia la educación sexual?

Como bien sabemos, la conexión y la comunicación entre familia y la escuela son sumamente importantes para el desarrollo de todas las capacidades de los niños. Tal es

su importancia, que forma parte de uno de los principios educativos de la Ley Orgánica de Educación (LOE, 2006).

La familia es el primer agente de socialización de los niños, a partir de la incorporación a la escuela infantil, los niños comienzan a establecer lazos con otras personas que pasarán a ser muy importantes en su día a día: compañeros, maestros, personal del centro...la educación de los niños pertenece a ambas partes, por ello, los contenidos en referencia a la educación sexual deben tratarse en el ámbito de la familia complementándose con el ámbito educativo.

Tradicionalmente se ha creído que la familia es el único lugar realmente autorizado para hacer educación sexual. Se ha afirmado además que no todas las familias están preparadas para ello, ya que aquellas que se desvían de la norma imperante pueden dañar la sensibilidad y el desarrollo del niño o de la niña.

Sin embargo, hoy en día, el concepto de familia ha variado mucho confluendo en él muchos tipos de convivencia: familias sólo con padre o sólo con madre, familias que tienen a sus abuelos y abuelas compartiendo la casa, familias constituidas por parejas homosexuales y otras por parejas heterosexuales, etc.

Y en todas las familias, se puede hacer educación sexual de calidad, porque en todas se puede crear vínculos afectivos sólidos y sanos que ayuden a los niños a crecer con la seguridad y confianza que necesitan (Fernández, 1996).

El problema no es la educación sexual en sí, el problema es la actitud que pueden adoptar las familias cuando se enfrentan a este término que en muchas ocasiones es evadido y se esconde para evitar en ocasiones situaciones incómodas. La familia debe ayudar a la escuela a crear unos cimientos sólidos de la persona con actitudes de respeto, tolerancia y empatía.

No se cree necesario justificar la necesidad de la educación sexual. Los niños y niñas son seres sexuados desde que nacen, y lo serán siempre, por ello, no se debe obviar esta circunstancia. La tarea de las familias es proponer y facilitar que en las aulas se trabaje por la Educación Sexual, hay una parte que las familias deben realizar como padres y madres (Suárez, 2004).

Sin olvidar otras personas como son el profesorado, el personal sanitario...no se trata de competir por quién da una mejor educación, sino de sumar esfuerzos. Las familias

tienen miedos, dudas, preguntas de cuál es el mejor modo para explicar a sus hijos, qué vocabulario deben utilizar, y con ello, se plantean muchas cuestiones como: ¿Cuándo empezar a hablar de la educación sexual? ¿Qué se debe incluir para hablar de ella? ¿Qué hacer frente al pudor, las preguntas, los tocamientos, el desarrollo, la orientación del deseo, la masturbación? (Suárez, 2004).

Es comprensible que en ocasiones, los niños realicen preguntas chocantes y a veces, muy enrevesadas para su edad cronológica, pero la actitud que mostramos frente a ellas y las respuestas, son decisivas a la hora de trabajar la sexualidad.

Las familias pueden contar con la colaboración de entidades y profesionales sanitarios, pero también deben plantearse unos objetivos en conexión con la escuela para trabajar la educación sexual. Nuestra actitud de apoyo y asesoramiento a las familias es imprescindible para el desarrollo de las potencialidades de los niños.

Podemos explicarles a los niños, que hay quien se encuentra bien siendo hombre o mujer, pero que hay personas que ven que algo falla en ese aspecto. Pueden surgir algunas situaciones del aula o preguntas que llamen la curiosidad de los niños, y por ello, necesitan respuestas y un correcto tratamiento tanto de la escuela como de la familia.

Conforme van creciendo los niños, podemos ir hablando del deseo sexual, las experiencias de una persona no sólo se ven en “sentirse hombre” o “sentirse mujer”, sino que las personas también se pueden vivir como homosexuales o como heterosexuales. Los conceptos de respeto a todas las personas y sus formas de vivir van a ser la base principal para comprender y descubrir las relaciones que establecemos como seres sexuados, ya que cada persona es un mundo, y su sexualidad también.

Cada persona se vive, se expresa de una manera, pero no es lo mismo como se expresa un niño de cuatro años que un adolescente o un adulto, por ejemplo. Hay conductas que pueden parecerse, como es el caso de la estimulación de los genitales, que puede tener presencia en las distintas etapas de la vida de una persona, pero en cada etapa suele haber distintos significados (CEAPA, 2004).

Aprender a conocerse, es algo más que aprender que es la menstruación o la fimosis. Conocerse significa aprender cómo somos y cómo funcionamos. Comenzamos en la etapa de educación infantil en esta andadura, cuando enseñamos las diferencias en los

genitales de los niños y las niñas, vemos como todos somos diferentes y nos expresamos diferentes también.

Conocerse incluye conocer a los demás y a nosotros mismos, unido a ello le sigue el aprender a aceptarse, que los niños estén a gusto con ellos mismos. Por último, la erótica, tiene como fin para las personas, aprender a disfrutar. Disfrutar de la erótica es hacerlo antes, durante y después de las relaciones eróticas, y eso es lo que se debe transmitir cuando la etapa de la adolescencia está comenzando (CEAPA, 2004).

La investigación, la curiosidad, el fisgoneo que los niños muestran en las primeras etapas de la vida es natural y espontáneo, debemos guiar esas situaciones para realizarlas en la intimidad, y ese punto es imprescindible trabajarlo tanto en la familia como en la escuela. Dejar claro que la sexualidad se puede disfrutar de muchas maneras, pero siempre desde el respeto a nosotros mismos y al resto de las personas.

2.2.2. Educación Sexual en la escuela.

Puede ser que no en muchas ocasiones en las aulas hayamos oído: “Vamos a hablar de educación sexual” o “vamos a hablar de sexualidad”. La escuela ha estado durante muchos años evitando este tema. Prejuicios, miedos, inseguridades y falsas informaciones se encuentran alrededor de esta temática.

La escuela nos obliga a cambiar la idea de educación más allá de la formación académica y las competencias laborales y atender a una educación más ética para la participación en la comunidad, entender una educación en valores, donde dentro de ella podemos encontrar cuestiones como la coeducación, la educación emocional o la educación sexual (Glez-Mendiondo, 2014).

La escuela es mucho más que una mera enseñante de contenidos de Matemáticas, Lengua Castellana, Educación Física...Entender la educación en valores, como un aspecto esencial para educar a todas las personas, es la base que sustenta a cada ser humano como único e irrepetible.

Desde entrada en vigor de la LOGSE (Ley Orgánica General del Sistema Educativo, 1991), la educación en valores es tratada como un contenido transversal, que ha de trabajarse en diferentes materias durante las etapas educativas. La educación para la paz, educación para la salud, coeducación o educación sexual deberían estar presentes en la educación general de todo el alumnado.

Dada la modificación llevada a cabo por la LOMCE (Ley Orgánica para la mejora de la calidad educativa, 2013), los temas transversales pasan a ser, *elementos transversales*.

Como aparece en el artículo 8 de la Ley Orgánica para la mejora de la calidad educativa: se impulsará el desarrollo de los valores que fomenten la igualdad efectiva entre hombres y mujeres y la prevención de la violencia de género, y de los valores inherentes al principio de igualdad de trato y no discriminación por cualquier condición o circunstancia personal o social.

La mayor parte de estos contenidos no acaban en ninguna materia educativa, quedándose simplemente en una intención de los maestros en el aula y un querer hacer algo al respecto (Amezúa, 2001).

La educación en valores se limita en numerosas ocasiones, a la transmisión de discursos que ya están elaborados sobre lo que es correcto y lo que no lo es de ciertos comportamientos de las personas (Malón, 2007).

Nuestra labor no es dejar archivado en un cajón una gran cantidad de materiales referentes a la educación sexual, sino que deberíamos dedicar pequeños momentos para trabajar: emociones y sentimientos, sexualidad, deseo...y también, aprovechar las situaciones cotidianas que surgen en el aula día a día con nuestros alumnos.

El aprovechamiento de estos momentos nos permitirá plantearnos una serie de objetivos que queremos que nuestros alumnos alcancen, y se pondrán de manifiesto a través de los contenidos y actividades, llevando a cabo la metodología más adecuada a seguir para los niños.

Como maestros en formación debemos dar respuestas correctas a lo que nuestros alumnos nos demanden, a través de vocabulario adaptado para su mejor comprensión y por supuesto no inventar respuestas a sus preguntas. Deshacernos de excusas tanto por parte de la familia y de la escuela y no dejar en manos de la televisión y de los medios de comunicación, las preguntas que les rondan por la cabeza a nuestros alumnos.

3. DISCAPACIDAD INTELECTUAL.

Para poder acercarnos al concepto de discapacidad intelectual utilizamos el manual diagnóstico DSM-V (2013) en el que enmarca la discapacidad intelectual en *Trastornos del desarrollo neurológico*. La discapacidad intelectual o trastorno del desarrollo intelectual: “Es un trastorno que comienza durante el periodo del desarrollo y que

incluye limitaciones del funcionamiento intelectual como también del comportamiento adaptativo en los dominios conceptual, social y práctico. Se deben cumplir los 3 criterios siguientes:”

- A. Deficiencias de las funciones intelectuales, como el razonamiento, la resolución de problemas, la planificación, el pensamiento abstracto, el juicio, el aprendizaje académico y el aprendizaje a partir de la experiencia, confirmados mediante la evaluación clínica y pruebas de inteligencia estandarizadas individualizadas.
- B. Deficiencias del comportamiento adaptativo que producen fracaso del cumplimiento de los estándares de desarrollo y socioculturales para la autonomía personal y la responsabilidad social. Sin apoyo continuo, las deficiencias adaptativas limitan el funcionamiento en una o más actividades de la vida cotidiana, como la comunicación, la participación social y la vida independiente en múltiples entornos tales como el hogar, la escuela, el trabajo y la comunidad.
- C. Inicio de las deficiencias intelectuales y adaptativas durante el período de desarrollo.

La discapacidad intelectual se expresa en la relación con el entorno. Por tanto, depende tanto de la propia persona como de las barreras u obstáculos que tiene alrededor. Si entre todos logramos un entorno más fácil, accesible y adecuado a sus necesidades, las personas con discapacidad intelectual tendrán menos dificultades (Plena Inclusión, 2016). Si adaptamos el medio para todas las personas, las dificultades se sobrellevarán mejor y facilitaremos su vida diaria. Todas las personas con discapacidad intelectual tienen posibilidad de avanzar si les damos los apoyos adecuados.

Existen personas con discapacidad grave y múltiple (limitaciones muy importantes y presencia de más de una discapacidad) que necesitan apoyo todo el tiempo en muchos aspectos de sus vidas: para comer, beber, asearse, peinarse, vestirse, etc. Sin embargo una buena parte de las personas con discapacidad intelectual tiene gran autonomía, y no necesita muchos apoyos para llevar una vida normal (Plena Inclusión, 2016).

