

INTRODUCCIÓN

Al igual que el resto de las personas, que no tienen Down y discapacidad intelectual se exponen durante esta etapa a una serie de cambios que incluye, entre otros, la esfera sexual. Con frecuencia y producto de un desconocimiento sobre el curso habitual de esta patología, los individuos que la padecen ven postergado o bien denegado su acceso a una vida sexual plena.

La educación sin duda es la temática central a ser puesta en marcha en la intervención a personas con Síndrome de Down; bajo esta perspectiva se realizó un trabajo de intervención con la temática de la sexualidad con alumnos que tienen discapacidad intelectual y Síndrome de Down del Centro de Educación Especial Bartolomé Attard (CEEBA) perteneciente a amigos de los Niños Excepcionales Tarija (ANET).

La descripción de todo el proceso de la práctica que se realizó la describiremos según las distintas etapas de este importante trabajo:

En el primer capítulo, se describen el planteamiento y justificación del problema y la fundamentación del problema de estudio seleccionado para la Práctica Institucional. En base a la adecuada investigación bibliográfica se determinó que la sexualidad en los adolescentes con discapacidad intelectual y Síndrome de Down es una necesidad ya que no existían trabajos similares y ante la necesidad de que los adolescentes reciban una correcta información sobre todos los tópicos de la sexualidad.

En el segundo, capítulo se describen las características principales de la institución en la cual se realizó la Práctica Institucional; el trabajo fue realizado con personas que asisten al Centro de Educación Especial “Bartolomé Attard” de la ciudad de Tarija; en el proceso del trabajo la mencionada institución logró brindar una importante ayuda y acompañamiento en las actividades planificadas.

El tercer capítulo corresponde a la formulación de los objetivos del trabajo realizado, el principal objetivo fue desarrollar un programa de educación para la sexualidad, dirigida a personas con discapacidad intelectual y Síndrome de Down a cogidos en el Centro de Educación Especial Bartolomé Attard de la ciudad de Tarija.

El cuarto capítulo se refiere a la fundamentación teórica, en la que se desarrollan todos los antecedentes y conceptos que se cuentan sobre el Síndrome de Down, y la discapacidad intelectual sexualidad humana y cuáles son las características de la sexualidad en las personas con Síndrome de Down y discapacidad intelectual según distintas teorías existentes dentro de la psicología.

En el quinto capítulo, se hace una descripción de la metodología que se aplicó para que se lograra ejecutar este importante trabajo con los adolescentes con Síndrome de Down; y discapacidad intelectual entre las principales características, el diseño metodológico trata de un trabajo de intervención educativa en el área de sexualidad a personas con discapacidad leve a moderado tanto varones como mujeres.

El sexto capítulo, corresponde a la presentación y análisis de los resultados alcanzados con los participantes; en este trabajo se obtuvo resultados importantes respecto a la sexualidad de personas con discapacidad mental, a nivel cuantitativo se observó un avance en la adquisición de conocimientos y en el aspecto cualitativo se obtuvo bastante participación, motivación en el desarrollo del programa de sexualidad aplicado a los participantes.

El último capítulo, se refiere a la formulación de las conclusiones y recomendaciones del trabajo el mismo que se realizó en base a cada uno de los objetivos referidos en esta práctica institucional.

I. PLANTEAMIENTO Y JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA DE LA PRÁCTICA INSTITUCIONAL

1.1 Planteamiento del Problema

La discapacidad intelectual, es la capacidad intelectual inferior a la media o promedio, que aparece generalmente durante la infancia y que se manifiesta por una alteración del desarrollo; puede deberse a complicaciones en el parto, infecciones, enfermedades, accidentes que tienen consecuencias posteriores en el aprendizaje y la adaptación social.

Esta situación de desventaja que presentan algunas personas a diferencia de las demás, dificulta la adaptación, el aprendizaje y la interacción con el entorno. Como es bien sabido, la educación de todos los participantes debe ir enfocada a la adquisición y desarrollo de sus capacidades de modo que puedan actuar con madurez y responsabilidad, desarrollar su autonomía personal, y adquirir conocimientos y destrezas que les permitan integrarse al máximo en el grupo social y cultural al que pertenecen; la sexualidad no debe quedar al margen de sus necesidades.

La sexualidad de las personas con deficiencia intelectual y Síndrome de Down es un tema controversial entre los padres de familia y los profesionales que trabajan con ellos, pues crecen y se desarrollan física y emocionalmente al igual que las demás personas.

Las personas con Deficiencia Intelectual y Síndrome de Down en general, tienen la misma necesidad de ser queridos, sentirse amados, tener amigos, sentirse atractivos y enamorarse al igual que las demás personas. Habitualmente poseen maduración y funcionamiento sexual sin grandes alteraciones. La ausencia o una inadecuada formación sobre educación puede tener efectos negativos en estas personas que generalmente son vulnerables a situaciones amenazantes.

Conforme llegan a la adolescencia, deben recibir información precisa y clara de los cambios corporales que van a tener, del porqué y para qué de dichos cambios y hasta el simple hecho de cómo debe asearse.

Ayudarles a reconocer los aspectos emocionales y afectivos que el cambio conlleva para así, conocerse un poco mejor y conocer a los demás es una necesidad en el CEEBA Tarija.

En América Latina existen diferentes Centros que acogen a muchos niño/as y adolescentes con discapacidad mental, los cuales tienen como principal objetivo la educación para desarrollar habilidades básicas; coadyuvar a lograr una mayor autonomía, estimulación, etc.

En Bolivia existen distintos Centros especializados que acogen a las personas con discapacidad; en Tarija es el Centro de Educación Especial Bartolomé Attard (CEEBA) quien alberga a la mayor parte de los niños y jóvenes brindando distintos tipos de apoyo.

Sin embargo, hasta el momento la institución no cuenta con un programa específico en el área de educación para la sexualidad. Las personas con discapacidad intelectual merecen un capítulo aparte, pues ellos a diferencia de quienes no la presentan, no logran deducir fácilmente las normas generales de convivencia social, los esquemas de lo que es correcto –incorrecto, aceptable-inaceptable.

De modo que sí resulta importante una orientación sexual integral para las personas que presentan discapacidad mental; es indispensable asumir y comprender su sexualidad de manera positiva, considerando que muchos de ellos presentan por lo general, débil control de los impulsos, poca tolerancia a la frustración, escasa comprensión y en consecuencia viven una sexualidad de modo muy inadecuado.

Por otro lado, la sexualidad de personas con Síndrome de Down y discapacidad intelectual no debe quedar al margen de la educación, nuestra sociedad actual tiene

enemigos muy difíciles de contrarrestar: los medios de comunicación, Internet, la naturalización de la prostitución, así como la inducción a la precocidad sexual.

También es necesaria la prevención de la violencia sexual; estas personas necesitan saber que el abuso sexual y el acoso sexual son parte de la vida cotidiana, y que no están circunscriptos solamente a las noticias. Deben saber cómo cuidarse y evitar entrar en situaciones de riesgo.

Según la Defensoría de la Niñez y Adolescencia de Cercado, en el 2006 hubo un incremento de 30 % de las denuncias de agresión sexual a menores de edad, con relación al 2005. Pero este número puede aumentar, si consideramos todos aquellos casos que no se denuncian y que pueden ser la mayoría.

Las personas con Síndrome de Down y deficiencia intelectual son aún más vulnerables con respecto a esta situación., de ahí la importancia de tomar en cuenta el tema de la sexualidad y desarrollar un programa adecuado a su nivel de maduración que vaya en beneficio de estas personas, en el Centro de Educación Especial Bartolomé Attard.

1.2. Justificación de la práctica institucional

La discapacidad intelectual y el Síndrome de Down no son una enfermedad, no se curan con tratamientos o medicamentos, son una condición particular del funcionamiento intelectual con la cual se puede haber nacido o bien haber ocurrido después del nacimiento. Se caracteriza por limitaciones tanto de la inteligencia como en las habilidades de adaptación social y práctica.

Las personas con discapacidad intelectual entre leve y moderada pueden llegar a valerse por sí mismos, trabajar en empleos bien dirigidos y ser aceptados por la sociedad, sólo necesitan tiempo, buena orientación y educación.

Lo que se busca con la implementación del programa propuesto es educar a estas personas en la esfera de la sexualidad, para conocerse. Es fundamental hacerlos conscientes aunque en estos casos con mayor énfasis- de que existen conductas públicas y conductas privadas, que sólo deberán hacerse en privado; así por ejemplo, eructar, arrojar gases, tocarse los genitales, masturbarse, desnudarse, son conductas que requieren estricta privacidad.

Educar es difícil, es un desafío constante lo que hace que sus objetivos no sean siempre satisfactorios. Educar para la sexualidad es aún más difícil, más desafiante por lo que el trabajo requiere de un compromiso responsable de quien lo ejecute.

La educación sexual no es sólo informativa y biológica, en este sentido, educar sexualmente a personas con Deficiencia Mental y Síndrome de Down se torna un desafío aún mayor.

. El presente programa beneficiará a 32 alumnos, donde tendrán la oportunidad de conocer pautas de conducta adecuada a su sexo y edad, que contribuirá a reducir los factores de riesgo, prevenir abusos sexuales, embarazos no deseados y infecciones de transmisión sexual (ITS).

Al desarrollar el programa de educación para la sexualidad se contribuirá con una llave que abra la puerta a un amplio abanico de destrezas y habilidades que le permitan desenvolverse mejor en su entorno familiar, social y/o comunitario.

- A precautelar la integridad física y emocional de las con discapacidad (Pcd) en este caso con discapacidad intelectual y Síndrome de Down.

-Contar con instrumentos y sistematizar la experiencia El trabajo también contribuirá a la institución con una primera aproximación teórico-práctico de un programa de educación para la sexualidad. También permitirá poner en práctica los conocimientos adquiridos por la practicante intentando proponer actividades creativas para trabajar la temática.

II. CARACTERÍSTICAS Y OBJETIVOS DE LA INSTITUCIÓN

En un principio un grupo de profesionales tarijeños junto con padres de familia de hijos e hijas con discapacidad intentaron llevar adelante el trabajo en el área de la educación especial, lamentablemente por falta de colaboración de instituciones estatales y privadas, en esta inquietud duró muy poco. En 1985 la misión sueca libre en Bolivia retoma a su cargo este trabajo, para el efecto proporciona una pequeña infraestructura en la Zona de palmarcito, donde funcionaba con el nombre de Centro de Adaptación Diferencial (CADI). Por diferentes factores La misión decide retirar su colaboración, quedando un vacío en la atención de este sector de la población.

Ante esta situación, por la necesidad y la motivación en el año 1986 nace amigos de los niños especiales Tarija (ANET). Organización constituida por profesionales voluntarios en diferentes especialidades que trabaja bajo la presidencia del padre Miguel Donahue M.S. quienes hicieron realidad el deseo largamente acariciado, que era el de contar con una infraestructura adecuada para albergar y atender las necesidades de los niños y jóvenes excepcionales de nuestro departamento.

Fruto de esta iniciativa el 20 de abril de 1988, es fundado el Centro de Educación Especial Bartolomé Attard (CEEBA), como primer centro de (ANET), gracias al esfuerzo común entre instituciones como CODETAR, Honorable Alcaldía Municipal, Instituciones como (CBMI) Cristoffel Blinden Misión Internacional, y un grupo de padres de familia que hacen posible esta realidad.

2.1 MISIÓN Y VISIÓN DEL CENTRO

2.1.1 MISIÓN

Brindar atención integral a niños, niñas, adolescentes y jóvenes con discapacidad intelectual y discapacidad intelectual múltiple, con el propósito de potenciar sus

habilidades en el marco de igualdad y respeto a la deferencia, promoviendo la interacción y equiparación de oportunidades.

2.1.2 VISIÓN

El Centro de Educación Especial Bartolomé Attard “CEEBA” es una institución educativa, que pretende brindar atención psicopedagógica a niños, niñas, adolescentes y jóvenes con discapacidad intelectual y discapacidad intelectual múltiple, integrando a la familia a la comunidad en general en el proceso educativo y formativo en procura de lograr la interacción total del alumno con necesidades educativas especiales asociadas a la discapacidad mental.