Nuestra actitud en el aula y hacia las familias es decisiva para el desarrollo de los niños con discapacidad intelectual, debemos incidir en las habilidades de la vida cotidiana y hábitos de autonomía y conocimiento personal. A través de una metodología adecuada,

materiales y actividades conseguimos grandes resultados de nuestro trabajo con las personas con discapacidad intelectual.

3.1.Síndrome de Down.

La sociedad aun piensa que el síndrome de Down es una enfermedad cuando no lo es, también hablan de grados en Síndrome de Down cuando no es cierto. Existen las diferencias propias de las personas porque todos somos diferentes, con nuestros logros, nuestras fortalezas y nuestras limitaciones. Al final de todo, somos personas (Pineda, 2015).

Está claro que no todas las personas tenemos las mismas capacidades, las personas con síndrome de Down, poseen limitaciones en algunas áreas del desarrollo, pero como el resto de los seres humanos, por otro lado, también tienen capacidades diferentes que otras personas no poseemos, porque cada ser humano es irreplicable y único.

Siempre se ha caracterizado a los niños con síndromes de Down como sociables, afectuosos, sin especiales problemas para adaptarse al medio, se ha creado un estereotipo que no corresponde con la realidad, ya que los niños con Síndrome de Down, son distintos en cuanto a personalidad y temperamento como los niños y niñas sin necesidades educativas especiales (Boada, Cunningham, Guerrero, 1995).

En el aula vemos situaciones de cariño, afecto y por supuesto, que los niños con síndrome de Down dan y reciben muestras de cariño. No se puede generalizar cuando estamos hablando de las personas, ya que cada persona posee una personalidad, un carácter y un temperamento diferente.

Es la principal causa de discapacidad intelectual, una alteración genética que se produce por la presencia de un cromosoma extra o una parte de él. Las células del cuerpo humano tienen 46 cromosomas distribuidos en 23 pares. Uno de estos pares determina el sexo del individuo, los otros 22 se numeran del 1 al 22 en función de su tamaño decreciente.

Las personas con síndrome de Down tienen tres cromosomas en el par 21 en lugar de los dos que existen habitualmente en el resto de personas, por ello, este síndrome también se conoce como trisomía 21.

Las personas con síndrome de Down muestran algunas características comunes pero cada persona es singular con una apariencia, personalidad y posee habilidades únicas (Asociación Down España, 2015).

Son niños que presentan hipotonía muscular, en el rostro presentan características comunes como son: cuello corto, ojos almendrados, poseen una nariz achatada, la boca también es pequeña y poseen una lengua grande. Debido a esto, en muchas ocasiones, sufren dificultades en el lenguaje.

Las orejas son pequeñas y el conducto auditivo puede ser muy estrecho. Las manos son pequeñas y cuadradas con metacarpianos y falanges cortas (Cooley y Graham, 1991).

El tamaño de su lengua les provoca muchos problemas para hablar, problemas en el ámbito fonético-fonológico del lenguaje, por ello, en el aula se trabajan actividades como praxias linguales y bucofaciales, entre otras.

Son aprendices visuales, debido a esto, en la enseñanza de la lectura podemos trabajar con pictogramas en los que aparece la imagen y abajo la palabra que queremos leer, los niños asocian la imagen con la palabra correspondiente. La enseñanza de las letras, también se realiza de forma visual y significativa adaptada a las necesidades de nuestros alumnos con Síndrome de Down.

Durante la niñez y la adolescencia, estos niños deben seguir un seguimiento anual psicomotor, deben guiar su nutrición de manera adecuada para evitar problemas de obesidad y numerosos problemas de aumento de peso, ya que los niños con síndrome de Down presentan dificultades con la alimentación (Floréz y Ruíz, 2003). Es muy importante incidir en el ámbito de nutrición cuando trabajamos con niños con Síndrome de Down, ya que desarrollan ansia hacia la comida y en ocasiones, no controlan las cantidades que ingieren.

No hay muchos estudios sobre el tema, pero describen que los niños con síndrome de Down adquieren el control diurno y nocturno de la micción y defecación mucho más tarde que un niño que no posee ninguna discapacidad (Share y Veale, 1974). Educar e iniciar la higiene personal, adaptada a la edad y al sexo, cobra mucha importancia en los primeros años. Un área especialmente importante cuando hablamos de la autonomía personal de los niños es la adquisición del control de esfínteres.

Los genitales, el tamaño del pene es algo pequeño y el volumen testicular es menor que el de los niños de su edad (Cooley y Graham, 1991).

En sus aspectos de personalidad se destacan: personas afectuosas, son cariñosos y sociables, posee una menor capacidad para inhibirse, les cuesta inhibir su conducta en situaciones variadas que van desde el trazo al escribir hasta las manifestaciones de afecto, en ocasiones excesivamente efusivas (Floréz y Ruíz, 2003).

En ocasiones estas manifestaciones resultan incómodas y algunas no son adecuadas, por lo que desde la familia y la escuela, debemos enseñar a controlarlas de manera correcta y segura, hacer entender al niño que hay algunas conductas que son adecuadas pero en ese momento y en ese lugar no se pueden realizar.

Presentan un retraso en la aparición de la sonrisa social, la risa aparece más tarde que a los demás niños y al principio muestran actividades estereotipadas y repetitivas (Floréz y Troncoso, 1991).

Tienen problemas para la simbolización y con el juego. Podemos guiarles en el juego simbólico o en los juegos mecánicos por ejemplo de construcciones o puzzles, es esencial establecer una serie de rutinas encaminadas cada día al desarrollo de la autonomía personal.

Son personas con el yo muy poco definido, tienen dificultades para diferenciar entre él y los otros, y para establecer sus afectos frente a las demás personas que les rodean. El desfase entre la edad mental y la edad cronológica hace difícil el acceso a la autonomía (Levi, 1993).

En muchas ocasiones, han de enfrentarse a los sentimientos de hiperprotección que se manifiestan muchas veces en su entorno, tanto en la familia como en la escuela, además de su persona que desea ser grande y pequeño a la vez.

En Educación Primaria, el mayor problema de los niños con Síndrome de Down radica en el procesamiento de la información, pueden aparecer dificultades de cómo llega la información al cerebro por vía auditiva, lo que provoca muchos problemas de adquisición del lenguaje oral y el aprendizaje de la lectura (especialmente en lo referido a la relación entre grafemas y fonemas), de la escritura y del cálculo numérico (Molina, 2004).

Como maestros como he comentado anteriormente, adaptamos el desarrollo curricular de las personas con Síndrome de Down a través de recursos didácticos adaptados, para cubrir las dificultades y limitaciones de los niños.

Como maestros, tras la incorporación de nuestro alumno con síndrome de Down en el centro podemos mostrar una serie de condiciones que favorezcan la integración escolar como pueden ser: cuando empiece el niño la escolaridad, conviene que el horario sea reducido y aumentarlo de manera progresiva si el niño es capaz de seguirlo.

Es vital mostrar, siempre una actitud de escucha y comprensión hacia todos nuestros alumnos y estar atentos a los mensajes no verbales del niño.

3.2.Síndrome de Down y afectividad.

Los niños con Síndrome de Down necesitan su tiempo para adaptarse a las nuevas situaciones que viven, pero también del mismo modo, necesitan información y respuestas a todas las preguntas que plantean.

Basta con respetar sus tiempos, comprender sus necesidades y enseñarle pautas básicas sobre el lugar y el momento adecuado para tratar temas relacionados con la sexualidad. Puede llevar un tiempo la forma de comunicación maestro-alumno, pero el resultado será muy valioso para el niño y muy gratificante para nosotros como maestros (Aznar y Castañón, 2006).

Es imprescindible respetar los tiempos de actividad y los tiempos de descanso de nuestros alumnos.

La sexualidad es trabajada de manera sencilla, apoyada con materiales visuales que los niños también puedan manipular, hablar de las cosas que podemos hacer en nuestra intimidad y también respetar a los demás y a nosotros mismos en todas las situaciones que puedan surgir en todas las etapas.

Donde la sexualidad se va descubriendo y experimentando, es en las etapas de pubertad y adolescencia. Ambas etapas son complicadas para el niño con Síndrome de Down, pero a través de un correcto asesoramiento, puede resultar más fácil tanto para los niños como para las familias.

La vida afectiva y sexual de las personas con síndrome de Down está sometida a una serie de mitos, prejuicios y fantasmas que inquietan a familias y profesionales. Pero no

dejan de ser eso: prejuicios y miedos, porque la sexualidad de la persona con síndrome de Down es sexualidad humana, no es una sexualidad especial.

Existen conflictos o dificultades en la sexualidad de las personas con síndrome de Down pero la mayoría derivan de la falta de información, de la inmadurez y de fijaciones o alteraciones en el desarrollo psicoafectivo.

Contamos con el apoyo de profesionales especializados tanto del ámbito educativo como sanitario para asesorarnos y apoyarnos acerca de las necesidades de nuestros alumnos (Garvía, 2011).

Son niños muy cariñosos, en ocasiones, resultan muy efusivos cuando establecen relaciones sociales. Tener una discapacidad intelectual no conlleva que no tengan sexualidad. Como maestros marcamos pautas de comportamiento en el aula para todos nuestros alumnos, es muy importante formar una base sólida de respeto hacia los demás y sobre todo, a nosotros mismos.

Respetar, por ejemplo, y hacerles entender a los niños con síndrome de Down, que su compañero ahora no quiere recibir un abrazo suyo porque está molesto o está triste y ahora no es el momento, pero quizás más tarde sí que quiera recibir un abrazo.

En ocasiones para las familias, resulta inevitable no sobreproteger a sus hijos con síndrome de Down. Actualmente, existen pocas personas con síndrome de Down que gocen de su sexualidad con normalidad.

La construcción de nuestra propia identidad es un proceso que seguimos todos los seres humanos a lo largo de toda nuestra vida, del mismo modo, las personas con síndrome de Down van confeccionando su identidad desde el comienzo de su vida, pasando por cada una de las etapas evolutivas: niñez, pubertad, adolescencia, edad adulta... La adolescencia puede llegar a ser una etapa realmente complicada ya que puede llegar a ser una crisis de identidad.

Nos planteamos la pregunta de: *¿Cómo ayudar a una persona con discapacidad intelectual para que se desenvuelva de la manera más normal posible en el terreno sexual?*

Podemos ayudarle en primer lugar, reconociendo que tiene sexualidad. Todas las personas la tenemos, teniendo en cuenta su edad cronológica, su desarrollo, fomentando una educación que le ayude a pasar por las distintas etapas evolutivas de la vida, y sobre

todo, proporcionándole confianza, información, apoyo y seguridad constantemente (Garvía, 2011).