2.2 OBJETIVOS DE LA INSTITUCIÓN

2.2.1 OBJETIVO GENERAL

Desarrollar en los niños, niñas, adolescentes y jóvenes con necesidades educativas especiales asociadas a la discapacidad intelectual y discapacidad intelectual múltiple sus posibilidades y potencialidades, integrándolo dentro de la comunidad educativa y la sociedad en general, buscando y facilitando la adquisición de habilidades y destrezas que le permitan actuar como un miembro activo de la comunidad.

2.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Desarrollar y adecuar acciones curriculares en el área de discapacidad intelectual y discapacidad intelectual múltiple, de acuerdo a las necesidades de cada alumno.
- Lograr acciones educativas integradoras que otorguen la igualdad de oportunidades a través de expresiones artísticas, musicales, deportivas, académicas, laborales, etc.

-Conseguir el desarrollo de habilidades sociales y en aspectos de independencia personal, para una participación activa en todos los ámbitos. la adquisición de habilidades y destrezas que les orienten hacia una formación profesional y técnica.

-Coordinar actividades conjuntas con diferentes instituciones de los sectores de educación, salud, universidad y otros, para buscar mayores beneficios para las personas con necesidades educativas especiales asociados a la discapacidad mental.

2.3 ÁREAS DE ATENCIÓN DEL CEEBA

2.3.1 Gabinete psicológico

Brinda la atención a todos los niños, niñas, adolescentes y jóvenes con necesidades educativas especiales, asociados a la discapacidad intelectual y discapacidad intelectual múltiple, realizando una evaluación diagnóstica para elaborar los informes psicológicos y detectar el nivel en que se encuentra el niño/a y así realizar una intervención adecuada.

2.3.2 Estimulación temprana

El área de estimulación temprana atiende a niñas y niños con discapacidad intelectual y discapacidad intelectual múltiple en edades comprendidas de 0 a 6 años, con el propósito de trabajar y estimular diferentes áreas del desarrollo evolutivo del niño/a, involucrando activamente en este proceso a los padres de familia. La intervención se realiza a partir de una evaluación diagnóstica para detectar las áreas de desarrollo más vulnerables, trabajando en forma individual y grupal.

2.3.3 Nivel inicial

El nivel inicial atiende a niños/as entre las edades comprendidas entre 6 a 14 años con un nivel de discapacidad entre leve a moderado, distribuidos en dos grupos denominados inicial I y II. La distribución responde tanto a la edad cronológica como

a las capacidades y aptitudes alcanzadas en niveles inferiores para seguir un proceso continuo de aprovechamiento escolar. En este nivel se empieza a trabajar las áreas de lenguaje, comunicación, ciencias de la vida, expresión y creatividad, etc.

2.3.4 Nivel inicial con discapacidad intelectual severa y múltiple

Este nivel, de acuerdo a las características de la población, comprende dos aulas que trabajan en dos turnos: por la mañana se atiende a alumnos entre 14 y 17 años y se trabajan aspectos de independencia personal, motricidad, lenguaje y comunicación.

Por la tarde, se atiende a jóvenes y adultos entre las edades de 17 a 25 años en talleres protegidos donde se trabaja con prioridad la motricidad fina, relación y comunicación, aspectos de la independencia personal, además se realizan trabajos de producción.

2.3.5 Nivel primario

Este nivel cuenta con tres aulas; la distribución de los alumnos corresponde también a la edad cronológica y a las capacidades y aptitudes alcanzadas por ellos; brinda atención en base a contenidos curriculares adaptados, previamente programados y relacionados con lo que propone la Educación Especial para alumnos con Necesidades Educativas Especiales (N.E.E.) y a una planificación mensual con los criterios de la Reforma Educativa.

Se trabaja de igual manera que el nivel inicial en las áreas de lenguaje y comunicación, matemática, ciencias de la vida, expresión y creatividad, tecnología y conocimiento práctico; Los alumnos reciben atención en las ramas técnicas como, religión, música, educación física pre-taller y un taller de técnicas de alimentación.

2.3.6 Área de talleres

Brinda su atención a adolescentes y jóvenes en tres aulas de capacitación a nivel técnico-operativo en las ramas de carpintería, manualidades y técnicas alimenticias. Estos talleres buscan desarrollar y potencializar habilidades manuales y actitudes laborales, para integrar a los educandos al campo laboral.

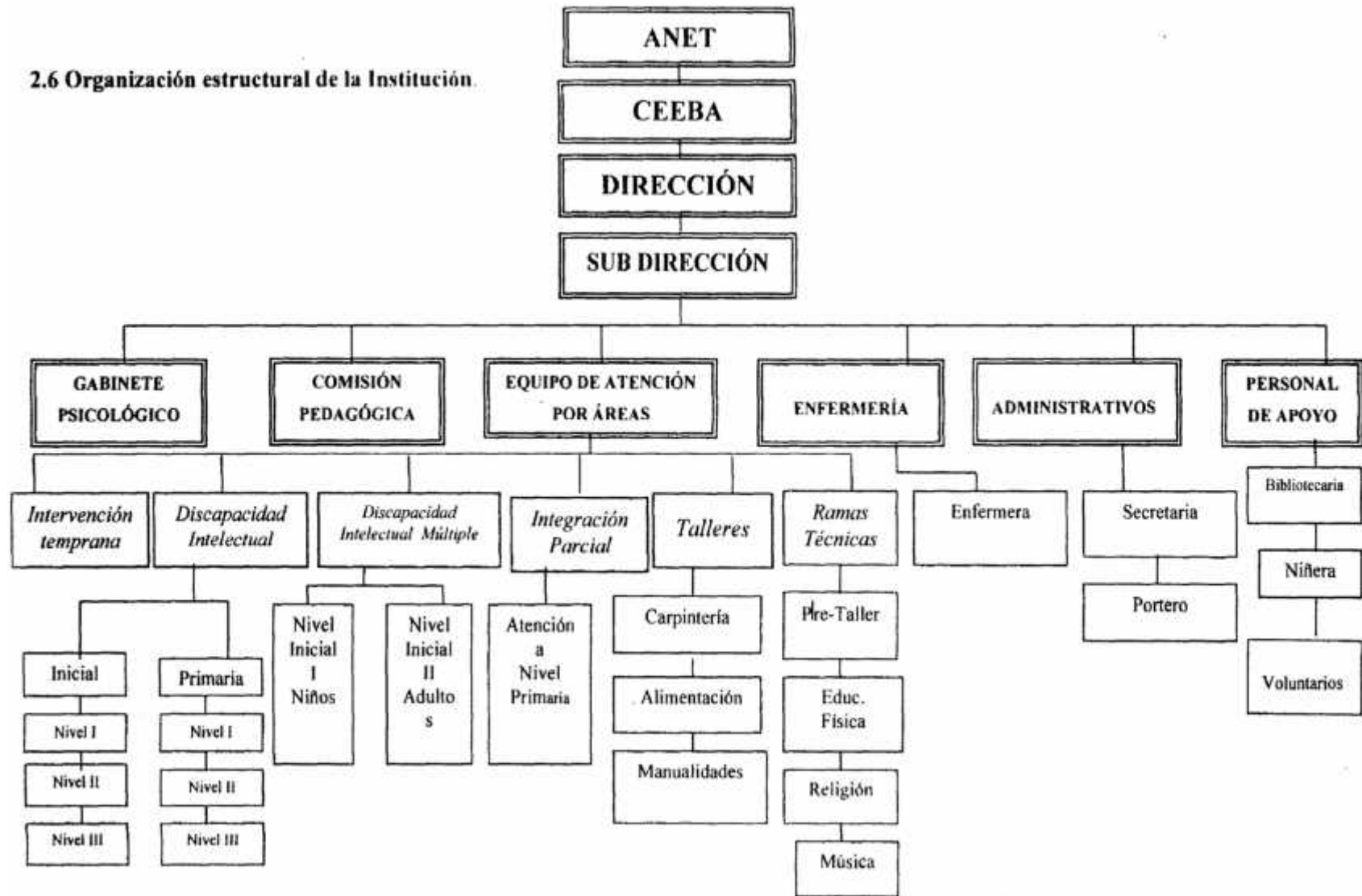
2.3.7 Área de integración educativa

Uno de los objetivos primordiales de la institución es acceder a la integración de sus alumnos a escuelas del área de la educación formal. El Centro, por sus características de población con la que trabaja, realiza una interacción parcial, contando con tres aulas de integración en las siguientes Unidades Educativas: Unidad Educativa Nuestra Señora del Rosario, UE. Bernardo Navajas Trigo dependientes de Fe y Alegría y la Unidad Educativa Juan XXIII”

2.4 SERVICIOS QUE OFRECE EL CENTRO

- Atención de estimulación temprana para niños y niñas que presentan déficit en todas y/o algunas áreas del desarrollo.
- Atención pedagógica en los niveles inicial y primaria, que les permitan desarrollar al máximo todas sus potencialidades.
- Integración parcial de niños/as y adolescentes con necesidades educativas especiales, en el sistema educativo del área formal.
- Formación y capacitación laboral en talleres específicos de: carpintería, manualidades y técnicas de alimento.
- Talleres protegidos para alumnos/as con discapacidad intelectual múltiple.
- Apoyo y seguimiento a los alumnos/as integrados en Centros que brindan una formación técnica, para reforzar su capacitación

2.6 Organización estructural de la Institución.



III. OBJETIVOS DE LA PRÁCTICA INSTITUCIONAL

3.1 Objetivo General

- Implementar un programa de educación para la sexualidad para personas con discapacidad intelectual y Síndrome de Down que asisten al Centro de Educación Especial Bartolomé Attard (CEEBA).

3.2 Objetivos Específicos

- Evaluar el nivel de conocimiento inicial sobre sexo y sexualidad.
- Aplicar y /o adaptar técnicas acordes a un programa de educación I para la sexualidad en adolescentes y jóvenes con discapacidad intelectual y Síndrome de Down del (CEEBA.)
- Realizar una evaluación final para valorar el impacto del trabajo en los estudiantes.

IV. MARCO TEÓRICO

4.1 DISCAPACIDAD MENTAL

4.1.1 Concepto de discapacidad intelectual

La O.M.S.”Define a los deficientes mentales como individuos con una capacidad intelectual sensiblemente inferior a la media que se manifiesta en el curso del desarrollo y se asocia a una clara alteración en los comportamientos adaptativos” (Bautista, Rafael1993:212).

- El criterio psicológico o psicométrico, “define al deficiente mental como: Aquel sujeto que tiene un déficit o disminución en sus capacidades intelectuales medidas éstas a través de test y expresada en términos de coeficiente intelectual (CI)” (Bautista, Rafael: 1993:212).