La llegada de la adolescencia para las familias es producto de mucho sufrimiento, ya que ven a sus hijos como “niños pequeños” y personas totalmente vulnerables, ven a sus hijos más pequeños de lo que realmente son. Tienen miedo de lo que les pueda pasar en el terreno de las relaciones sociales, ya que en ese momento están fuera de la protección y control familiar (Lepri, 2007).

Asesorar a nuestros alumnos en todo lo relacionado a la sexualidad humana y también, hablar con las familias para contar con su apoyo en esta labor. Hablar también con asociaciones, entidades y personal sanitario para trabajar de manera conjunta con el fin de prestar un apoyo adecuado a las personas con Síndrome de Down.

4. EDUCACIÓN SEXUAL Y DISCAPACIDAD.

Las personas con discapacidad intelectual han pertenecido a una de las minorías a las cuales se les niega toda posibilidad de recibir educación sexual y de resolver sus necesidades afectivas y sexuales (Rodríguez, López, Morentín, Arias, 2006).

Se cree que debido a sus limitaciones no están interesados en temas como el sexo o el deseo sexual, y que por ello, no tienen por qué recibir una educación basada en la sexualidad humana. Desde la visión de la integración como principio básico en la educación, es necesario trabajar el tema de la sexualidad y las relaciones interpersonales, es un derecho de todos (May y Simpson, 2003).

Aun en la actualidad hay una resistencia hacia un enfoque positivo en la educación sexual, las familias cobran gran importancia en esta temática (Amor, 1997). En ocasiones, el origen de estas resistencias es el miedo a que otras personas abusen de las personas con discapacidad intelectual y también, el miedo propio a los impulsos sexuales de estas. Las personas con discapacidad intelectual no son reconocidas como personas con identidad sexual propia (Sarramona, 1992).

Por supuesto que prevenir en Educación Sexual es importante, pero también surgen temas más allá de la prevención que como maestros también debemos contemplar cuando hablamos de la sexualidad. La sexualidad está muy unida a las emociones y los sentimientos, enseñar a nuestros alumnos a saber reconocer las emociones del otro y las

suyas propias se convierten en uno de los objetivos principales para trabajar la educación sexual, en este caso, con las personas con Síndrome de Down.

Junto a este objetivo también trabajamos cómo establecer unos límites claros y cómo actuar de manera correcta en las situaciones que aparecen. Existen una serie de mitos acerca de la sexualidad y su tratamiento con las personas con discapacidad intelectual, que poco a poco van desapareciendo pero no del todo, las familias, por ejemplo, aun contemplan alguno de ellos.

4.1.Mitos sobre la sexualidad de las personas con discapacidad intelectual.

La sexualidad tiene relación con la identidad y con el deseo. La expresión de la sexualidad de las personas con discapacidad depende de la fuerza de la identidad de la persona, de su personalidad, al mismo tiempo, depende del lugar que la sociedad les otorga y las expectativas que se tiene de ellos (Vaginay, 2011).

En base a esas expectativas y la imagen que se tiene de la sexualidad y la discapacidad, surgen una serie de falsos mitos que rodean a las personas con discapacidad. Uno de los aspectos más relevantes cuando se trabaja en el campo de la educación sexual con nuestros alumnos es, dotarlos de habilidades sociales que les permitan resolver problemas, situaciones, así como tomar decisiones, trabajar con los niños desde las posibilidades y no únicamente desde la prevención de riesgos.

Los mitos que se establecen sobre las personas con discapacidad, de manera irreparable, están presentes en su vida. Nosotros como docentes debemos llevar a cabo una serie de pautas para trabajar la sexualidad de manera adecuada con nuestros alumnos como pueden ser: no sobreproteger en exceso al niño y no ejercer control sobre él, no infantilizar (en ocasiones creemos que con un lenguaje más infantil vamos a llegar de una manera más correcta al niños y esto, en ocasiones no es así), no restringir la construcción de su propia identidad sexual, etc. (FEAPS, 2004).

Nuestra actitud en el aula siempre debe ser de escucha, una actitud abierta, involucrada para el diálogo y el debate relacionado con la educación sexual. Proporcionarles una información clara y adaptada a las posibilidades cognitivas de cada persona, por ello, debemos aprovechar cualquier situación que se pueda dar en el aula para proporcionarles la información necesaria.

Los mitos que giran en torno a la sexualidad de acuerdo con diversos autores (De la Cruz y Rubio, 2011, p. 5-9) son los siguientes:

- MITO 1: Se tiende a pensar que la sexualidad de las personas con discapacidad es cuanto menos “especial”.

Sin embargo, según los autores consultados la realidad es que las personas con discapacidad intelectual no tienen particularidades sexuales. Su sexualidad se manifiesta de múltiples maneras: varía según la edad, grado de discapacidad, educación, cultura... desde mi perspectiva como maestra, no tienen una sexualidad atópica, sino que se manifiestan de diferentes maneras que otros niños o jóvenes de su edad.

- MITO 2: Las personas con discapacidad no tienen sexualidad o necesidad de expresión sexual, son sexuadas y/o no les interesa.

De nuevo comenzar diciendo que los autores que he consultado (De la Cruz, Rubio, Garvía, Trueta, 2011) apoyan la idea de que las personas con discapacidad intelectual, han sido y son a menudo privadas de sus derechos sexuales y reproductivos porque han sido y son tratados como niños para siempre. Tienen ilusiones, deseos, que se expresan en manifestaciones sexuales, también de contacto corporal e intimidad sexual. Tienen necesidades al igual que todos los seres humanos y también se enamoran, tienen la capacidad de sentir y emocionarse con alguien y también de excitarse.

- MITO 3: Sus dificultades les impiden tener relaciones “normales”.

El nivel intelectual no determina la capacidad de amar, expresar afecto y cariño, desear, compartir sensaciones... En muchas ocasiones al querer protegerlos, dan lugar a conductas fuera de lugar que por ejemplo realizan en público. Esto es debido a la sobreprotección. Como maestros debemos enseñar a nuestros alumnos que según qué conductas deseamos hacer, debemos realizarlas en la intimidad, no son incorrectas, sino que se deben realizar en otros lugares.

- MITO 4: las personas con discapacidad intelectual no tienen atractivo y no pueden producir placer.

La sociedad actual vende la idea de la belleza y la perfección de hombres y mujeres y se olvidan con ello del profundo valor que tiene una persona. Las personas con discapacidad intelectual pueden encajar en los cánones de belleza igualmente, y por supuesto, también poseen valores, sentimientos y tienen su propia personalidad.

- MITO 5: No pueden tener pareja.

En ocasiones se les protege tanto, que no pueden vivir la experiencia de tener una pareja, y experimentan esa frustración que se les está continuamente inculcando. Deben experimentar el cariño, la complicidad y la unión de estar con una pareja. Por ello, se deben favorecer espacios, tiempos y formas de expresarse, que puedan vivir su sexualidad.

- MITO 6: Pueden transmitir genéticamente la discapacidad.

No podemos entender solo la sexualidad como sinónimo de reproducción, ya que tiene un valor en sí misma y está unida a otros muchos como el deseo, el cariño, el amor, etc. Por otro lado, la discapacidad se ha comprobado que puede deberse a múltiples causas, no únicamente genética. En este caso, el Síndrome de Down no es una enfermedad como mucha gente aún piensa, claro que las personas con síndrome de Down tienen limitaciones, pero como el resto de los seres humanos (Pineda, 2012).

- MITO 7: Determinadas personas con discapacidad tienen una sexualidad incontrolable, “perversa”, impulsiva, promiscua y por ello, llena de peligros.

Se ha de favorecer su intimidad ante todo, en muchas ocasiones, no han recibido educación sexual, de este modo, debemos explicarles las conductas que se pueden y no realizar en público siempre adaptándonos a las necesidades y capacidades de nuestros alumnos.

- MITO 8: La única forma correcta y placentera de obtener placer sexual es mediante el coito.

Hay otras muchas conductas que generan placer y bienestar en el ser humano. Las personas con discapacidad tienen otras manifestaciones como el amor, fantasías, enamoramiento...son necesarias para su desarrollo emocional y personal. Les gusta querer y sentirse queridos, dar afecto y recibirlo como el resto de las personas.

- MITO 9: La Educación Afectivo-Sexual “incita” e incrementa las conductas sexuales.

En ocasiones al negarles el derecho a una Educación Afectivo-Sexual y la falta de oportunidades de aprender a relacionarse surgen por ejemplo: enfermedades de transmisión sexual, embarazos no deseados...la sexualidad se desarrolla

inadecuadamente al negarles el hecho de que todos somos seres sexuados y de que la sexualidad es un hecho natural de todos los seres humanos.

- MITO 10: Las personas con discapacidad intelectual no tienen capacidad para captar el abuso del que pueden ser un objeto.

A veces se tiene la falsa imagen de que son personas pasivas, que no buscan al otro y no buscan atraer al otro, pero esto es erróneo. Debido a la falta de educación afectivo-sexual, se pierden aspectos como son la intimidad. Pero por supuesto que pueden tener relaciones sexuales sanas, consentidas, deseadas y satisfactorias.

- MITO 11: Los hombres con discapacidad intelectual tienen mayores necesidades y deseos sexuales que las mujeres con discapacidad intelectual a las que se considera “asexuales”.

Debido a los estereotipos de género, se tiende a sobreproteger a las mujeres con discapacidad intelectual, ya que la sociedad las ve como personas más débiles, sin interés en la sexualidad (FEAPS, 2004). Debemos hacer ver que todas tienen derecho a querer y sentirse queridas, que su cuerpo es de su propiedad, y también tienen derecho a la intimidad, al placer sexual y a tener una pareja e hijos si lo desean. En referencia a la prevención, como ya he comentado en otro punto del trabajo, no solo debemos centrarnos en prevenir sino contemplar las posibilidades en la vida sexual y afectuosa.

- MITO 12: Todas las personas con discapacidad intelectual son heterosexuales.

Hay un abanico de diferentes posibilidades sexuales, no existe una forma de sexualidad que por naturaleza ya está establecida. La educación sexual irá encaminada a que las personas con discapacidad intelectual puedan descubrir su sexualidad en plural, sin prejuicios y sin barreras.

- MITO 13: Las personas con discapacidad intelectual no necesitan educación afectivo-sexual.

La educación afectivo-sexual no comienza un día, sino que está presente toda la vida. Educar a la persona en educación sexual es contemplar todos sus derechos, sus necesidades y desarrollar su autonomía apoyándonos en sus capacidades. Por ello, todo ser humano necesita una educación de sus emociones y de su sexualidad, ya que como he mencionado anteriormente, forma parte del Hecho Sexual Humano (Amezua, 2000).

4.2. Dimensiones de la sexualidad con síndrome de Down.

Existen tres dimensiones de la sexualidad que trabajamos con personas con discapacidad, en las que se abarcan todos los aspectos para trabajar la educación sexual, están son la dimensión reproductora, dimensión del placer y dimensión afectivo-relacional. Estas dimensiones son las siguientes (Garvía, 2011):

- *Dimensión reproductora:* es la que más nos preocupa. En los casos de discapacidad severa, existe una gran dificultad para comprender el concepto de reproducción. De hecho, no se asocia la actividad sexual con el embarazo (Garvía, 2011).

Socialmente se ha pasado por diferentes etapas con respecto a la sexualidad de las personas con síndrome de Down. Es una primera etapa se pensaba que no existía. Después que era algo aberrante y no se podía contemplar, y en un tercer periodo, se reconoce su sexualidad y se valora (Vaginay, 2011). Poco a poco el concepto ha ido evolucionando aunque en ocasiones la sociedad sigue anclada en las opiniones y en los prejuicios que envuelven el pasado de las personas con discapacidad intelectual.

- *Dimensión del placer:* En este aspecto, la educación sexual en las personas con discapacidad se hace absolutamente necesaria. Su objetivo es doble: por un lado proporcionar información en cuanto a la anticoncepción y otro dar apoyo, favorecer la comprensión y el respeto y evitar que se den situaciones de temor al ser rechazado.
- *Dimensión afectivo-relacional:* entendemos esta dimensión como la forma que tienen las personas de relacionarse, en esta dimensión están integrados los sentimientos, la manera de comunicarlos y comunicarse, la forma de vincularse, los miedos, las fantasías, afectos... las personas con síndrome de Down, en esta dimensión, presentan algunos problemas a tener en cuenta cómo van a ser: un juicio empobrecido, discriminar la realidad de la fantasía, control de los impulsos, etc.

Al igual que todos nosotros, las personas con síndrome de Down son susceptibles a enamorarse, sin embargo, pueden aparecer problemas sociales, educativos, ambientales...que pueden dificultar el establecimiento o la consolidación de una relación (Garvía, 2011). El asesoramiento y el apoyo a las personas con discapacidad es esencial para que puedan establecer relaciones sanas y seguras con los demás, en este

caso, en el terreno de la sexualidad, a través de conceptos como el amor, el sexo, los sentimientos y las emociones, entre otros.

4.3.Miedos y actitudes de las familias.

Todas las familias tienen miedos e inquietudes cuando sus hijos se van haciendo mayores y van entrando en etapas complicadas como son la pubertad o la adolescencia, con todos los cambios que ello implica. Las familias de las personas con discapacidad intelectual, en ocasiones, no llegan a asimilar que su hijo, es un niño con sus necesidades, sus aspiraciones, deseos y por supuesto va creciendo y madurando.

Muchas familias tienden a infantilizar todo lo que rodea al niño con discapacidad intelectual sin darse cuenta que de este modo, no le hacen ningún favor, ya que como he comentado anteriormente, le están privando de muchos aspectos de la vida como su sexualidad, que es un hecho natural del ser humano.

Parto de la base de que como maestra conozco a dos tipos de familias. El primer tipo de familias, asimilan que su hijo tiene discapacidad intelectual, en este caso Síndrome de Down, con ello, tratan a su hijo como un niño más, facilitan la mejor integración posible.

Por otro lado, el segundo tipo de familias, no lo admite de una manera tan sencilla, para ellos, el niño no puede realizar acciones que hacen los demás niños, su hijo es más pequeño que los demás aunque su edad cronológica no lo sea, y con ello, infantilizan su lenguaje y sus acciones, envuelven al niño en una especie de “burbuja” porque de este modo creen que lo protegen del “peligro”.

Una discapacidad en una familia puede poner en marcha mecanismos de relación bastante enfermizos o por otro lado, mecanismos saludables, en todo caso, como maestros, debemos ayudar a las familias cuando la situación no sea la adecuada (Garvía, 2011).

La importancia de trabajar con las familias de los niños con Síndrome de Down es vital, la sociedad ha cambiado, y en la actualidad las familias también.

Ahora nos encontramos con más información, formación y apoyo a las familias.

Los niños con discapacidad intelectual crecen, y cada vez se hacen más autónomos. Los padres facilitan esta autonomía, pero si no lo hacen, el niño se rebela. Los hijos con

discapacidad tienen más dificultades para llegar a ser adultos, esta dificultad, viene dada por las propias limitaciones, por la resistencia de los padres al crecimiento del hijo y la sociedad que también infantiliza muchos aspectos de la vida.

Hay padres que incluso responden por sus hijos cuando les preguntan, les limpian los mocos antes de que se den cuenta que los tienen (Garvía, 2011), en ocasiones, para nosotros como maestros, estos aspectos se convierten en una lucha constante con las familias.

Se resisten a que los niños crezcan y puedan ser autónomos. Se produce una contradicción entre lo que pretendemos como maestros y lo que las familias siguen, por ello, establecer objetivos comunes para llegar a alcanzar por ambas partes se convierte en una base sólida para la educación de nuestro alumnos con Síndrome de Down.

La tarea educativa de un niño con discapacidad intelectual es muy complicada y la dificultad radica en que las familias piensan que no lo van a poder hacer bien, se sienten juzgados, avergonzados y observados.

Cada etapa evolutiva genera diversas inquietudes en los padres como el momento del nacimiento del niño, inicio de la escolaridad y naturalmente, dos de las etapas más importantes y a veces más difíciles en la vida de una persona: la pubertad y la adolescencia (Garvía, 2011).

Esta situación de estar “castrados de sexualidad” desde la perspectiva de algunas familias toma aspecto muy conflictivos y difíciles en el periodo de la adolescencia.

Es muy común que se hable por ejemplo, del VIH, sin haber mencionado nunca la diferencia entre los sexos masculino y femenino. Tampoco se diferencia ni se explica, qué es lo público, que es lo privado, el espacio íntimo y la posibilidad de gozar del mismo (Tallis, 2005).

En este momento, se les está negando algo que indudablemente tarde o temprano aparecerá, ya que es un hecho natural de los seres humanos. La sobreprotección de los hijos, acarrea muchos problemas de rebeldía y en ocasiones, confusiones y una gran falta de conocimiento y autonomía personal.

Los chicos crecen y aparecen las manifestaciones sexuales que generan mucha angustia a las familias, como por ejemplo: la masturbación. Para muchas familias la sexualidad

solo representa problemas y ante esta dificultad se niega o se reprime porque ocasiona sufrimiento para todos.

Hay madres que se angustian ya que ven que como su hijo adolescente con discapacidad intelectual se masturba y tiene erecciones (Garvía, 2011). El hecho de que un adolescente se masturbe es un hecho natural, lo apropiado que debemos tratar cuando trabajamos en este caso con chicos con discapacidad intelectual es hablar sobre la intimidad de sus actos, los momentos y los lugares donde pueden vivir su sexualidad.

El escándalo que provocan las familias, en ocasiones, acentúa y hace más repetitiva la conducta de la persona que la realiza.

A veces los adolescentes buscan la manera de ser mirados, como forma de sentirse reconocidos como seres sexuados (Tallis, 2005).

Un cambio radical de relación con sus hijos, y sobre todo contestar a sus preguntas y dejarles crecer, esta mayor información a las personas con discapacidad intelectual les dará mayor autoestima y seguridad en ellos mismos, y con ello, les permitirá tomar iniciativas para relacionarse afectivamente con otras personas.

Gracias al trabajo de todos los profesionales y a las familias, muchas personas con Síndrome de Down trabajan en empresas ordinarias, tienen su grupo de amigos, incluso sus parejas y llegan a vivir de manera independiente con los apoyos necesarios pero ya sin sus familias.

Está en las manos de todos nosotros que las personas con discapacidad intelectual tengan un proyecto de vida, es un reto de todos reconocer y respetar los tiempos de crecimiento y saber respetar y aceptar la condición de adulto que tiene la persona y no la eterna infancia que se les otorga (Garvía, 2011).

Desde la escuela trabajaremos como figuras de apoyo a las familias de las personas con discapacidad intelectual para formar juntos un nuevo proyecto de conocimiento personal, de autoestima y de bienestar emocional.

4.4.Motivos para realizar educación sexual.

¿Por qué es importante educar a las personas en la sexualidad? ¿Por qué debemos englobarla como maestros en nuestra vida diaria? ¿Por qué es realmente necesario hablar de educación sexual con las personas con discapacidad intelectual? Son muchos

los interrogantes que nos planteamos como profesionales de la educación, pero no solo somos nosotros los que intervenimos y educamos en ese sentido, sino que otros profesionales y las familias también se plantean interrogantes, dudas y en muchas ocasiones, en este caso el último grupo las familias, no están seguras si deben o no deben educar a sus hijos en el terreno de la educación sexual. Educar es transmitir normas, pero también dejar crecer.

Debemos ayudar a la persona con discapacidad a integrar funciones haciendo hincapié en aquellas en las que se encuentran más desarrollados. De acuerdo con esta autora, es indispensable afrontar la sexualidad con personas con discapacidad no sólo en función de lo que está bien o está mal, sino entendiendo las necesidades que tienen. (Garvía, 2011).

La pregunta que nos formulamos es ¿Cómo podemos ayudar a una persona con síndrome de Down para que se desenvuelva de la manera más normal posible en el terreno sexual? Como ya he mencionado anteriormente, reconociendo que la persona con discapacidad también posee sexualidad, y en segundo lugar, ayudar al niño en este caso a pasar por todas las etapas evolutivas correctamente y no quedar anclado en ninguna, siempre proporcionándoles confianza, seguridad e información.

La formación que reciben acerca de la educación sexual las personas con Síndrome de Down, debe abarcar un amplio contenido y no centrarse únicamente en el aparato genital. Presentan muchas dificultades para simbolizar lo que no ven, y por ello, se dificulta enormemente el conocimiento del cuerpo.

Ser un ser sexuado, tener deseos y emociones por alguien...es un hecho humano como he comentado a lo largo de este trabajo, todo ello va ligado a los elementos que favorecen y que son necesarios para trabajar la educación sexual.

Los aspectos más específicos y más importante para trabajar en educación sexual serían los siguientes: los sentidos, aparatos que componen el cuerpo humano, partes del cuerpo que no se ven, los procesos de cambio como un hecho natural, las normas de higiene, el valor que tiene la intimidad en la vida de las personas, las conductas sexuales, la respuesta sexual, el embarazo, etc.

Es muy importante trabajar todos o la mayoría de los aspectos nombrados, ya que este tipo de educación sexual que se va descomponiendo en partes, ofrece un grado de

conocimiento, en este caso a nuestros alumnos, también un grado de madurez que permite disfrutar de las relaciones, asumir responsabilidades, evitar abusos, y en definitiva, vivir de una manera más autónoma y satisfactoria.

El objetivo que tanto familias como profesionales que trabajamos con las personas con síndrome de Down, es que lleguen a ser adultos y se integren en la sociedad. Y como miembros de nuestra sociedad, puedan disfrutar, vivir y cumplir con sus obligaciones, y también cumplir con sus derechos. Que entre los derechos destacan: formar una pareja y tener una vida sexual (Garvía, 2011).