4.1.2 Causas de la discapacidad intelectual

Según Bautista (1993), entre las causas de la discapacidad intelectual podemos encontrar las siguientes, según cada fase de crecimiento del niño.

a) Periodo prenatal

- Infecciones: pueden ser de la rubeola, herpes, sífilis congénita, toxoplasmosis.
- Endocrinometabolopatías: Entre las alteraciones endocrinas y metabólicas que afectan al feto se destacan: trastornos tiroideos, diabetes, malnutrición, vitaminopatías.
- Intoxicaciones: anticonvulsivos, alcohol, heroína, tabaco, fármacos anticancerígenos, quimioterapia.
- Radiaciones (rayos x y otras)

b) Periodo perinatal

- Prematuridad: Nacidos pretermito y de bajo peso.
- Metabolipatias: hipoglucemia, acidosis.
- Síndrome de sufrimiento cerebral pueden deberse a: placenta previa, trauma obstétrico, hemorragia intracraneal, hipoxia.
- Infecciones: Meningitis, encefalitis, sepsis.
- Incompatibilidad Rh: Entre la madre y el niño

c) Periodo postnatal

- Infecciones: Meningitis, encefalitis.
- Intoxicaciones: Monóxido de carbono, Plomo, Mercurio.
- Traumatismos craneoencefalicos: Hemorragias cerebrales.
- Endocrinometabolopatías: Hipoglucemia, hipotiroidismo, malnutrición
- Hipotaxia: Cardiopatías congénitas, asfixia.(Bautista, Rafael:1993:215-219)

4.1.3 Clasificación de discapacidad intelectual

Tabla N° 1

Clasificación de discapacidad intelectual

Clasificación	Intervalo de coeficiente intelectual
Deficiencia Mental o Bordeline	68 – 85
Deficiencia Mental Media o Leve	52 - 68
Deficiencia Mental Moderada	36 -51
Deficiencia Mental severa	20 - 35
Deficiencia Mental Profunda	-20

(Bautista, Rafael.1993:214)

Discapacidad Intelectual Límite o Bordeline.-“Este grupo de clasificación ha generado diferentes puntos de opiniones de los autores ya que no están de acuerdo aún si debería o no formar parte de ella. En la realidad, no puede decirse que sean discapacitados intelectuales ya que son niños con muchas posibilidades, que tan sólo manifiestan un retraso en el aprendizaje o alguna dificultad concreta de aprendizaje” (Sánchez, Pedro. 1997: 125).

b) Discapacidad Intelectual Medio o Leve.-“Son aquel grupo de individuos que pueden desarrollar habilidades personales, sociales, de comunicación, tienen retraso mínimo en áreas sensomotoras, es capaz de aprender algunas materias académicas como la lectura, escritura y la aritmética. La manifestación más obvia de su retraso aparece durante los años escolares, yendo por detrás de su edad cronológica” (Heward, William. 1998:70).

c) Discapacidad Intelectual Moderado.- “Puede adquirir habilidades y destrezas de la vida diaria como: comer solos, vestirse, asearse (autonomía personal), desarrollan habilidades básicas para comunicarse, coordinación motora aceptable, poca conciencia social, pueden obtener provecho del adiestramiento de desempeñar algún oficio. (Sánchez, Pedro. 1997:129-131).

d) Discapacidad Intelectual Severa. - Generalmente no obtienen provecho del adiestramiento, necesitan de muchos cuidados y apoyo ya que su nivel de autonomía personal y social es muy diferente o casi nada, desarrollan poca o ninguna habilidad social y un deterioro psicomotor. (Sánchez, Pedro. 1997:129-131).

e) Discapacidad Intelectual Profunda.- Presentan un importante retraso y existe capacidad mínima para el funcionamiento en áreas sensomotoras, necesitan de

cuidados permanentes ya que no cuentan con habilidades o destrezas de la vida diaria de la comunicación”. (Sánchez, Pedro. 1997:129-131).

.1.4 Enfermedades asociadas a la discapacidad intelectual

En base a los fines del trabajo a ser realizado, en este apartado consideraremos sólo a aquellas enfermedades que están siendo parte de la Práctica Institucional que son el Síndrome de Down y discapacidad mental. De tal modo que, a continuación revisaremos las características más importantes de estos trastornos del desarrollo.

4.1.4.1 El Síndrome de Down

El Síndrome de Down parece por la presencia de 47 cromosomas en las células, en lugar de 46 que se encuentran en una persona normal. Estos 46 cromosomas se dividen en 23 pares, 22 de ellos formados por autosomas y un par de cromosomas sexuales, el niño normal recibe 23 pares de cromosomas, uno de cada par de su madre y el otro de cada par de su padre. El niño con Síndrome de Down, la división celular presenta una distribución defectuosa de los cromosomas: la presencia de un cromosoma suplementario, tres en lugar de dos, en el par 21; por eso se denomina también trisomía 21.

Esta anomalía se puede producir por tres causas, dando lugar a los tres tipos de Síndrome de Down existentes.

- a) **La trisomía homogénea.-** es el caso más frecuente. En este caso el error de distribución de los cromosomas se halla antes de la fertilización, produciéndose en el desarrollo del óvulo del espermatozoide o en la primera división celular. Todas las células serán idénticas. Este tipo de trisomía aparece en el 90% de los casos.
- b) **El mosaicismo.-** En este caso, el error de distribución de los cromosomas se produce en la 2ª o 3ª división celular. Las consecuencias de este accidente en el desarrollo del embrión dependerán del momento en que se produzca la división

defectuosa. Cuanto es más tardía sea, menos células se verán afectadas por la trisomía y viceversa. El niño será portador, al mismo tiempo de células normales y trisómicas en el par 21. La incidencia de la trisomía en mosaico es aproximadamente de un 5%

c) **Traslocación.**- Los cromosomas más frecuentemente afectados por esta anomalía son los grupos 13-15-y21-22. El momento en que aparece la traslocación puede ser o bien durante la formación del espermatozoide o del óvulo, o bien durante la primera división celular. Todas las células portarán la trisomía, conteniendo un par de cromosomas que siempre irá unido al cromosomas de traslocación. Este caso sólo podrá ser identificado a través de un análisis cromosómico-el cariotipo- y es de especial importancia porque, en uno de cada tres casos de trisomía por traslocación, uno de los padres es portador de la misma, extendiendo la posibilidad de que tenga otro hijo afectado por el síndrome.

En esta ocasión, el padre o la madre son personas normales física e intelectualmente, pero sus células sólo poseen 45 cromosomas normales.

4.1.4.1.1 Características Físicas del Síndrome de Down

Las principales características físicas son:

- Cabeza anormalmente grande, pequeña o deformada.
- Manos cortas, anchas, posiblemente con sólo un pliegue en la palma.
- Dedos cortos, posiblemente con una articulación.
- Falta de tono muscular.
- Ojos alargados, con el cutis plegado en el raballo del ojo.
- Hiperflexibilidad (la habilidad de extender excesivamente las coyunturas)
- Pies anchos con los dedos cortos.
- El puente de la nariz plano.
- Orejas pequeñas, cuello corto. Cavidad oral pequeña. (Cruickshank, William.1997:206-209).

4.1.4.2 La parálisis cerebral

La parálisis cerebral es una encefalopatía estática no progresiva que afecta a la postura, al movimiento y a su coordinación.

La parálisis cerebral se caracteriza por una lesión en los “centros motores” del encéfalo y se manifiesta por la pérdida del control motor. (Cruickshank, William.1997:206-209)

4.1.4.2.1 Características de la parálisis cerebral

- Los trastornos se deben a una lesión cerebral que interfiere en el desarrollo normal del niño.
- La parálisis cerebral se distingue por el daño dominante de las funciones motrices, el cual afecta el tono, la postura y el movimiento.
- La lesión no es evolutiva pero sus consecuencias pueden variar en el niño. Las células nerviosas lesionadas no crecen. No se mielinizan al resto de las células nerviosas sanas. (Brauner, Brauner. 1977: 147-151)

4.1.4.2.2 Causas de la parálisis cerebral

- Prenatales: infecciones intraútero, intoxicaciones, exposiciones a radiaciones, toxemias.
- Perinatales: anoxia, prematuridad, hemorragias.
 - ❖ Postnatales: encefalitis, meningitis, incompatibilidad sanguínea (Brauner, Brauner. 1977: 147-151)

4.1.4.2.3 Clasificación de la parálisis cerebral

a) Según Topografía (ubicación)

- ❖ Tetraparecia (tetraplejía): Afectación de las cuatro extremidades con predominio de extremidades superiores.

- ❖ Diparecia (diaplejía): Afectación de las cuatro extremidades con predominio de extremidades inferiores.
- ❖ Hemiparecia (hemiplejia): Afectación de un hemicuerpo (mitad derecha o izquierda).(Brauner, Brauner. 1977: 147-151)

Tomando en cuenta que la sexualidad es la variable más importante para la realización de este trabajo, es que describiremos las características más importantes de la sexualidad en las personas con discapacidad intelectual en un apartado diferente que sigue a continuación. Se abordará toda la problemática de la sexualidad según distintas teorías y autores para ir definiendo una estrategia en la elaboración de un programa a ser trabajado en la sexualidad de las personas con discapacidad intelectual

4.2 LA SEXUALIDAD

“Cuando se habla de sexualidad, generalmente se piensa en “tener sexo”. Los animales copulan para procrearse, para los humanos la relación coital tiene otro fin además de tener hijos/as.

La sexualidad es más que una relación genital, la sexualidad forma parte de la personalidad, es un proceso continuo que comienza al nacer y termina con la muerte .La sexualidad es un conjunto de comportamiento, pensamiento, sentimientos, emociones, actitudes psicológicas y socioculturales, que tienen que ver con nuestra forma de vida y la relación con los y las demás persona; es un proceso que abarca desde el nacimiento hasta la muerte

Decimos entonces que la sexualidad es la conjunción de impulsos, sentimientos, pasiones, reacciones orgánicas, perspectivas, ideales, formación de valores, interpretación de la sociedad y en general de todos los elementos que están en el mundo de los seres humanos que le permiten relacionarse y subsistir”. (Zimmerman, Max: 1994: 53).

La sexualidad tiene que ver con lo que las personas son, piensan, actúan, y con la forma en que se relacionan con los demás. Su desarrollo dependerá de elementos personales, internos y de aquellos externos que proporcionan cada sociedad y cultura. No se puede hablar de sexualidad como un hecho estático. La sexualidad es el intercambio afectivo y excitante en el cual las personas se acarician, se tocan se comunican y estimulan sus cuerpos sintiendo y produciéndose o no placer.

4.3 CONCEPTOS BÁSICOS RELACIONADOS CON LA SEXUALIDAD

Es importante clarificar los conceptos de sexualidad, sexo, genitalidad, género, autoestima, valores y amor ya que estos muchas veces se utilizan inadecuadamente.

Sexo.- Generalmente el sexo, es entendido como el conjunto de caracteres genitales, morfológicos y fisiológicos que diferencian a hombres y mujeres. Es decir el sexo biológico“(CIES. 1993:21).

Género.- La identidad de género queda constituida por la cultura, es la identificación con un modelo socio cultural global e integradora que se puede asumir un rol masculino o un rol femenino. (Groisman, 1998:234)

Genitalidad.- Está relacionado con el funcionamiento de los órganos genitales femenino y masculino, el cual se inicia en la pubertad, al despertar las hormonas, en consecuencia las funciones procreadoras. . (Groisman, 1998:234)

Sexualidad.- Es un proceso que inicia con el nacimiento y termina con la muerte, involucra los pensamientos, las emociones, los afectos, los comportamientos, como también los aspectos físicos. De esta manera es que comprende una totalidad integrando los niveles biológico, social, cultural y espiritual.

Amor.–“El amor es un sentimiento que surge entre dos personas o más personas. Es el componente imprescindible de la sexualidad. Como expresión de afecto, el amor es el nivel máximo de comunicación y una experiencia psicológica que compromete a toda la persona” (Laporta, Deborah.1993:45-46).

Autoestima La autoestima tiene una gran influencia en todo el proceso de maduración personal de la persona; para ello es importante conocer su significado: “La autoestima es el conjunto de emociones y sentimiento que tenemos hacia nosotros mismos“(CIES. 1993:21).

Desde los primeros años de vida se debe formar al niño haciendo hincapié en la confianza en mismo, brindando seguridad por las cosas que hace, hablando de manera clara y a comunicarse de manera asertiva, para no permitir que lo dañen física, emocionalmente y también evite dañar a los demás.

Valores.- Son ideales, principios y guías o normas que orientan la conducta de las personas. “Desde el punto de vista socio-educativo, los valores son considerados referentes o pautas o abstracciones que orientan el comportamiento humanos hacia la transformación social y la realización de las persona. Son guías que dan determinada orientación a la conducta y a la vida de cada individuo” (Prieto Figueroa, 1984:186).

4.4 LA SEXUALIDAD EN LA DISCAPACIDAD INTELECTUAL

“En la actualidad se conoce que las personas con discapacidad mental no son deficientes en cuanto al aspecto sexual, porque la deficiencia mental no determina un comportamiento sexual socialmente amenazador. El desarrollo sexual del individuo con discapacidad mental guarda relación con su grado de anormalidad mental, cuanto mayor sea deficiencia mayor será el grado de autoerotismo” (Suplicy, Marta. 1988: 365).

“Las personas con acentuada deficiencia mental muy raramente se involucran en relaciones heterosexuales, todas sus manifestaciones se limitan a la masturbación; por el contrario, las personas con menor discapacidad pueden y muchas veces desean mantener relaciones heterosexuales y alcanzar un ajuste sexual razonable en el casamiento” (Suplicy, Marta. 1988: 365).

4.5 EL DESARROLLO DE LA SEXUALIDAD EN LA DISCAPACIDAD INTELECTUAL

Las personas con discapacidad intelectual tienen necesidades sexuales que satisfacer en el mismo sentido que las personas supuestamente normales. Esta afirmación es interpretada de diferentes modos ya que, en ocasiones, se les considera infantiles y carentes de sexualidad y en otras, se les otorga un exagerado impulso sexual.

No obstante, diversos autores defienden la idea de que los deficientes mentales y las personas sin discapacidad presentan un desarrollo sexual similar.

La diferencia básica radicaría en la dificultad de interpretación y control de las respuestas a estímulos sexuales de los deficientes. También existen diferencias entre este tipo de población. Su desarrollo sexual depende de diversos factores: edad, sexo, grado de deficiencia y sus características personales y, sobre todo, de los prejuicios sociales. Para conseguir una sexualidad normalizada es conveniente evitar actitudes sobre protectoras, ofrecerles experiencias y una amplia educación sexual.

(<http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2126800>)

4.6 APRENDIZAJE DE LA CONDUCTA SEXUAL EN LA DEFICIENCIA MENTAL

Para las personas con discapacidad, como es el Síndrome de Down, las oportunidades para aprender sobre la sexualidad se encuentran limitadas. El nivel de lectura de

materiales está fuera de su alcance, lo que les limita el acceso a material impreso y recursos de calidad.

Como resultado, disponen de menos oportunidades para observar, desarrollar y practicar habilidades sociales, que son particularmente importantes en la primera y segunda adolescencia.

Nuestros hijos pierden con frecuencia los sutiles mensajes, miradas e insinuaciones con que bromean el pre adolescentes y adolescentes en la televisión y en la escuela. Pueden tener dificultades para tomar dediciones y para pensar de un modo realista sobre las situaciones.

Todos estos factores subrayan una mayor necesidad aún de la educación de la sexualidad a jóvenes con discapacidad.

Los estudios nos dicen lo que los padres ya conocen que el riesgo de abuso en las personas con discapacidad es mayor que en las que no las tienen. Algunas de las razones son:

- Las personas con discapacidad tienen mayor probabilidad de depender de los demás para atender sus necesidades básicas, a causa de la naturaleza de su discapacidad.
- A veces no poseen habilidades sociales necesarias para solucionar una determinada situación.
- Pueden tener dificultades en su modo de razonar y juzgar.
- Se encuentran expuestos a un número mayor de cuidados que los demás compañeros.

Cada uno de estos factores aumenta la vulnerabilidad delas personas con discapacidad mental, frente a algún tipo de explotación o de abuso.

Aunque la necesidad es mayor, muchos padres evitan abordar los temas de la sexualidad hasta que es demasiado tarde. Hay varias razones para que esto ocurra, como son:

- Su propio proceso de aprendizaje sexual. Algunos padres tienen pobres modelos de enseñanza y aprendizaje sobre la sexualidad.
- La edad o generación de los padres. Las actitudes de los padres sobre la educación de la sexualidad frecuentemente refleja las actitudes de la sociedad durante su niñez
- La disponibilidad de recursos y apoyos. Facialmente los padres están abrumados por los temas del día a día implícitos en la crianza de un hijo con discapacidad. Es fácil que se coloque a los temas de sexualidad en el cuarto oscuro. Y cuando se sienten dispuestos, hay pocos recursos en la comunidad que realmente ayuden, lo que hace difícil enseñar sobre sexualidad y los temas a fines.
- La discapacidad del hijo. Las habilidades del niño afectan directamente a sus padres lo ven como un ser asexual. Cuanto mayor sea la discapacidad, menos probable será que los padres sientan la necesidad de abordar los temas sobre la sexualidad.
- Todos los niños inician sus vidas entre personas sexuales, de modo que el enseñar sobre sexualidad debería ser algo que ocurre durante toda la vida.
- Los chicos con problemas de desarrollo no son una excepción. Al ofrecer información y abordar los temas en edades tempranas, les permite reforzar conceptos a lo largo de amplios periodos de tiempo y de una más amplia variedad de situaciones de la vida real.
- Es aconsejable que los padres piensen a lo largo sobre los proyectos y expectativas de sus hijos con discapacidad. Si somos conscientes de los temas normales sobre la sexualidad que se presentan en las diversas etapas de la vida de nuestro hijo, podremos concretar mejor las expectativas, planear los

- objetivos, y pedir ayuda antes de que surjan los problemas”.(www.guiainfantil.com7cuidados especiales7down.htm)

4.7 LA SEXUALIDAD EN EL SÍNDROME DE DOWN

La entrada a la pubertad trae en el individuo una serie de transformaciones fisiológicas y afectivas. Las personas con Síndrome de Down al igual que los otros deficientes mentales, tiene pocas ocasiones de vivir plenamente estas transformaciones a menudo por estar infantilizados por el medio familiar o escolar o por no poseer las conductas apropiadas , los mongólicos no pueden manifestarlas.

Para muchos siguen siendo unos niños, incluso cuando tienen más de 20 años. Nos encontramos habitualmente actitudes, consiste en ignorar en los discapacitados todo comportamiento que manifieste su despertar sexual y su deseo de tener unas relaciones amorosas (Lambert; 1982:236).

En este apartado observamos todas las implicancias de la sexualidad en las personas con discapacidad intelectual y la importancia que lleva en el proceso de normalización y calidad de vida de las personas que padecen esta discapacidad; por lo tanto, ahora es importante revisar otros aspectos que forman parte de la importancia de la educación en temas de sexualidad en la deficiencia mental.

Primeramente se definirá a nivel general el concepto de educación especial como propósito, lo cual permitirá luego comprender el tema de la educación sexual en contextos como los que se abordarán en este trabajo.

4.8. EDUCACION SEXUAL EN LA DISCAPACIDAD INTELECTUAL

Hay quien sigue discutiendo si es o no conveniente ofrecer esta clase de servicios a los alumnos y existe un cierto recelo a iniciar una acción educativa sistemática en este terreno.

“Esta situación se agrava en los centro de educación especial. Existe un clima de desorientación sobre qué conviene hacer en esta materia, que conlleva el peligro no leve del conformismo y la pasividad. En concreto, siguen existiendo personas que consideran que los discapacitados mentales son incapaces de beneficiarse de una adecuada educación sexual y que lejos de contribuir a mejorar su calidad de vida, toda intervención educativa en este sentido lo único que consigue es perturbar aún más la vida del individuo y de sus padres y profesores, siendo así que los datos manifiestan lo contrario.” (Martinez Verdier; 1993).

La realización de toda persona pasa por la integración de su sexualidad y su autorrealización como hombre o mujer. Frente a unos hechos que niegan en la práctica (y a veces también en la teoría) esta verdad, una oportuna educación sexual es imprescindible para mejorar la calidad de vida del discapacitado y respetar su dignidad humana.

Aunque es evidente esta necesidad de educación sexual, no se traduce así a la práctica. Tanto padres como educadores reconocen no estar suficientemente preparados para afrontar una educación sexual de calidad y critican el escaso material pedagógico existente que facilite dicha tarea.

4.9. EDUCACIÓN SEXUAL DIRIGIDA A LAS PERSONAS CON DEFICIENCIA INTELECTUAL

“La educación es proporcionar a los sujetos las habilidades necesarias para su mera supervivencia y para su inserción social, desarrollando al máximo sus potencialidades físicas y psíquicas. Es ayudar a la persona a conseguir su autoafirmación, hacerla cada vez más dueña de sí misma y más autónoma e independiente: si algo necesita el discapacitado mental es precisamente esta colaboración.”

www.down21.org/act_social/main/frame

Se habla muy poco de las aspiraciones del discapacitado mental, de sus necesidades, de sus gustos y preferencias. Sin embargo, de habla en exceso de su infantilismo, de

su incapacidad para comprender y asumir responsabilidades. Pero la realidad es que desde siempre se les ha educado así, como si fueran niños eternos.

La persona con deficiencia mental, por una parte, tiene derecho a vivir y manifestar su sexualidad y, por otra, tiene un derecho igualmente fundamental a una educación adaptada a su estado, que le lleve a alcanzar el mayor grado posible de autonomía, como ya se ha dicho.

4.10 RESPONSABLES DE LA EDUCACIÓN SEXUAL

La institución familiar es el ámbito adecuado para la conformación del sujeto humano. Ella educa más por el ambiente que logra crear y el sistema de valores que adopta, aun de forma inconsciente, que por cualquier otro método. De la calidad de su familia dependerá el conseguir, o no, personalidades equilibradas, felices, responsables, en cada uno de sus miembros, tenga o no deficiencia. Esta función personalizadora se realiza en la familia a través de los siguientes dinamismos:

- Propiciando la integración de todas las dimensiones del ser humano.
- Abriendo cauces para el desarrollo de una genuina relación interpersonal.
- Iniciando a los sujetos en la sabiduría humana, que son contenidos y valores, y que conduce al humanismo, concretándose en un proyecto de vida.
- Educando para la convivencia con los demás en medio de la sociedad, capacitando a sus miembros para esa convivencia y abriéndolos a ella.

Por estas razones, cabe afirmar que es a los padres a quienes incumbe no sólo el derecho, sino el deber fundamental de proporcionar la adecuada educación sexual a los hijos. Los agentes socializadores tienen la tarea de colaborar con los padres en su función, no sustituirla.

“Para las familias con hijos disminuidos, el paso de un estadio evolutivo a otro puede ser muy estresante, particularmente si no se ha preparado y sorprende a los padres. Muchos padres están confusos ante esta amplia problemática y pueden sentir que la responsabilidad a la que deben hacer frente es aplastante.” (Zimerman Max; 1994:124).

Es importante comprender con sensibilidad y cariño las preocupaciones de estas familias e incorporarlas al trabajo de los profesionales, porque son el pilar básico del discapacitado mental hacia la edad adulta. No sólo hay que comprender los problemas, sino que hay que organizar la prevención e implementar eficazmente los servicios terapéuticos y de apoyo.

Los padres que ponen barreras a la acción educativa en este terreno no son conscientes de que si el profesional suprime toda actividad al respecto; el alumno obtendrá la información por otras vías, mucho más inadecuadas, que marcan el desarrollo psicosexual de individuo.

La escuela debe asumir su propia y específica competencia en esta materia, reconociendo y advirtiendo la importancia decisiva de este tema en la progresiva maduración y afianzamiento de la personalidad del discapacitado mental. Los profesionales no pueden aceptar una delegación en blanco acerca de este cometido por parte de los padres, sino que deben colaborar con ellos y, si es necesario, suscitar la preocupación por estos temas y asumir en gran medida el peso de la tarea.

La educación sexual en la familia y en la escuela son distintas, pero complementarias entre sí y las dos son irrenunciables y necesarias. No es conveniente enfrentar las dos instancias educativas; es necesario promover la mutua colaboración en este campo tan importante, integradas en la unidad de un proyecto común. (http://html.rincondelvago.com/apego-y-sexualidad_deficiente-mental.html).

4.12 CALIDAD DE VIDA DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL Y SU RELACIÓN CON LA EDUCACIÓN SEXUAL

El objetivo del discapacitado en términos de calidad de vida es alcanzar el bienestar integral de las personas con discapacidad mental, lo cual es un reto para el sistema de valores que usamos cuando juzgamos a los demás.

Una vez reconocido el derecho de los discapacitados mentales a una educación sexual de calidad, es tarea de los diversos agentes sociales hacerlo efectivo, preparándose adecuadamente.