Como muchos de nosotros sabemos y se ha comentado, en ocasiones, la educación sexual se centra meramente en la prevención de enfermedades de transmisión sexual, que también por supuesto, hay que contemplarlas pero no son el pilar fundamental que sustenta la educación sexual.

Debemos hablar por supuesto de los métodos anticonceptivos con los que podemos evitar un embarazo no deseado pero también enfermedades de transmisión sexual, las mujeres y los hombres con Síndrome de Down tienen la misma susceptibilidad que el resto de la población para las Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS). También deberíamos incluir en este aspecto, los métodos que se pueden utilizar y cómo disminuir el riesgo de contagio.

Otro aspecto que me parece muy relevante para comentar y por ello, es un motivo para realizar educación sexual, es la interacción entre las personas, en este caso, la interacción con la persona con Síndrome de Down.

Es muy importante desde la escuela, dar una educación apropiada a la edad sobre las conductas de protección, esta educación que comience en la infancia y se refuerce durante el resto de la vida de la persona con Síndrome de Down.

A las personas con síndrome de Down les enseñamos los límites de la interacción física normal en la sociedad, también las destrezas que forjan la confianza personal, por ejemplo, para pedir ayuda. Se debe tratar el control de conductas enérgicas y de los impulsos, también es muy importante transmitirle a la otra persona que quieres y que no quieres, para evitar conductas incorrectas o que puedan molestar a la persona.

Me pareció muy interesante un aspecto que me resaltó una Orientadora en un Colegio Público de Educación Especial cuando le pregunte los motivos para trabajar la

educación sexual. Ella me contestó, que es totalmente natural, que se debe trabajar porque es vida, la sexualidad nos hace humanos.

La educación no va separada del apellido “sexual” cuando se trabaja por ejemplo, la *proxémica*, que es la disciplina que estudia la relación espacial entre las personas. Es muy importante interaccionar con las personas de tu alrededor pero también lo es mantener una cierta distancia al hablar, o al relacionarnos, por ello, ligado a la educación sexual trabajamos la educación emocional.

Es básico conocer cómo se encuentra la persona para aproximarse por ejemplo a darle un beso o un abrazo, y si no se encuentra emocionalmente bien, como maestros, enseñamos a nuestros alumnos con síndrome de Down que deben respetar la decisión de la otra persona, que ahora no es un buen momento para un abrazo ya que a la otra persona no le apetece pero quizás más tarde sí.

5. INTERVENCIÓN EN EDUCACIÓN SEXUAL CON PERSONAS CON SÍNDROME DE DOWN.

A continuación se presenta una propuesta para trabajar la educación sexual de los chicos con Síndrome de Down durante la pubertad y la adolescencia. Por supuesto, los contenidos que se desarrollan no son los únicos a trabajar, aunque, de acuerdo con los autores consultados y mi propia experiencia como maestra, considero que son los más relevantes.

Las personas con Síndrome de Down, en general son personas muy afectivas y en ocasiones efusivas, en estas ocasiones, nosotros como maestros les enseñamos a los niños a canalizar sus emociones y autocontrol y sobre todo aprender a reconocer las emociones de la otra persona (si está triste, enfadado, si quiere un abrazo ahora o no...), también aprender a reconocer las emociones de la persona propia, que a veces se vuelve una tarea más difícil de lo que parece.

Por ello, no sólo se trabaja la educación sexual sino la base fundamental que la sustenta: Educación emocional.

Una maestra de pedagogía terapéutica me hablaba sobre la visión que tenía de sus alumnos con síndrome de Down de 15 años y ambas estábamos de acuerdo en que son chicos excesivamente infantiles, sí que se tocan y curiosean unos a otros, y lo realizan de forma natural. La maestra comentaba que muchas veces les da igual acariciar a un

chico o a una chica, ellos quieren dar esa muestra de cariño a la persona con la que se sienten bien, por ello, no tienen en cuenta el género de la persona.

Para proporcionales una respuesta adecuada a nuestros alumnos con síndrome de Down, encontramos un triángulo perfecto de apoyo y aprendizaje para el niño, que son las familias y nosotros los maestros trabajando de manera unida con un único objetivo común que es ayudar al niño y en el terreno de la educación sexual que realice un camino hacia una adultez sexualmente sana.

Esta unión no es fácil, ya que como he comentado en otros apartados, las familias se sienten reacias a tratar el tema de la educación sexual con su hijo que tiene síndrome de Down, que además tienden a infantilizarlo.

En primer lugar la familia debe tener en cuenta que su hijo es un ser humano sexuado al igual que todos, que la sexualidad es un hecho natural y que él tiene curiosidad, deseos y sentimientos al igual que todos nosotros.

Por ello, la familia ha de guiar al niño con Síndrome de Down para un mejor desarrollo en autonomía, socialización...y por supuesto responder a las preguntas que el niño se pueda plantear, darle una respuesta correcta, adaptada a sus necesidades pero sin decorarla ni infantilizarla. Podemos proponer una serie de *objetivos* para que la familia los lleve a cabo como pueden ser:

- Entender los valores personales que tiene el niño y comunicarlos a los maestros y a las personas que tratan con el niño.
- Compartir métodos de intervención que se emplean en casa para afrontar situaciones que pueden ocasionar conflicto o conductas sexuales inapropiadas.
- Darse cuenta de las dificultades de aprendizaje que tienen sus hijos en referencia a la educación sexual como por ejemplo: higiene íntima, momento de ir al baño de forma autónoma y limpiarse, etc.
- Establecer rutinas de higiene y aseo personal todos los días plasmadas en un cuadro, agenda...incluyendo la higiene íntima.
- Dar respuesta de manera correcta a las preguntas que plantean los niños referidas a la educación sexual.
- Asesorar y guiar a los niños en la etapa de la adolescencia y pubertad, por ejemplo: con la llegada del periodo en las niñas, o el crecimiento del vello corporal en los niños.

Cobra especial importancia, que los padres con niños con Síndrome de Down piensen en el futuro, en las expectativas y proyectos de sus hijos, pensando en la sexualidad de los niños y actuando en caso de que surjan dificultades.

Planteamos objetivos que queremos que nuestros alumnos lleguen a alcanzar, la gran mayoría van en consonancia con el trabajo que se realiza desde la familia, ya que para construir los cimientos fuertes de la persona, la comunicación y la colaboración entre ambas partes es esencial.

El objetivo principal que nos planteamos con nuestros alumnos con Síndrome de Down es que de la mejor manera posible consigan ser autónomos para las tareas de la vida diaria y si surgen dificultades puedan pedir la ayuda necesaria. Es vital que sepan relacionarse e interaccionar con los demás, ya que hay niños que presentan muchas dificultades en el área de socialización y lenguaje, y eso les provoca en ocasiones quedarse apartados. Algunos de los *objetivos* que nos planteamos son los siguientes:

- Desarrollar hábitos saludables de higiene personal, entre ellos destacando, la higiene de las partes íntimas cuando hablamos de educación sexual.
- Trabajar habilidades sociales en el aula como el conocimiento de las emociones de los otros y las de la propia persona.
- Reconocer las diferencias del cuerpo tanto masculino como femenino.
- Desarrollar de manera autónoma habilidades de la vida cotidiana como ducha, aseo, cambiado de ropa, etc.
- Reconocer las necesidades de la otra persona y las nuestras propias.
- A través de imágenes, pictogramas y frases cortas, comunicar sus necesidades y dificultades.
- En el caso de que sí que exista lenguaje, comunicar sus deseos, inquietudes y dudas que puedan surgir en referencia a la sexualidad.
- Respetar las diferencias de las otras personas.
- Crear una actitud de tolerancia y respeto al sexo opuesto.
- Respetar y conocer los límites y fronteras de los demás y de uno mismo.
- Conocer y afrontar los cambios físicos que aparecen en la adolescencia.
- Respetar las decisiones y opiniones de otros.

Estos objetivos se plasman a través de una *metodología* adaptada a las características de los niños con Síndrome de Down.

Son “aprendices visuales”, principalmente, es por el sentido de la vista donde absorben la mayor parte de los conocimientos. Por ello, en el aula siempre es de gran ayuda el apoyo visual como los pictogramas, imágenes, láminas, videos...se lleva a cabo una metodología para que de una manera cada vez más fluida sean autónomos en su vida diaria y si necesitan ayuda, sepan cómo pedirla.

En muchas ocasiones, poseen problemas de comunicación y de lenguaje, por ello, es recomendable realizar actividades con pictogramas y para organizar sus rutinas, podemos realizar una agenda para cada niño con pictogramas de lo que se va a realizar.

A modo de ejemplo, el momento de la llegada del primer periodo, si hablamos de las niñas con síndrome de Down, no siempre es sencillo. La familia, en este aspecto cobra un papel fundamental desde casa. Reciben el apoyo de las familias y la información, junto a la ayuda y el asesoramiento de la escuela.

En primer lugar, la metodología que se lleva a cabo es hablar con la niña, explicarle que es totalmente normal el proceso que está viviendo y que no debe alarmarse. Cuando aparecen los primeros sangrados, podemos ayudar a la niña a limpiarse para evitar los miedos y la aprehensión que surge en un principio.

También junto a la higiene íntima, explicamos cómo colocar la comprensa, cómo retirarla de forma correcta y depositarla para tirar en el lugar correcto. El tema de la menstruación no debe ser un objeto de “drama” aunque la niña posea una discapacidad, sino que hay que trabajarlo de manera natural, la niña debe sentirse apoyada y respaldada por la personas que tratan con ella y debe saber que si necesita ayuda la puede pedir.

Otros de los aspectos que me parece muy relevante trabajar y que he mencionado anteriormente, son los límites de cada persona. Lo que ya he mencionado que se trabaja y conoce con el nombre de *proxémica*.

Trabajar con los alumnos de manera que ellos reconozcan y diferencien cuándo se puede dar un beso, un abrazo o acariciar a la otra persona.

Nuestra metodología en el aula es una pieza principal para conseguir llegar a una serie de *contenidos*, que trabajamos a lo largo de todas las etapas educativas (también durante los últimos cursos de primaria y primeros de secundaria, alumnos a los que se dirige esta propuesta), y de acuerdo con el modelo teórico del hecho Sexual Humano (Amezúa

y Foucart, 1979) en el que se basa mi argumentación teórica, podríamos desglosarlos de la siguiente manera:

5.1.Sexo: hombres y mujeres.

- El cuerpo.
- Pubertad y adolescencia: cambios físicos e implicaciones psicológicas.
- Relación entre los sexos: respeto, igualdad...

5.2.Sexualidad:

- Enamoramiento y orientación sexual del deseo erótico.
- Menstruación y eyaculaciones.
- Masturbación.
- Higiene personal.

5.3.Erótica y relaciones amorosas.