En la educación de los discapacitados mentales, tanto padres como profesores tienden a adoptar en este tema actitudes más conservadoras de las que ellos mismos viven, lo que dificulta alcanzar un consenso que favorezca un tratamiento natural de estas cuestiones. La educación sexual debe hacer justicia a la riqueza significativa de la sexualidad humana y enmarcarse dentro de todo el proceso formativo de la persona. No puede reducirse a una simple información biológica o de los aspectos higiénicos y sanitarios inherentes al tema, como tampoco puede limitarse a ser una acción puntual, pues todo ello conduce a una comprensión inadecuada de la personalidad global del individuo.

Las dificultades no pueden suponer una excusa para dimitir de la responsabilidad de afrontar con realismo y seriedad el tema de la necesaria educación sexual de los deficientes mentales. El hecho de que sea una cuestión compleja no es excusa tampoco para obviarse: será más necesario que nunca el diálogo franco de las diferentes partes involucradas y la formación permanente de todos ellos.

Los discapacitados mentales son sexualmente activos; por ello y por su propia incapacidad necesitan información y asesoramiento continuado ajustado a su capacidad acerca de lo que implica la sexualidad; el hecho de negar que esa situación entrañe un peligro (embarazo, enfermedades de transmisión sexual) si no se orienta

sería negar la realidad. La ignorancia en estos casos es potencialmente peligrosa. (Segú H; 1992:16)

“Cuanto más se desenvuelven con los demás en el seno de la comunidad social, más riesgo existe de que, sin una educación sexual, esas personas sufran abusos y sean explotadas. La educación social busca facilitar al niño y al joven el adecuado desarrollo de su sexualidad y afectividad para que vaya abandonando el narcisismo y el egoísmo iniciales y vaya aprendiendo a compartir con los demás, como medio privilegiado de encuentro interpersonal.” (Segú H; 1992:26)

El proceso de socialización que vive el ser humano, nada más nacer, ejerce una influencia primordial en su desarrollo. En este orden de cosas, debe insistirse en la premura del proceso educativo, el modo en el que el individuo experimente la vida afectivo-sexual en los primeros estadios de su desarrollo será determinante para el futuro. Hasta ahora sólo se ha mencionado de forma teórica sobre la educación sexual de las personas con discapacidad mental, pero para realizar este trabajo es muy importante elaborar un programa de educación sexual adecuando a su capacidad de entendimiento.

V. METODOLOGÍA

4.1 Sistematización de la Práctica Institucional

Para llevar a cabo la Práctica Institucional se siguieron las siguientes fases:

- ❖ **Coordinación con la institución:** Como primer paso se realizó la coordinación con la directora, psicóloga y profesores de la institución a quienes se hizo la presentación del programa que se pretendía implementar.

También se procedió a la revisión de los informes psicológicos para la selección de los participantes, los mismos que fueron divididos en grupos pequeños; se establecieron los horarios de trabajo y el tiempo de duración de la práctica con la psicóloga de la institución.

- ❖ **Aplicación de Pre Test:** La aplicación de los cuestionarios se la realizó de manera individual con cada participante; el mismo estaba conformado por 12 preguntas relacionadas a conocimientos sobre sexualidad, género, higiene, métodos anticonceptivos.

También se tomó muy en cuenta que comprendieran de manera correcta las preguntas lo cual permitió discernir el nivel de conocimiento y realizar ajustes al programa en función de las necesidades requeridas por el grupo de participantes, considerando para ello la evaluación inicial.

La aplicación del cuestionario se realizó en el gabinete psicológico de la institución.

Desarrollo de programa: Una vez diseñado el programa de educación para la sexualidad se procedió a desarrollar el mismo en base a las siguientes temáticas:

1. *Conocimiento del propio cuerpo*
2. *Procreación y embarazo*
3. *Relaciones sexuales*
4. *Métodos anticonceptivos*
5. *Abuso sexual*
6. *Roles de género*
7. *Autoestima*
8. *valores*

- ❖ **Aplicación post test:** En esta fase del trabajo, luego de la aplicación de todas las actividades realizadas en el programa de sexualidad para personas con discapacidad intelectual, se procedió a determinar el nivel de conocimiento final sobre las distintas temáticas desarrolladas en la práctica institucional.
- ❖ **Elaboración del informe final:** Esta etapa es la más importante porque se elabora la sistematización de todo el trabajo realizado según los objetivos señalados en el proyecto de la Práctica Institucional.

4.2 Característica de la población beneficiaria

La población beneficiaria en la presente práctica institucional son personas con Síndrome de Down y discapacidad intelectual, partir de los 15 años cronológicos que asisten al Centro de Educación Especial Bartolomé Attard “CEEBA” perteneciente a ANET.

Para la realización del programa los participantes fueron seleccionados por su nivel de discapacidad intelectual entre leve y moderado; se trabaja con el turno de la mañana con dos grupos y por las tardes con todos los alumnos de talleres: manualidades, carpintería y repostería. La población esta constituida por 32 participantes entre hombres y mujeres divididos en 7 grupos de trabajo.

Tabla N°2

Categorías	Frecuencia
Hombres	15
Mujeres	17
Total	32

Fuente: CEEBA Tarija

4.3 Métodos, técnicas e instrumentos

Método.- En la práctica institucional realizada con personas con discapacidad mental, se utiliza el enfoque socio educativo.

El método empleado durante las capacitaciones es activo participativo porque serán las mismas personas quienes contribuyan al aprendizaje; también fueron orientados a través de explicaciones que recibían del educador; se manejaron actividades de grupo, mesas redondas, lo que les ayuda a ver la riqueza que encierra el compartir y contrastar las opiniones propias con la de los demás, trabajando en pequeños grupos de acuerdo al nivel de maduración y grado de socialización.

Técnicas

Grupos de reflexión sobre videos. La proyección de videos es una técnica que sirve para introducir los conceptos de sexo y sexualidad de manera sistemática y facilita la comprensión de los contenidos y el aprendizaje participativo.

Dramatizaciones. Las Dramatizaciones en esta área sirven para definir los roles sobre identidad sexual. También conocida como socio-drama o simulación, esta técnica consiste en reproducir una situación o problema real. Los participantes deberán representar papeles siguiendo instrucciones precisas en un determinado

tiempo. La interacción entre los diferentes actores tiene como objetivo encontrar, sobre la marcha, una solución aceptada por las diferentes partes.

Trabajando con la dramatización se logra la participación directa de los niños ante una supuesta situación real donde ellos, a partir de ésta, podrán decir cómo actuar ante dicha situación.

Dibujo libre A través del dibujo se identifica lo que más les impacto del video, lo cuál permite conocer el proceso de asimilación y lo que más les llama la atención.

Lluvia de ideas, dibujos y pintado de láminas. Ayuda a la interacción y el intercambio de opiniones entre compañeros de grupo. Lo que se pretende con la técnica es que los jóvenes sean partícipes en la formación de conceptos, expresen sus ideas, opiniones, den aportaciones y puedan ayudar es su crecimiento y formación personal.

Dinámicas. Son empleadas para evitar lo monotonía e incrementar la atención sobre el tema.

Las dinámicas grupales consisten en hacer que las personas antes o después de cada orientación puedan asimilar la información brindada mediante el juego. Normalmente se llama dinámicas grupales a las actividades agradables que ayudan a las personas a descansar y refrescarse o aprender a manera de juego.

Estas dinámicas ayudan a que los participantes puedan conocerse entre ellos y relacionarse mejor con los contenidos e integrarlos a la realidad.

Instrumentos.- Para evaluar el nivel de conocimiento de la sexualidad se utilizan los siguientes instrumentos:

- **Cuestionario Semi estructurado.-** Mediante este instrumento se evaluó el nivel inicial y final de conocimiento sobre las distintas temáticas de sexualidad que se abordan.

El cuestionario es un instrumento que consta de una serie de preguntas escritas y con material observable como ser: láminas, preservativo masculino y femenino, para preguntas que indagan sobre: sexualidad , abuso sexual, autocuidado y valores, que llegue a recabar información sobre los conocimientos que poseen los jóvenes acerca de la temática a abordar, se lo aplica durante la pre y post intervención del programa de educación para la sexualidad

- **Programa Educativo de Sexualidad.-** Para la realización de este trabajo se elaboró un Programa Educativo de Sexualidad el mismo fue adecuado a su capacidad de conocimiento orientado para trabajar con personas con deficiencia mental, cuya descripción la podemos observar en anexos del presente informe.

Para la realización de este trabajo nos basamos en el Método de Educación sexual “Harimaguada” de Carmen Bolaños (Canarias, España: 1994) sobre el cual se hizo una adaptación de técnicas y materiales para que puedan ser aplicados a las personas con discapacidad intelectual y Síndrome de Down.

Las principales temáticas que contiene este programa son las siguientes:

1. Conocimiento del cuerpo
2. Embarazo
3. Relaciones sexuales

4. Autoestima
5. Abuso sexual
6. Valores

Materiales.- Entre los principales materiales utilizados podemos describir los siguientes:

- Espacio físico
- Los muebles
- Pizarra
- Láminas para pintar
- Cartulinas
- Hojas de papel
- Marcadores negro y rojo
- Lápiz
- Colores
- Afiches
- Videos Educativos
- Reproductor de CD
- Cuadernillos
- Carpicola
- Maqueta de los órganos sexuales masculino y femenino
- Diferentes métodos anticonceptivos como (preservativo femenino y masculino, deprovera píldoras anticonceptivas, etc.)otorgado por CIES (Centro de investigación, Educativo y Servicios) salud sexual y reproductiva.

4.4 Contraparte institucional

En el marco del desarrollo de este trabajo la institución, se compromete a brindar apoyo en los siguientes aspectos:

- ❖ Proporcionar un ambiente físico para la realización de la práctica.

- ❖ Dar asesoramiento de la psicóloga de la institución.
- ❖ Una mesa grande con sus respectivas sillas
- ❖ Ofrecer la supervisión de los informes a ser presentados en la carrera de psicología
- ❖ Brindar toda la colaboración y ayuda por parte de todo el personal de la institución.

VI ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS

Este capítulo describe primeramente los resultados de la evaluación inicial del nivel conocimiento sobre distintos temas de la sexualidad en personas con discapacidad mental y Síndrome de Down en la pre prueba y la post prueba.

En la pre prueba se encuentran las respuestas que los sujetos brindaron sobre las distintas temáticas del programa de educación sexual que fueron recabadas antes de la aplicación de cada una de las actividades de este programa educativo.

Los cuadros están organizados según cada área que se exploró mediante el programa educativo, así por ejemplo, tenemos características sexuales, relaciones sexuales, abuso sexual, roles de género, autoestima, etc.

Luego de la descripción de cuadros de la pre prueba, se presenta la sistematización de la aplicación del programa de educación sexual dirigido a personas con discapacidad mental que esta organizado según cada una de las sesiones aplicadas detalladas según el tema, objetivos y las actividades que se realizaron.

A continuación, se presentan los resultados logrados en la post prueba luego de la aplicación del programa educativo de sexualidad; a partir de ello, se logra determinar cuál fue el nivel de conocimiento y aprendizaje que todas las personas con discapacidad mental lograron.

Finalmente, en el siguiente capítulo se elaborarán las conclusiones y recomendaciones que se obtuvieron de todo el proceso de recolección de datos y sistematización del programa de sexualidad aplicado a las personas con discapacidad intelectual y Síndrome de Down.

5.1. DESCRIPCIÓN DE LA PRE-PRUEBA

Cuadro N° 1

Conocimiento sobre características de sexualidad en personas con discapacidad mental y síndrome de Down

Respuesta	Diferencia anatómica de sexos		Conocimientos de los órganos sexuales		Conocimientos de los métodos anticonceptivos		Importancia sobre la higiene sexual		Conocimiento sobre lo correcto de estar desnudos en publico	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Si conoce	30	94%	12	37%	8	25%	24	75%	4	12%
No conoce	2	6%	20	63%	24	75%	8	25%	28	88%
Total	32	100%	32	100%	32	100%	32	100%	32	100%

Diferencia anatómica de los sexos

Para lograr determinar este indicador se mostró a las participantes distintas láminas de figuras de personas con ropa y luego láminas de niños desnudos de ambos sexos, se trabajó con dibujos porque ellos aprenden mejor observando y de esta manera les resulta más fácil indicar cuál es el varón y cuál la mujer

En la pre prueba las respuestas que brindaron las personas con discapacidad intelectual fueron las siguientes: en primer lugar el 94% manifiesta que sí tienen conocimiento de la diferencia entre varones y mujeres, lo cual quiere decir que en todo el proceso de socialización del individuo con deficiencia mental y Síndrome de Down desde la infancia los individuos fueron aprendiendo la diferencia entre un hombre y una mujer. En este proceso han sido importantes los distintos juegos de niños, los encuentros sociales y actividades recreativas.

En tanto el 6% de los individuos restantes no supieron identificar la diferencia en las figuras; por lo tanto, podemos indicar que ellos no tienen un adecuado conocimiento sobre la sexualidad en su aspecto más básico como es la diferencia entre hombres y mujeres. Este porcentaje de individuos evaluados corresponde a aquellos que por distintas circunstancias no han logrado asimilar en el periodo de su infancia y adolescencia la diferencia de sexos, por falta de estimulación de los padres para enseñarles conceptos sobre educación sexual, muchos padres de familia tienen una actitud negativa porque creen que sus hijos no desarrollarán las necesidades de carácter sexual.

“En la actualidad se conoce que las personas con discapacidad mental no son deficientes en cuanto al aspecto sexual, porque la deficiencia mental no determina un comportamiento sexual socialmente amenazador. El desarrollo sexual del individuo con discapacidad mental guarda relación con su grado de anormalidad mental, cuanto mayor sea deficiencia, mayor será el grado de autoerotismo.” (Suplicy, Marta. 1988: 365)

Identificación de los órganos sexuales

En esta sección se describe cuál es el nivel de conocimiento de parte de las personas con discapacidad respecto a la forma correcta de nombrar los órganos sexuales en hombres y mujeres. Para esta pregunta se mostraron muñecos con genitales para que ellos puedan nombrarlos por medio de la observación.

Este indicador forma parte del conocimiento adecuado de la sexualidad que deben tener las personas que padecen de discapacidad intelectual, lo cual permitirá asumir una adecuada conducta para experimentar su sexualidad.

Por tanto, la educación sexual debe ser objeto de trabajo educativo como tantos otros aspectos de la vida. Sin embargo, la educación sexual en la población del discapacitado intelectual todavía se encuentra dentro del marco del tabú.

Los datos indican que el 63% de las personas con discapacidad intelectual no tienen un adecuado conocimiento sobre la forma correcta de nombrar los órganos sexuales; esto quiere decir que no recibieron adecuada información de parte de padres de familia.

También se debe considerar que en el contacto que se tuvo con los participantes durante el trabajo, se pudo observar que asignan nombres erróneos a sus órganos sexuales, es probable que esto se deba a la mala información recibida de amigos y otras personas.

Sólo el 37% de las personas con discapacidad intelectual indicaron que sí conocen el nombre correcto de los órganos sexuales; este porcentaje corresponde a personas con discapacidad que sí tuvieron la oportunidad de recibir adecuada información.

Conocimientos de los métodos anticonceptivos

También se evaluó el conocimiento métodos relacionados a la salud sexual como, condón, píldoras anticonceptivas, inyectables anticonceptivos. Para hacer la evaluación de esta pregunta se mostró a los objetos ya que ellos aprenden mucho mejor observando de forma concreta las cosas.

Tomar en cuenta el aprendizaje sobre la higiene vinculada a la salud sexual es muy importante porque en la actualidad existe un clima de desorientación sobre qué conviene hacer en esta materia, que conlleva el peligro no leve del conformismo y la pasividad. En concreto, siguen existiendo personas que consideran que los discapacitados mentales son incapaces de beneficiarse de una adecuada educación sexual. (Martinez Verdier; 1993).

Las respuestas brindadas por las personas con discapacidad intelectual indican que el 75% de los mismos sí conocen para qué sirven los diversos métodos anticonceptivos.

Por otra parte, se les preguntó también si conocen para qué sirve el condón, a lo que el 62% contestaron que sí conocían cual era su utilidad, a pesar de que es un importante porcentaje el restante de los individuos que no tienen idea al respecto.

También se les preguntó para qué sirven las píldoras anticonceptivas, sólo el 34% indicaron saber cuál es su utilidad, finalmente, sólo el 9% saben para que sirven los inyectables anticonceptivos; por lo tanto se debe enseñar a las personas con discapacidad cuáles son las técnicas anticonceptivas y su finalidad para utilizarlas.

Por lo tanto, un importante porcentaje de los participantes del trabajo sí conocen aunque de manera muy básica para qué sirven los distintos objetos que se les mostró, lo cual demuestra que de distintas fuentes recibieron información sobre este aspecto, en el centro, algunas veces han participado de talleres sobre sexualidad de parte de estudiantes de enfermería, observaron en la televisión, o a través de la información con sus amigos.

Importancia sobre la higiene sexual

La higiene de todo nuestro cuerpo es muy importante porque ello permite garantizar la salud y que ninguna enfermedad o infección perturbe la integridad física; de la misma forma, la higiene de los órganos sexuales permite prevenir infecciones y enfermedades, de tal modo que a las personas con discapacidad intelectual se les consultó qué importancia atribuyen a la higiene de sus órganos sexuales.

Para ello se indagó si creen que era importante la higiene sexual para su salud; las respuestas revelan que el 75% de las personas con discapacidad intelectual indicaron que la misma es muy importante para el mantenimiento de su salud, lo cual nos muestra que existe una preocupación y una actitud positiva en los individuos evaluados sobre el valor de mantenerse limpios.

Sin embargo, existe otro porcentaje del 25% de discapacitados a nivel intelectual que indican que no es importante mantener la higiene de los órganos sexuales; esto lleva a pensar que este porcentaje de individuos no tiene la información adecuada sobre los riesgos de una mala atención y cuidado de la higiene de los órganos sexuales.

Las respuestas emitidas por los participantes del trabajo, en su gran mayoría, sí valoran este aspecto; sin embargo existen otros casos no les importa lo cual puede ser que se deba a que tienen un rechazo a su sexualidad, por vergüenza, temor, creen que no es correcto hablar sobre ese tema.

Conocimiento sobre lo correcto de estar desnudos en público

En esta sección se describe cuál es la percepción de las personas con discapacidad intelectual respecto a las normas y buena costumbre en relación a la pertinencia de estar desnudo en vía pública frente a otras personas. Este indicador es muy importante ya que debido a la discapacidad cognitiva que padecen estos pacientes no logran hacer una correcta diferenciación entre lo adecuado e inadecuado respecto a su sexualidad en distintas situaciones.

Antes de iniciar el trabajo propiamente dicho era necesario obtener una línea base del nivel conocimiento sobre lo correcto de estar desnudo en vía pública; para realizar esta pregunta se utilizó láminas con dibujos relacionados al tema el mismo consistía en observar e indicar cuando es correcto y cuando no lo es.

Se preguntó a todos los participantes de manera individual si era correcto estar desnudos en la calle a lo que respondieron de la siguiente manera:

Los resultados de la pre prueba indican que el 88% del total de los consultados indicaron que no era correcto exponiendo a la vista los órganos sexuales, porque se trata de una conducta reñida contra la moral y las buenas costumbres.

Estas respuestas demuestran que los participantes antes de aplicar las distintas sesiones ya conocían sobre la pertinencia de conductas en lo público y lo privado. En el contexto de la sexualidad de las personas con discapacidad intelectual abordar el tema de lo público y lo privado es muy necesario porque en muchos casos no logran establecer esta diferencia de comportamientos adecuados.

En tanto que el restante 12% de los sujetos consultados indicaron que sí es correcto, que está bien estar desnudos en la calle, en plena vía pública frente a las demás personas, esto quiere decir que este porcentaje de individuos consideran que no es incorrecto desnudarse o masturbarse frente a otras personas, esto se produce porque en muchos individuos con deficiencia intelectual se carece de vergüenza por mostrar a las demás personas sus órganos sexuales.

“Se han producido muchísimos casos en los que se ha hallado a personas con deficiencia mental mostrando sus partes íntimas a las demás personas, o estar desnudo frente a ellas, esto es debido a que no tienen desarrollado el sentido del pudor y determinadas reglas morales que imponen lo correcta o incorrecta en determinada conducta.” (Orlando Martín, 2006, Pág. 44).

Luego de realizar esta primera evaluación, se inicio con el plan de actividades encaminados a explicar y enseñar a los individuos sobre la pertinencia de ciertos comportamientos como mostrarse desnudos frente a las demás personas, estas actividades ayudaron mucho especialmente a las personas que no tenían claro este aspecto tan importante en la convivencia normal.

El plan de actividades se diseñó tomando en cuenta los resultados iniciales de modo que los participantes aprendan los aspectos de la sexualidad que ellos más desconocen, buscando un mayor beneficio personal que responda a sus necesidades.

Cuadro N°2
Conducta Sexual

Respuestas	Conocimiento sobre relaciones sexuales		Conocimiento sobre que es masturbación	
	F	%	F	%
Si conoce	12	37%	4	12%
No conoce	20	63%	28	88%
Total	32	100%	32	100%

Conocimientos sobre lo que son las relaciones sexuales

Sin duda es muy importante conocer el tema de las relaciones sexuales en las personas con deficiencia mental, porque les permitirá identificar de forma correcta su sexualidad y poder vivenciar adecuadamente esta importante parte de su vida cotidiana.

Para valorar este aspecto se les preguntó: ¿Conoces qué son las relaciones sexuales? Se les hizo esta interrogante porque según muchos autores la mayoría confunden las relaciones sexuales con otro tipo de conductas relativas a lo sexual como las caricias, besos, masturbación, etc.

Los resultados de la pre prueba que se presentaron indican que solo el 37% de los consultados sí conocen que son las relaciones sexuales, lo cual quiere decir que probablemente esta frecuencia corresponda a aquellas personas ya tuvieron una relación sexual: También es importante destacar distintas fuentes de información como los amigos y la televisión sobre todo. Se observa que la familia por lo general no aborda este tema con las personas que tienen deficiencia mental.

Por el contrario, el 63% de los sujetos consultados indican no saber que son las relaciones sexuales, lo cual muestra que las personas con discapacidad intelectual tienen muchísimo desconocimiento sobre aspectos importantes en el tema de la sexualidad; por lo tanto, es necesario que se aplique un programa de educación sexual que brinde un buen conocimiento sobre la temática.

Este porcentaje corresponde a aquellas personas que no saben nada sobre las relaciones sexuales entre un hombre y una mujer. Es importante destacar que la familia de las personas con discapacidad mental siempre trata de evitar que ellos tengan conocimiento por temor a que hagan algo indebido o que sean objeto de abusos y engaños de parte de otras personas.

Conocimiento sobre qué es la masturbación

El tema de la masturbación es bastante recurrente en las personas con discapacidad intelectual, al ser la forma más frecuente de conducta sexual entre las mismas personas, por lo tanto, para fines de este trabajo.

La masturbación es una parte importante, es aspecto normal dentro de la sexualidad. Por sí misma suele ser el prelude del coito. Algunos individuos con discapacidad mental pueden presentar una conducta auto estimulador o auto-lesivo.

La masturbación en adolescentes con Síndrome de Down puede indicar que empieza a manifestarse un interés hacia la sexualidad. Esta conducta también puede ser perturbadora y embarazosa para los cuidadores, los padres y otros personajes de la comunidad. Si se hace en público puede causar bochorno e incomodidad a los demás.

Los resultados del cuestionario aplicado revela que 12% sí tienen conocimiento sobre lo que es la masturbación, que forma parte importante de la sexualidad humana desde un punto de vista integral de la formación de la personalidad.