- Deseos.
- Prevención de enfermedades y embarazos.
- Mitos sobre las relaciones de pareja.
- El porno no es la sexualidad.

5.1.Sexo: hombres y mujeres.

Para comenzar a trabajar la sexualidad con un niño con discapacidad, no se requiere ser un profesional, simplemente comprenderles y trabajar para potenciar al máximo sus capacidades. Basta con respetar sus tiempos, comprender sus necesidades y enseñarles algunas pautas básicas acerca del lugar y el momento más adecuado para conversar sobre la sexualidad (Aznar y Castañón, 2006).

Los niños con discapacidad intelectual a veces necesitan algo más de tiempo que los demás para comprender las cuestiones referidas a su sexualidad. Podemos usar reiteraciones, lenguaje sencillo, indicaciones claras y por pasos, mensajes breves dosificando la información...son buenos recursos para saber qué necesitan y nos puedan entender mejor.

Los niños que tienen a veces dificultades con el lenguaje suelen servirse de gestos para transmitirnos que quieren decir. Las fotos, dibujos simples, y sobre todo las situaciones cotidianas son la mejor manera de comunicarnos con ellos y enseñarles.

5.1.1 El cuerpo

El conocimiento del cuerpo y el cuerpo de otros comienza en educación infantil donde se trabaja en la primera área de contenidos: Conocimiento de sí mismo y autonomía personal: las partes del cuerpo, el cuidado personal y la salud, hábitos saludables de vida...el estudio del cuerpo y sus características sigue hasta la edad adulta.

La curiosidad para entender y comprender sus cuerpos y lo que les pasa es muy alta, sería la etapa de los 7 a los 10 años. A partir de los 10 años, los cambios físicos suelen ser más evidentes y acelerados, por esto, en esta etapa, la vivencia del propio cuerpo y la curiosidad que sienten los niños es más intensa (Robie, 2002). Poco a poco, van asimilando los cambios que se producen en su persona, pero no sólo los cambios físicos sino también lo cambios en aspectos emocionales y de personalidad.

Las hormonas en ocasiones tardan poco en llegar. En los últimos años de la pubertad, tanto los chicos como las chicas comienzan a sentir sus hormonas alteradas y experimentan sensaciones nuevas relacionadas con las emociones, con el placer, y con la sexualidad que no siempre saben canalizar (Fernández, 1996).

Es necesario que maestros, padres, y otros profesionales que tratamos con los niños, tratar con atención y cuidado la singularidad de cada cuerpo, ayudando a quienes se desarrollan antes y surgen problemas, preguntas y dudas, por ejemplo.

Para trabajar el cuerpo humano en el aula nos planteamos diversos objetivos que están íntimamente relacionados a las *actividades* que realizamos, como por ejemplo: diferenciar el cuerpo masculino y femenino a través de dibujos, conocer el nombre y localización de los órganos del cuerpo, en este caso, los órganos genitales con la realización de una ficha sencilla, etc.

5.1.2 Pubertad y adolescencia: cambios físicos e implicaciones psicológicas.

La pubertad comienza en las niñas sobre los 11 años y en los niños sobre los 13 años. En esta etapa, se lleva a cabo el proceso de cambios físicos en el cual el cuerpo del niño o niña se convierte en adolescente, capaz de la reproducción sexual.

La aceleración del crecimiento lineal es una de las primeras manifestaciones de la pubertad en niñas. También se produce, un aumento de peso y de proporción de la grasa corporal. También podemos ver cambios en la estatura, crecimiento del vello facial y corporal, se produce un olor corporal más fuerte, tienen cambios en la piel y surge el acné.

También en esta etapa comienza el inicio de la actividad sexual, donde se pueden llegar a explorar, en este caso, se inicia su actividad sexual por medio de la masturbación (Molina, 2009).

No solo los cambios físicos son los más característicos de la pubertad y la adolescencia, sino que en el ámbito psicológico nos encontramos con niños en proceso de adultos en los que destaca la rebeldía, el despotismo... puede decirse que se rebelan contra el mundo y contra ellos mismos.

Por ello, es imprescindible la total conexión y un clima adecuado de comunicación entre la familia y la escuela. Podemos trabajar el respeto y la comprensión a través de situaciones cotidianas de discusión en desacuerdo (correspondientes a la etapa de adolescencia), trabajar la resolución de conflictos en el aula con situaciones que surgen del día a día a modo de *actividades*, de esta manera vamos reforzando las habilidades sociales de los niños, reforzando también la autoestima.

5.1.3 Relación entre sexos.

La igualdad o la diferencia y las relaciones entre ambos sexos, son dos aspectos con los que nos damos cuenta que la cultura nos condiciona, pero no nos determina totalmente como personas en la sociedad.

Cada persona puede llegar a sentir, a pensar, a preguntarse o a desear cosas nuevas, cosas no reconocidas ni aceptadas socialmente.

Lo esencial es inculcarles a nuestros alumnos actitudes de respeto hacia las opiniones o las formas de pensar de cada persona, al igual que las formas de actuar, aunque a veces parezcan extrañas o que se salen de la normalidad (Hernández, 2006).

Es necesario promover espacios de interacción social, ya que las manifestaciones afectivas o sexuales son componentes básicos de la personalidad humana (Amor, 2000). Todos necesitamos el mantener relaciones sociales más allá de la familia, necesitamos el contacto en intimidad emocional y sexual.

En el aula vemos situaciones en las que los niños, en este caso, los niños con síndrome de Down, reciben y dan muestras de cariños a los demás, en ocasiones, los chicos también les dan besos y abrazos a los chicos, y las chicas de igual modo a las chicas. Este aspecto es totalmente respetable, ya que como me comentaba la Orientadora de un centro, los niños con discapacidad intelectual, no están contaminados por la sociedad,

no tienen prejuicios, si quieren darle un beso a un chico se lo van a dar, y eso es realmente maravilloso, actúan de manera natural a través del afecto.

Debemos trabajar teniendo de base y transmitiéndoles a los niños, el respeto por las actitudes del otro y las nuestras propias, por ello, seguimos en esta línea trabajando *actividades* relacionadas con las habilidades sociales: podemos contar cuentos con los que se pueden sentir identificados, comentarlos de manera grupal, etc.

5.2.Sexualidad.

5.2.1. Enamoramiento y orientación sexual del deseo erótico.

La sexualidad como ya he comentado en los puntos principales del trabajo, está presente en todos nosotros y a lo largo de toda nuestra vida, se va desarrollando a medida que pasamos por las diferentes etapas de la vida: niñez, adolescencia...

Los niños en la primera infancia, tienen numerosas conductas sexuales durante los primeros años de vida, las motivaciones son fundamentalmente tres: la curiosidad, la tendencia a imitar y la búsqueda del placer (Barragán, 1991).

Se buscan, experimentan y tienen curiosidad por su cuerpo y por el de los demás. Comienzan en las primeras edades a realizar diferencias anatómicas entre el cuerpo femenino y masculino, y repiten conductas que les han generado placer anteriormente.

Los niños son grandes imitadores, y por ello, imitan actitudes de la familia, de los maestros y de las personas más cercanas a ellos. Necesitan conocer sobre su sexualidad y el significado de muchas conductas que ven y no entienden, como por ejemplo, como dos personas que no se conocen se dan la mano y no dos besos.

Como señala Glez-Mendiondo (2014b), la atracción sexual y el deseo erótico pasan a un primer plano en la adolescencia. Siendo el enamoramiento una de las experiencias que surge de manera natural entre los diez y doce años, coincidiendo con el inicio de la pubertad. La aparición del enamoramiento como posibilidad afectiva da pie al desarrollo de las primeras relaciones eróticas y de pareja. Durante la adolescencia, la vivencia del enamoramiento se ve determinados por distintos factores personales (sexo, entorno sociocultural, expectativas, estilos de apego, etc.) y por la influencia de los modelos amorosos transmitidos desde la familia, los medios de comunicación, la escuela y otros agentes de socialización.

Por otra parte, A partir de la pubertad y en relación con los procesos descritos, comienza a especificarse y consolidarse la orientación del deseo erótico, de forma que el adolescente se sentirá atraído por determinados objetos y personas hacia los que orientará su deseo. Los adolescentes han de tomar conciencia de cuál es la orientación de su propio deseo, y cuando ésta no concuerda con la expectativa heterosexual, la toma de conciencia y la asunción del propio deseo suelen vivirse de manera confusa, cuando no conflictiva y traumática (Glez-Mendiondo, 2014b).

En el caso de los chicos con Síndrome de Down es habitual que no sean capaces o tarden más en “definir” su propia orientación del deseo erótico, también es habitual que el entorno se lo ponga “aún más difícil” cuando ésta es homosexual o bisexual, cumpliendo con el mito descrito más arriba de considerar que cualquier dificultad o, en este caso, peculiaridad sexual es consecuencia de su discapacidad. Esto es, “no es que seas gay o lesbiana, es que tienes un retraso mental y no sabes lo que deseas”.

Podemos trabajar estos contenidos a través de *actividades* como las que he mencionado anteriormente que son pequeñas historias o debates, y por supuesto, trabajar con cada niño, situaciones especiales que puedan surgir en el aula respecto a por ejemplo, la orientación sexual.

El objetivo que todos perseguimos y lo he comentado a lo largo del trabajo es que nuestros alumnos con discapacidad intelectual, lleguen a ser adultos y se integren en la sociedad, que puedan vivir y disfrutar de los derechos y deberes de todos, incluidos el derecho de formar una pareja y tener una vida sexual.

5.2.2. *Menstruación y eyaculaciones.*

El momento en el que la menstruación aparece en la vida de las niñas es un momento importante, que a veces les inquieta, les atormenta y les crea inseguridad. Por ello, como maestros debemos tratar el tema de forma natural, aconsejando y guiando a nuestras alumnas. Sobre todo dejar claro que la menstruación es totalmente natural de las mujeres y que por ello debe ser tratada de ese modo.

Esta intervención debemos realizarla antes del comienzo de la menstruación para en este caso, con nuestras alumnas con síndrome de Down, facilitar la comprensión y el mejor desempeño. Es imprescindible, tratar el tema de manera natural de las niñas y no de forma escandalosa.

En primer lugar, trabajar los aspectos básicos como la colocación correcta de una compresa, como he comentado en puntos anteriores. En segundo lugar, como retirarla correctamente y depositarla en la basura. Muchas de las alumnas se elaboran un calendario con asesoramiento de los maestros y de este modo, saben cuándo aproximadamente será el siguiente periodo, media de duración, etc.

Las primeras eyaculaciones y poluciones son también fuente de inquietud y ansiedades para los chicos, aunque socialmente no se acompañan de connotaciones tan negativas y el adolescente suele vivirlas como signo de madurez y virilidad (Glez-Mendiondo, 2014). Las poluciones nocturnas, también se pueden presentar en los adultos, y pueden estar acompañadas o no por sueños eróticos.