Este porcentaje muy bien puede corresponder a aquellos casos en que se trate de personas cuyas familias tratan por todos los medios de negar la sexualidad de los individuos privándoles de determinadas conductas; sin embargo, esto tiene un efecto contraproducente porque la sexualidad al ser una necesidad humana, es instintiva.

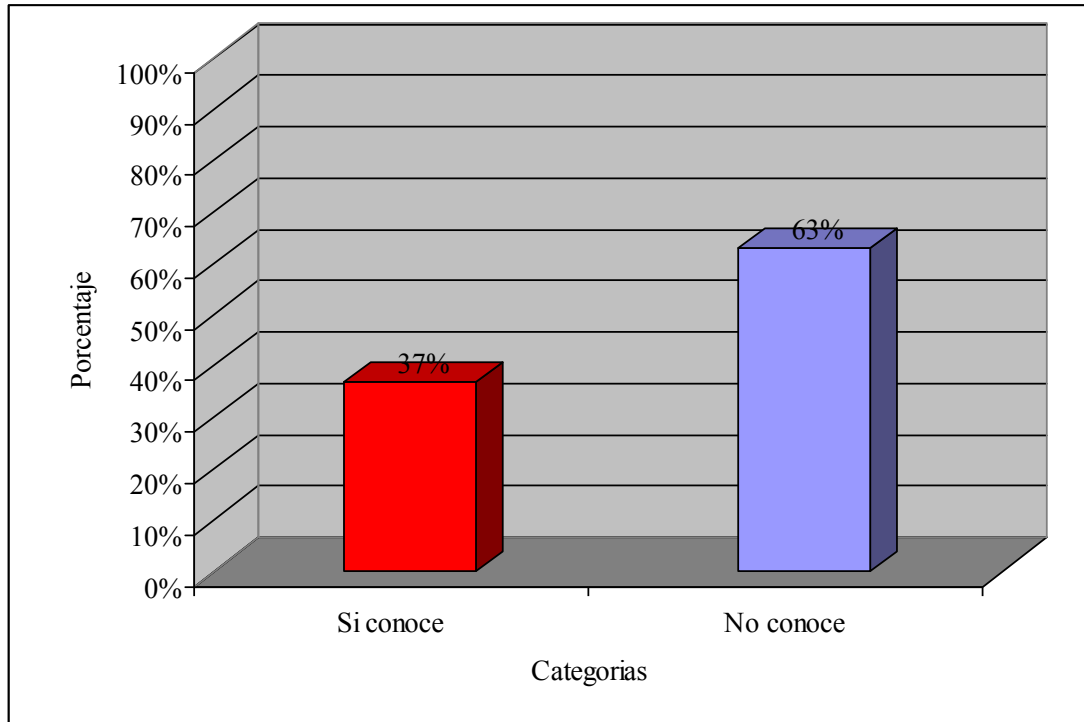
Cuando a la sexualidad se la pretende reducir por medios coercitivos produce mucha ansiedad, inseguridad e inestabilidad emocional y los individuos terminan manifestando conductas que no son correctas.

Las personas con discapacidad mental no tienen una adecuada orientación de familiares y educadores sobre la masturbación que son conductas que no pueden ser expresadas en un contexto público, sino sólo en el ámbito privado.

Por el contrario el 88% de las personas con discapacidad intelectual indican que no conocen qué es la masturbación; por lo tanto, se les debe indicar en qué consiste esta conducta sexual que forma parte del repertorio de las conductas sexuales de tipo normal en todas las personas.

Es muy importante enseñar a las personas con discapacidad mental que comprendan, que de por sí, la masturbación no es algo negativo, sino que forma parte de la conducta sexual pero que sólo es pertinente en determinadas circunstancias. La educación sexual no debe centrarse en detener la masturbación sino en dirigir la actividad hacia momentos adecuados y lugares privados.

Gráfico N° 1
Conocimientos sobre el origen de los bebés



En el gráfico N° 1 se observa el conocimiento sobre la naturaleza del nacimiento según lo que conocen las personas con discapacidad intelectual. Se consultó a los participantes del trabajo de dónde creen que vienen los niños al nacer; sus respuestas las podemos describir en general de la siguiente manera:

En primer lugar los resultados de la pre prueba indican que sólo el 37% de las personas con discapacidad intelectual indicaron que los niños vienen de las madres, que es la creencia de que las madres son las que traen a los niños al mundo. Este porcentaje de individuos tienen un relativo conocimiento sobre el origen de los bebés, sin duda es uno de los aspectos más importantes del conocimiento de la sexualidad. Sin embargo, se considera que existe un gran vacío respecto a un adecuado concepto por lo que la educación, respecto a este tema en concreto, es indispensable sobre todo en lo referido al tema de prevención.

“La educación es proporcionar a los sujetos las habilidades necesarias para su mera supervivencia y para su inserción social, desarrollando al máximo sus potencialidades físicas y psíquicas. Es ayudar a la persona a conseguir su autoafirmación, hacerla cada vez más dueña de sí misma y más autónoma e independiente” (http://html.rincondelvago.com/apego-y-sexualidad_deficiente-mental.html).

En segundo lugar tenemos que el 63% de las personas con discapacidad intelectual no saben de dónde vienen los niños; esto nos indica que existe una falta de conocimiento sobre este aspecto, por lo tanto, era necesario que ellos reciban una orientación y una educación sexual que los oriente sobre la fecundación y el origen de los niños al nacer.

Tal como se puede observar antes de la aplicación del programa educativo de sexualidad, las personas con deficiencia mental no conocían con certeza de dónde provienen los niños.

Luego de esta primera evaluación se aplicó el programa educativo mediante el cual se explico a todos los asistentes las distintas etapas de la fecundación, el embarazo y el nacimiento.

Para la introducción al tema se realizo a través de proyección de videos y laminas para pintar que mostraban desde la procreación, embarazo y nacimiento de un pollito, cabrito y un bebe el contenido esta adecuado a su capacidad de entendimiento.

“Las personas con discapacidad mental son sexualmente activas; por ello y por su propia incapacidad necesitan información y asesoramiento continuado ajustado a su capacidad acerca de lo que implica la sexualidad; el hecho de negar que esa situación entrañe un peligro (embarazo, enfermedades de transmisión sexual) si no se orienta sería poner al individuo deficiente en peligro de algún embarazo no deseado.” (Segu H; 1992:)

Cuadro N° 3

Conocimiento para la prevención del abuso sexual en personas con discapacidad Mental y Síndrome de Down

Respuestas	Conoce que es el abuso sexual		Sabe que cuando alguien quiera tocarle sus órganos sexuales debe comunicar a padres y maestros	
	F	%	F	%
Si conoce	6	19%	10	31%
No conoce	26	81%	22	69%
Total	32	100%	32	100%

En el cuadro N° 4 se les pregunto a los individuos con discapacidad mental si conocían qué es el abuso sexual. Esto, es una parte muy importante del trabajador, pues en base a ello se plantea uno de los fundamentos para realizar este trabajo, para que sirva como base para la prevención del abuso sexual.

El abuso sexual debe ser entendido como cualquier acto directo o indirecto que vaya a causar un daño sexual y psicológico a las personas con discapacidad intelectual por parte de otros.

En la pre prueba los resultados indicaron que el 19% conoce qué es el abuso sexual. Esto es muy importante de valorar porque este porcentaje de personas con discapacidad intelectual tienen la capacidad para discernir una conducta deshonesto de una conducta normal frente a las personas que los rodean, ello permitirá prevenir algún tipo de agresión sexual.

En segundo el 81% no tienen ningún conocimiento sobre el tema; por lo tanto es necesario que los participantes comprendan que implica el abuso sexual para que así se pueda evitar situaciones de riesgo.

En las personas con discapacidad mental existe la creencia de que el abuso sexual esta referido al contacto sexual de carácter físico, sin tomar en cuenta que implica también una actitud sospechosa hacia la víctima como hacer caricias e insinuaciones deshonestas, etc.

A medida que los individuos con Síndrome de Down se hacen más independientes y se convierten en miembros que actúan en la comunidad, se hacen más vulnerables a los abusos emocionales y sexuales.

Algunos grupos que se ocupan de estudiar a los individuos mentalmente retrasados han constatado incidencias de abusos sexuales de hasta 50%

“Los abusos sexuales son más frecuentes en las mujeres y en los casos con retraso mental leve o límite. La incidencia de los abusos disminuye a medida que el nivel de retraso se hace más profundo.” (J. Paredes, 1998, Pág.. 35-37)

Sabe que cuando alguien quiera tocarle sus órganos sexuales debe comunicar a padres y maestros

Uno de los aspectos más importantes que se ha tomado en cuenta para iniciar el programa de educación sexual dirigido a personas con discapacidad intelectual es la necesidad de orientación sobre el tema para que puedan darse cuenta cuándo están en una situación de riesgo.

De tal modo que se preguntó a los sujetos cuál es la conducta que deben asumir cuando alguna persona desconocida o conocida, tiene intenciones de tocar sus órganos sexuales, a lo cual respondieron de la siguiente forma. En la pre prueba los datos obtenidos señalan que el 31% sobre que se debe comunicar a los padres o

maestros en caso de que exista alguna personas con este tipo de intenciones, al querer tocar sus órganos sexuales; esto significa que este porcentaje de individuos comprenden la gravedad de este tipo de situación y deben avisar a sus padres, tutores o maestros.

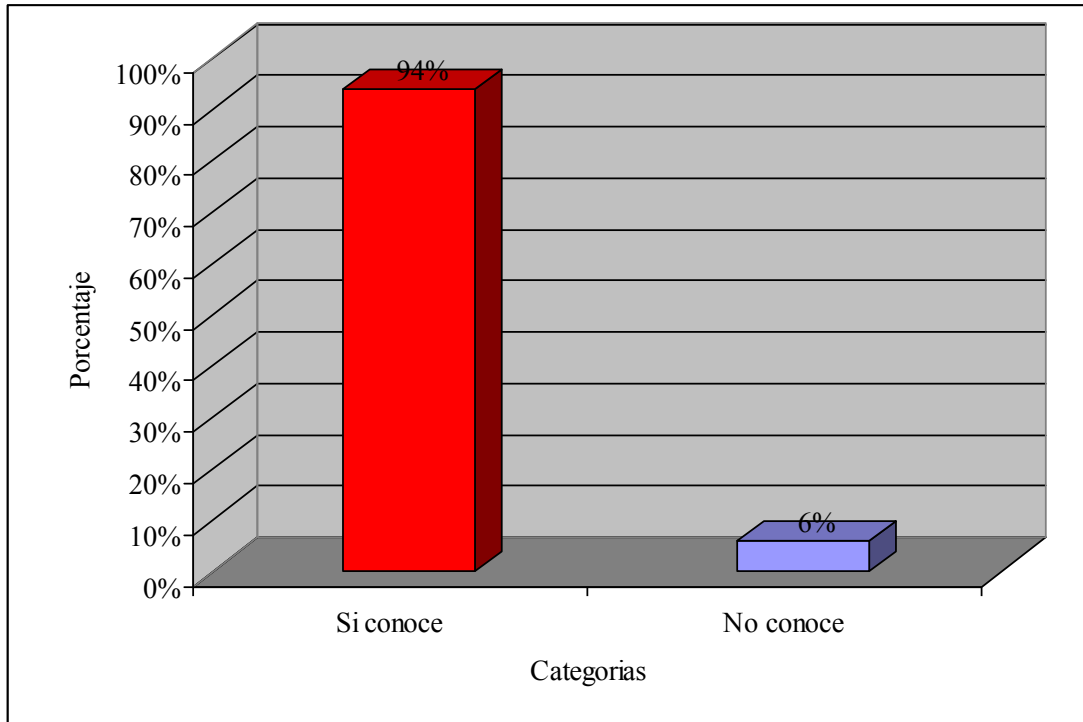
Mientras que, al contrario el 69% de los consultados indica que no se debe avisar a los padres de familia o maestros cuando alguna persona se les acerca con malas intenciones y se produce alguna agresión de tipo sexual; este porcentaje nos demuestra que la mayoría de los niños y adolescentes sienten temor de avisar este tipo de situación.