Durante la pubertad, el 13% de los hombres experimentan la primera eyaculación de su vida, durante una polución nocturna (Kinsey, 1948).

La espermaquia es la primera eyaculación que se produce en el hombre. Tiene lugar generalmente entre los 12 y 14 años, aunque la variación individual es amplia y puede ocurrir a una edad tan temprana como los 10 años, o tardía, hasta los 16 años. Esto no significa que haya una anomalía en el desarrollo. Puede considerarse como el equivalente a la menarquia o primera menstruación de las mujeres (Castells, 1998).

En ocasiones este hecho tiende a avergonzar a los jóvenes que les sucede, pero como profesionales, debemos hablar sobre esta temática y explicar de forma sencilla y relajada que es un hecho natural del ser humano, y que es totalmente normal que aparezcan imágenes en nuestros sueños relacionadas con el deseo erótico y el placer.

5.2.3. *Masturbación:*

En numerosas ocasiones, solamente el término en sí, resulta escandalizante. Para las familias, a veces, es motivo de preocupación, y por ello, es comentado a los maestros y especialistas para su tratamiento.

En primer lugar, debemos hacerles entender, que es una forma frecuente de expresión natural para los niños, y debemos ser respetuosos con su expresión. Cobra especial importancia el aspecto de “Dónde”. Lo importante es hacerles ver a nuestros alumnos que no es inadecuado el acto en sí, sino en ocasiones el lugar en el que se realiza, ya que forma parte de la intimidad de uno mismo, y por ello, se debe realizar en la intimidad.

5.2.4. *Higiene personal:*

Este punto, con nuestros alumnos con síndrome de Down cobra especialmente importancia en la etapa de la adolescencia, cuando por ejemplo, el sudor es más fuerte, se acentúa la grasa capilar, y poseen un olor intenso. Es muy importante hacer hincapié en este tema también a través de la familia, seguir una serie de rutinas cotidianas de higiene les ayudará a estructurar su día a día tanto en casa como en la escuela.

Podemos ayudarles a nuestros alumnos con síndrome de Down, a la elaboración de un tablero de rutinas con imágenes reales o pictogramas con las rutinas de higiene personal como lavado de cara, manos, limpiarnos cuando vamos al baño, lavarnos las manos antes de comer y los dientes después de comer, etc.

5.3. Erótica y relaciones amorosas.

La sexualidad es un hecho y todas las personas poseemos una sexualidad única e irrepetible.

5.3.1. *Deseos.*

El deseo erótico forma parte el hecho sexual humano. Todos tenemos deseos y pensamientos por ejemplo por otras personas, las personas con Síndrome de Down, se sienten atraídas por otras personas y también desean compartir con ellas momentos, y en este caso, quieren compartir y disfrutar de su sexualidad. Es muy importante por parte de nosotros como maestros y de otros profesionales, guiar a las personas con discapacidad intelectual para realizar conductas correctas relacionadas con el deseo sexual, canalizar de manera correcta las conductas que surgen y saberlas llevar a la intimidad de cada persona.

La persona con síndrome de Down, apenas habla de su sexualidad y su deseo. Debemos interpretar lo que ellos nos transmiten para no elaborar falsos juicios. Se pueden dar casos que el chico toque a la chica sin ninguna finalidad de mantener relaciones sexuales, sino que está intentando contactar con ella o entender sus diferencias anatómicas. La aparición de las manifestaciones sexuales de las personas con discapacidad es captada de una manera muy angustiada por las familias, y a veces, ni siquiera piden asesoramiento externo para sobrellevarlas y entenderlas (Garvía y Miquel, 2009).

Una intervención correcta se lleva a cabo de manera natural en el aula, en casa...y con ello, saber tratar situaciones enfocadas al deseo y a la erótica que surgen en las personas con Síndrome de Down, hablando sobre la intimidad, conociendo las emociones de uno mismo y de la otra persona.

Las *actividades* orientadas al trabajo del deseo erótico deben basarse en las siguientes ideas (Garvía y Miquel, 2009):

- *El respeto*: aprender a respetarse a uno mismo para respetar a los demás, sino no nos respetamos a nosotros mismos, las demás personas tampoco lo harán.
- *La intimidad*: trabajar el derecho a tener momentos y espacios íntimos.
- Prevención de enfermedades y embarazos.
- *La privacidad*: el dónde y el cómo llevar a cabo la intimidad.

5.3.2. *Prevención de enfermedades y embarazos.*

De los 10 a los 14 años, podemos hablar con nuestros alumnos con discapacidad de temas como la menstruación y otras transformaciones típicas de la pubertad, sentimientos y emociones relacionadas con el deseo, orientación sexual, qué significa crear y mantener una relación afectiva, juegos pre-sexuales y sexuales.

De los 15 años en adelante ya podemos introducir nuevos temas como son: diferencias entre el sexo y el amor, infecciones de transmisión sexual y cómo prevenirlas, responsabilidad que implica una relación sexual y de las responsabilidades que implica ser madre o padre (UNICEF, 2012).

Cobran especial relevancia, estos últimos aspectos a trabajar con adolescentes con síndrome de Down. La diferencia de querer a alguien, de estar enamorado de esa persona es por un lado lo que rodea a la palabra *amor*, y el *sexo*, personalmente y podríamos explicarlo a nuestros alumnos como la manifestación física del amor, aunque también debemos dejar claro que no siempre que dos personas tienen sexo hay amor.

Del mismo modo, trabajamos y hablamos de los riesgos que hay de mantener relaciones sexuales sin medidas como preservativos, no solo para evitar embarazos no deseados por ambas personas sino también, para evitar la aparición de enfermedades de transmisión sexual como son VIH, gonorrea, clamidia...

En referencia al hecho de ser madres o padres, las personas con síndrome de Down poseen una infertilidad mayor (sobre todo los varones) y también existe un riesgo real

que el niño nazca con discapacidad y que las dificultades para criarlo y responsabilizarse de su educación son importantes. Cuando una pareja con discapacidad intelectual mantiene relaciones sexuales, hay que abordar el tema de la anticoncepción con ellos. Si se conocen los diferentes métodos, permite elegir el más adecuado para las características personales de la pareja.

Como método anticonceptivo, el dispositivo intrauterino es el más recomendable, siempre bajo un estricto control médico, su efectividad es alta y no requiere ningún esfuerzo por parte de la persona, por lo que otorga más autonomía y seguridad a las chicas (Garvía, 2011).

Lo más importante es mostrar los diferentes métodos que hay en la actualidad, y en referencia a las características de la pareja, podemos trabajar con ellos y apoyarlos para elegir el método más adecuado para ellos.

5.3.3. *Mitos sobre las relaciones de pareja.*

Las relaciones de pareja, son derecho de todos los seres humanos. Un compañero de vida, con el que compartes muchos momentos y se forma una gran conexión. Lo mismo les pasa a las personas con síndrome de Down.

Este punto, relacionado con los mitos sobre la sexualidad de las personas con discapacidad intelectual, se centra en algunos mitos sobre las parejas con síndrome de Down como que no pueden amar porque son personas asexuadas, sexualmente son como niños, tienen mucha motivación sexual y están incontrolados, no pueden formar pareja, ni casarse, no deben tener hijos, no resultan atractivas a otras personas, entre otros (Campo, 2013).

En contra de estas falsas creencias sobre las relaciones de pareja y sobre la sexualidad de las personas con discapacidad se interponen ciertos derechos tales como: derecho a formar pareja, derecho a mantener relaciones sexuales, derecho a elegir su estado civil, derecho a tener o no hijos, derecho a explorar su cuerpo, tener privacidad e intimidad, entre otros (López, 2002).

Estos aspectos, en ocasiones, no son aceptados ni comprendidos por las familias ya que tienen miedo de que alguien por ejemplo, pueda herir sentimentalmente a su hijo porque no está enamorado de él. Pero son de estos hechos de los que hablamos cuando

debemos enseñar a las personas con síndrome de Down autonomía y seguridad para elegir su propia vida.

5.3.4. *El porno no es la sexualidad.*

El primer gran debate estadounidense en torno a la pornografía y sus efectos se dio en 1970. Una de sus conclusiones más polémicas, era que no habían aparecido evidencias probadas de que la pornografía era nociva (Amezúa, 2003). Este tipo de cine existe y seguirá existiendo mientras haya usuarios que lo vean.

Debemos trabajar sobre todo e informar a las familias de la edad en la que no se puede ver este tipo de cine, ya que está destinado a personas mayores de 18 años pero en ocasiones, los niños acostumbrados a la utilización de las nuevas tecnologías, tienen acceso a la web sin ninguna restricción. Por ello, las familias desde casa deben hacer un trabajo de control y velar por la seguridad de los niños cuando navegan por internet.

La infancia ha sido asociada durante muchos siglos y durante la historia a valores de ingenuidad, inocencia o pureza. Antiguamente el sexo se consideraba sucio y que podía causar degeneraciones morales. Incluso, se construyeron artilugios para evitar la masturbación de los niños y adolescentes en la Edad Media (Arnal y Llarío, 2006).

El sexo no es sucio como se creía, pero hay que saber lo que se puede y lo que no se puede realizar, por ello, es muy importante trabajar desde las primeras edades la intimidad, privacidad y respeto.

Diversas investigaciones evidencia la necesidad de una educación sexual desde edades tempranas, los niños desde las primeras edades poseen interés y actividades de exploración sobre su sexualidad. En este caso, la masturbación se da en los niños varones de 9 a 10 años y su prevalencia llega a los 13-14 años frente a las niñas, que comienzan a masturbarse más tarde y con menos prevalencia que en los varones. También es la edad en la que comienzan las fantasías sexuales, de los 9 a los 11 años, los chicos ya afirman que se imaginan situaciones y piensan en cosas para excitarse.

Por otro lado, a los 11 años las niñas, aún no han comenzado a tener fantasías sexuales. Algunos niños según este estudio, utilizan la pornografía para excitarse. Se observa una mayor aceptación de la pornografía con la edad y también la mayor aceptación por parte de los varones (Ballester y Gil, 2006).

Con nuestros alumnos con síndrome de Down, debemos hacer un extenso trabajo enfocado a las actitudes que podemos realizar en público como pueden ser darnos un beso o un abrazo y las actitudes que se hacen en la intimidad como por ejemplo, masturbarse.

El porno puede entenderse como una herramienta, algo que favorece la excitación y la masturbación, el desarrollo de fantasías, etc. Y, en muchos casos, es la única vía de acceso que tienen los niños y adolescentes para ver cómo es una relación, gente desnuda, etc.

Pero es importante hacer ver a nuestros alumnos con o sin discapacidad intelectual, que se trata de cine, de ciencia ficción y que las relaciones reales no son ni tienen que ser como las muestra el porno.

También debemos enseñarles a cuestionar los roles sexuales que se representan en la mayor parte de la pornografía, en concreto, el rol de pasividad femenino que puede llegar a resultar “humillante”.

6. CONCLUSIONES Y VALORACIÓN PERSONAL.

Durante la elaboración del presente trabajo he recogido un gran número de conclusiones acerca del tema, gracias a las aportaciones de todos los profesionales que me he rodeado del ámbito educativo, familias, etc. Cuando comencé a hablar de este tema, a leer y a investigar, me surgían numerosas dudas como ¿Cuál es la mejor definición de la educación sexual? ¿Por qué no hay suficiente información acerca de la educación sexual en la escuela? ¿Por qué solo algunos autores han trabajado la educación sexual aplicada a la discapacidad? Uno de los mayores problemas a los que me he enfrentado ha sido, la información.

La gran cantidad de información sobre la sexualidad, ya que existen muchas versiones, muchos autores y opiniones al respecto, y ha sido difícil escoger y seleccionar la información adecuada y necesaria para la elaboración del presente trabajo.

Llegados al punto final, puedo afirmar que me siento muy orgullosa de haber aprendido y haber trabajado sobre el tema de la educación sexual con las personas con Síndrome de Down. Es un tema que ha proyectado tanto a mis metas como la ilusión de ejercer mi profesión como maestra de Educación Primaria, con el objetivo de mejorar, aprender y superarme cada día en esta increíble profesión.

Hablando con adultos que no tienen relación con el mundo educativo y por otro lado, hablando con profesionales de la educación, me he encontrado con dos visiones totalmente dispares en referencia a la educación sexual.

La mayoría de las personas que no tienen relación con el mundo educativo, todavía se escandalizan cuando hablamos de las relaciones sexuales o de la espermaquía que sufren muchos chicos en la adolescencia. Muchos de ellos no conciben por ejemplo, que las personas con síndrome de Down tengan pareja o mantengan relaciones sexuales.

Todavía, hoy en día, temas como el sexo, el amor, los cambios del cuerpo...son temas tabú. También, he encontrado a muchas personas que apoyan totalmente una educación sexual para todos sin diferencias ni exclusiones, que es la educación sexual que debería haber establecida en la sociedad que vivimos.

En el ámbito educativo, he hablado con maestros tanto de Educación Infantil como de Educación Primaria que evitan hablar del tema con sus alumnos, y que muchos me han afirmado que, personalmente, no ven que el tema de la educación sexual pueda aportar algo a sus alumnos y especialmente a sus alumnos con necesidades educativas especiales.

Este aspecto, especialmente me llamaba la atención, ya que veía que este alumnado con necesidades educativas especiales, en este caso, síndrome de Down, era la población que más necesitaba conocer su sexualidad y trabajar con ellos aspectos de la educación sexual.

Temas como la menstruación, masturbación, higiene personal e higiene íntima, cambios en el cuerpo tanto masculino como femenino, son temáticas esenciales para apoyar y ayudar a nuestros alumnos con síndrome de Down para tener una vida más autónoma y vivir su sexualidad de manera correcta, natural y sana.

Como maestros, bajo mi punto de vista, existe poca información para formarnos acerca del tema, y en ocasiones la falta de información es el motivo por el cual no se trabaja la educación sexual en las aulas.

Posiblemente, con una mayor formación por parte del profesorado este tema se podría abordar de una forma natural y se le daría realmente toda la importancia que tiene, ya que como cualquier otro aspecto del desarrollo forma parte del hecho de que somos seres humanos.

En referencia a los estudios universitarios, como maestros me parece muy interesante añadir que este tema apenas se plantea en las asignaturas, y no sólo está a la orden del día en las aulas, sino en la vida diaria de todos los seres humanos.

Tras observar en el aula comportamientos y gestos, no solo de los niños con Síndrome de Down, sino de todos en general, he llegado a la conclusión de la gran necesidad que tienen de conocerse a sí mismos y de conocer a la otra persona y que en muchas ocasiones, la sociedad y también algunos maestros, les priva de esta necesidad que forma parte del hecho de que somos humanos y necesitamos relacionarnos con los demás y con nosotros mismos.

Un aspecto que quiero recalcar que para mí es la base que sustenta la educación sexual son, las emociones. Por ello, desde edades tempranas, debemos trabajar la culpa, el remordimiento, la admiración, tristeza, alegría, placer, el deseo...a través de situaciones cotidianas que puedan surgir en el aula, o de historias en las que los personajes estén involucrados en situaciones que dejan volar una amplia gama de sentimientos y emociones.

Tan importante es reconocer las emociones de los demás como las de uno mismo. Cobra gran relevancia trabajar en base a las emociones y a cómo se sienten consigo mismo y con las demás personas los niños con Síndrome de Down.

Los abrazos, las miradas, los besos, las sonrisas...son gestos naturales que realizan continuamente los niños. También, los niños con Síndrome de Down, aunque a veces se les ponga la etiqueta de “efusivos” la intervención educativa y la metodología irá enfocada a hablar sobre los gestos y las acciones que podemos o no realizar y siempre respetando la privacidad, la intimidad, situación personal y los sentimientos que posee la persona en ese momento.

Pienso firmemente que debemos dejar de utilizar un vocabulario excesivamente infantil, ya que de esta manera, no hacemos ningún favor a nuestros alumnos con Síndrome de Down, sino que los perjudicamos. Les hacemos más pequeños de lo que realmente son y no dejamos desarrollar su autonomía lo mejor posible en las diferentes situaciones de la vida.

Por ello, debemos utilizar un vocabulario correcto y adaptado a sus necesidades para su mejor comprensión, dejar de alarmarnos de situaciones referentes a la sexualidad

humana, que ellos tienen totalmente derecho a vivir, trabajar en función de sus necesidades prestándoles todo el apoyo que sea necesario.

Estos deberían ser algunos de los objetivos que tanto maestros como familias deberíamos tener presentes en nuestro día a día para facilitarles y ayudarles en la medida de lo posible a las personas con discapacidad.

La Educación Primaria comprende dos de los periodos más difíciles de las diferentes etapas de la vida: pubertad y adolescencia.

Son dos etapas en las que los niños nos demandan consejo, apoyo y empatía ya que en muchas ocasiones surgen, situaciones difíciles y que demandan ayuda de profesionales y familia. Los niños se comportan de manera natural, sin tapujos ni prejuicios.

Con esto, la educación sexual debe ser trabajada en el aula y en la familia, cubriendo las necesidades que los niños y los adolescentes nos demanden, porque este hecho creará adultos seguros de sí mismos, autónomos y capaces de decidir cómo vivir su propia vida.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- AAVV. EQUIPO AULA ABIERTA. *Sexualidad y vida sexual*. Salvat. 1982.
- ALTABLE, C. (1997). Coeducación sentimental. *Cuadernos de Pedagogía*; 261 (Sep.) p. 64-68.
- ASOCIACIÓN ESTADOUNIDENSE DE PSIQUIATRÍA (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales-DSM 5*. Médica Panamericana.
- BALLESTER, R; GIL, M.D. (2006). La sexualidad en niños de 9 a 14 años. *Psicothema*, 18(1), 25-30.
- BARRAGÁN, F. (1991). *Guía didáctica para la Educación Sexual: de 0 a 20 años*. Xerach.
- DE LA CRUZ, C.; LÁZARO, O. (2006). *Apuntes de educación sexual sobre la sexualidad de niños y niñas con discapacidad*. Madrid. CEAPA.
- DE LA CRUZ, C.; RUBIO, N. (2011). *En el plural de las sexualidades*. Madrid. FUNDADEPS.
- GARVÍA, B.; TRÍAS, K. (2011). *Relaciones afectivas y sexualidad: síndrome de Down*. Fundació Catalana Síndrome de Down.

- GARVÍA, B.; MIQUEL, M. J. (2009). *La vida sexual y afectiva de las personas con síndrome de Down*. Madrid: Down España.
- GLEZ-MENDIONDO CARMONA, L (2014): *El discurso contra la violencia de género. Aportaciones y limitaciones para el abordaje de la violencia en pareja (parte I)*. (Tesis Doctoral). Revista española de Sexología, Nº179-180. Incisex, Madrid.
- GLEZ MENDIONDO CARMONA, L (2014): *El discurso contra la violencia de género. Aportaciones y limitaciones para el abordaje de la violencia en pareja (parte II)*. (Tesis Doctoral). Revista española de Sexología, Nº181-182. Incisex, Madrid.
- HERNÁNDEZ, G.; JARAMILLO, C. (2003). *La educación sexual de la primera infancia*. Ministerio de Educación, Cultura y Deportes. Madrid.
- HERNÁNDEZ, G.; JARAMILLO, C. (2006). *La educación sexual de niñas y niños de 6 a 12 años. Guía para madres, padres y profesorado de Educación Primaria*. Madrid, CIDE e Instituto de la Mujer.
- LEY ORGÁNICA 8/2013, de 9 de diciembre, para la mejora de la calidad educativa, Madrid: Boletín oficial del Estado (2013).
- LÓPEZ, M. A. (2005). Síndrome de Down (Trisomía 21). *Junta Directiva de la Asociación Española de Pediatría*, 6, 37-43.
- MALÓN, A (2007). Del humanitarismo al humanismo: revisión crítica del paradigma preventivo en la educación sexual. *Flumen: Revista de la Escuela de Magisterio de Huesca*, (10), 91-112.
- MAYORAL, J. R., MORENTIN, R., ARIAS, B., LÓPEZ, F. (2006). Afectividad y sexualidad en personas con discapacidad intelectual: una propuesta de trabajo. *Siglo Cero: Revista Española sobre Discapacidad Intelectual*, 37(217), 23-40.
- MIRTA, M. (2009). *Educación Sexual Integral para la Educación Primaria, los contenidos y propuestas para el aula*. Buenos Aires. Ministerio de la Nación.
- MOLINA, S. (2004). *Diseño curricular para alumnos con Síndrome de Down*. Prensas Universitarias de Zaragoza.
- MONTESSORI, M. (1982). *El niño: el secreto de la infancia*.
- RODRÍGUEZ, E. R. (2004). Programa de educación emocional para niños y jóvenes con síndrome de Down. *Revista síndrome de Down*, 21, 84-93.

- RUIZ, M. G. (2009). *Educación sexual y discapacidad: talleres de educación sexual con personas con discapacidad: material didáctico*. cmpa. es.
- SUÁREZ, A. (2004). *Educación Sexual desde la Familia. Infantil y primaria. Secundaria*. CEAPA, Colección cursos, (18).
- UNICEF (2012). *Es parte de la vida, material de apoyo sobre educación sexual y discapacidad para compartir en familia*.

WEBGRAFÍA.

- Down España. Consultado el 8 de noviembre de 2016. Recuperado de <http://www.sindromedown.net/noticia/lo-que-tengo-de-especial-son-unos-padres-y-un-entorno-que-han-luchado-porque-sea-lo-mas-autonomo-posible/>