Múltiples son las razones que dificultan la identificación del abuso, tales como: miedo del niño o niña a castigos, amenazas del abusador – creencia del niño/a de que no lo van a creer o lo van a culpar de lo sucedido. (Arredondo Valeria; 2001:6).

Es muy importante orientar a los participantes sobre las situaciones de riesgo, que aprendan a darse cuenta cuándo están en peligro, comunicar cualquier situación de sospechosa, por lo tanto, fortalecer la comunicación con padres es fundamental.

Por otra parte, la ausencia de procesos intencionados, sistemáticos y permanentes de educación sexual, especialmente en las escuelas, es un hecho que limita el desarrollo a acciones concretas y efectivas contra el abuso sexual infantil” (<http://www.psicopedagogía.com/articulos/?artículo=364>).

Gráfico N° 2
Conocimiento sobre roles de género



En el Gráfico N° 2 observamos uno de los aspectos más importantes en el tema de la educación sexual, referida a la enseñanza de los roles de género entre hombres y mujeres.

En el actual paradigma de la educación sexual es muy importante que los roles de género sean compartidos entre hombres, y mujeres, de tal modo que los hombres deben ayudar en las labores de casa y no dejar todo en manos de las mujeres y viceversa.

“La identidad de género queda constituida por la cultura, es la identificación con un modelo socio cultural global e integradora que se puede asumir un rol masculino o un rol femenino” (Laporta, Deborah.1993:45-46).

En términos de género, la sexualidad está relacionada a los diferentes papeles que asigna la cultura y la sociedad a mujeres y hombres, lo que llamamos, roles de género y estos roles van a variar según las clases sociales, culturales, la ubicación geográfica, la edad, religión, etc. La sexualidad y el género se construyen a lo largo de la vida y mantienen íntima relación entre sí, no son concebibles el uno sin el otro.

“Es el conjunto de características psicológicas, sociales, culturales, e históricas construidas a lo largo de la vida. El género se expresa a través de atributos, comportamientos, actitudes, manifestaciones, roles sociales y culturales asignados a las personas de acuerdo a su sexo. Por eso se dice que género es una construcción social” (UNFPA, 1999, Pág. 7- 9.).

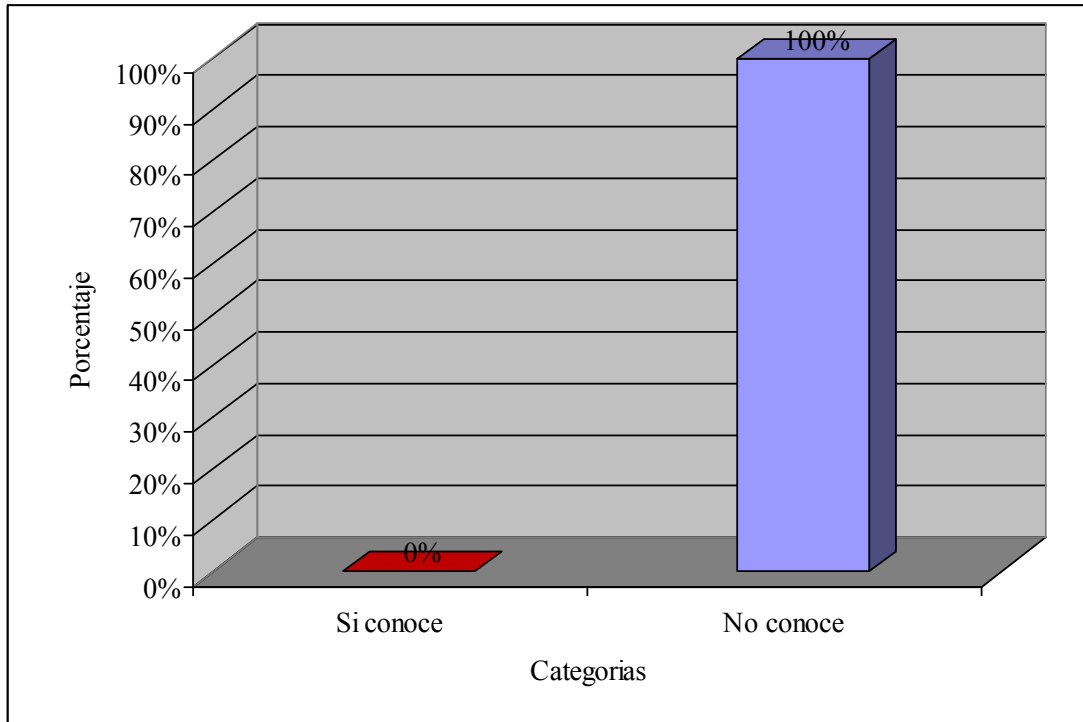
Este aspecto es muy importante que sea trabajado también en las personas con discapacidad intelectual. Por lo tanto, se les consultó si era correcto que los hombres ayuden en las labores de casa a lo cual respondieron de la siguiente manera.

En la pre prueba el 94% de las personas con discapacidad intelectual creen que los varones sí deben ayudar en las labores de casa, porque también forma parte de su responsabilidad no dejar todo a las mujeres, ya que es la adecuada forma de vivir los roles de género.

Según los datos que proporcionan los participantes, ellos no tienen prejuicios negativos sobre el rol de los hombres y mujeres en la sociedad, ya que la mayoría de ellos en sus propios hogares siempre ayudan en los quehaceres domésticos.

Por otro lado, tan sólo el 6% indica que los varones no deben ayudar en las labores de casa a las mujeres. Esto nos muestra que representan una forma de pensar muy tradicionalista, por lo tanto, es necesario que a este porcentaje de individuos logren realizar una orientación y una educación que les permita valorar de manera adecuada los roles.

Gráfico N° 3
Conocimiento sobre la autoestima



En el gráfico se observan los resultados en los que se describen todo lo relacionado a la autoestima. Desde los paradigmas de la educación sexual se hace una valoración muy importante para que los participantes aprendan valorar su cuerpo y su sexualidad.

Por lo tanto, se consultó a las personas con discapacidad intelectual si conocen lo que es la autoestima, cuyas respuestas las podemos resumir de la siguiente manera:

En la pre prueba aplicada se pudo observar que ningún individuo pudo afirmar que conoce lo que es la autoestima; esto quiere decir que necesitan trabajar muchísimo en este aspecto, un programa de educación sexual adecuado debe incluir esta importante temática para que vaya en beneficio de niños y adolescentes. Ellos no tienen conocimiento sobre el concepto de autoestima; sin embargo, en la valoración que

tienen de sí mismos es bastante positivo, no se sienten inferiores frente a las demás personas, tampoco se preocupan de su aspecto físico.

La autoimagen, estima de sí mismo, no es innata, se desarrolla o destruye durante la niñez e inicio de la adolescencia.

La autoestima tiene una gran influencia en todo el proceso de maduración personal de la persona; para ello es importante conocer su significado: “La autoestima es el conjunto de emociones y sentimientos que tenemos hacia nosotros mismos“. (CIES. 1993:21).

Por lo tanto en base a los resultados del cuadro de frecuencias, podemos indicar que el 100% de los individuos con discapacidad intelectual no conocen qué es la autoestima, un aspecto muy importante dentro la vida y la sexualidad de las personas.

Otro aspecto muy relacionado a la autoestima son los valores, sobre los cuales los participantes de este trabajo tienen un adecuada consciencia porque diferencian las conductas malas de las buenas.

Desde los primeros años de vida se debe formar al niño haciendo hincapié en la confianza en sí mismo, brindando seguridad por las cosas que hace, hablando de manera clara y ejercitando a actuar y a comunicarse de manera asertiva, para evitar que los dañen física, emocionalmente y también para que ellos aprendan a respetar a los demás.

“Los valores son ideales, principios y modos que orientan y guían nuestra conducta. En síntesis, es todo aquello que por la experiencia se ama, se cuida y se lucha por mantener” (Villagrán y otros, 1998. Pág. 23).

5.2 SISTEMATIZACIÓN DEL PROGRAMA EDUCATIVO DIRIGIDO A PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUALY SÍNDROME DE DOWN

Para dar cumplimiento al segundo objetivo específico de la practica institucional, a continuación se presenta toda la información referida a como se siguió el proceso de intervención.

Contacto inicial

Objetivo: para iniciar el trabajo de la práctica institucional, la primera actividad que se realizó fue el establecimiento de una adecuada relación con la institución mediante las siguientes actividades:

Actividad:

- ❖ Visita a la institución, donde se fijaron fechas y horario de trabajo con los niños y adolescentes.
- ❖ Se definió la modalidad de trabajo.
- ❖ En coordinación con la psicóloga de la institución se seleccionó a los participantes según la edad y necesidades individuales tomando en cuenta el nivel de deficiencia mental.

Observaciones: los primeros contactos mostraron una importante predisposición de parte de la psicóloga para apoyar el trabajo de la práctica institucional.

Participantes: 32 personas divididas en 7 grupos

Mañana: primaria (II, III) 6

Tarde: manualidades: 12

Repostería: 7

Carpintería: 8

Sesión N° 1

Tema: presentación del programa de educación sexual

Objetivo:

- Promover confianza y participación entre los alumnos.
- Realizar una presentación general del programa.
- Identificar los conocimientos y motivaciones de parte de los estudiantes.
- Describir los mitos o conceptos erróneos sobre el tema de sexualidad.

Actividades:

- ❖ En primer lugar, se da la bienvenida y registro de participantes mediante dinámicas de presentación para que todos los alumnos puedan conocer a la practicante.
- ❖ Se explica que pueden contar con la ayuda de la practicante para todo, estando dispuesta a escucharlos y comprenderlos
- ❖ Dinámica de presentación: la tela araña; el objetivo de la dinámica es que a través del juego los participantes y la practicante puedan crear un ambiente cordial y de confianza en la clase.

Esta dinámica consiste en reunir al grupo en un círculo, la persona que dirige la dinámica toma una bola de hilo de tejer, dice su nombre y completa la frase expresando lo que le motiva a estar en el taller; una vez que el participante dio la respuesta, sostiene el hilo y lanza la bola a otro. Esto se repite hasta que todo/as tengan una porción de hilo y se forme una tela araña.

Observaciones:

Los participantes estuvieron muy entusiasmados, contentos por los talleres y por lo que se les enseñaría, existió mucha participación, principalmente de las mujeres.

Se mostró mucho entusiasmo y seriedad cuando cada uno hacía su presentación aunque al principio se tuvo que repetir la consigna, pero ellos se mostraron siempre atentos para realizar la dinámica.

Sesión N° 2

Tema: evaluación de conocimientos iniciales

Objetivo: identificar el nivel de conocimiento y percepción que tienen los participantes en cuanto a educación sexual

Actividades

- ❖ Aplicación del cuestionario de manera individual para evaluar los conocimientos previos al programa.
- ❖ El cuestionario consta de 17 preguntas cuyas respuestas son registradas por el administrador; se emplean laminas, muñecos en los que se pueden observar genitales, también se realizan preguntas en presencia de objetos, como toallas higiénicas, condón, pastillas anticonceptivos, etc.
- ❖ El tiempo que llevó evaluar la prueba por cada participante fue de aproximadamente de 10 minutos

Observaciones:

- ❖ La aplicación de la prueba se la realizó con un poco de dificultad en el turno de la mañana, principalmente en las respuestas de las preguntas 10, 13, 16 y 17 (referidas a lo que es la violencia sexual, autoestima y masturbación), cuando se les tenía que repetir y explicar un poco más la pregunta; sin embargo, se observa en ellos interés y predisposición para intentar responder.

Sesión N° 3

Tema: Autoestima “conociéndome a mí mismo”

Objetivo: Coadyuvar al proceso de descubrimiento de la autoimagen, con la finalidad de quererse y aceptarse.

Actividades:

- ❖ Identificarse de manera individual a través de recortes de figuras humanas bonitas, feas, flacas, gordas, etc., tanto femeninas como masculinas
- ❖ Se proporcionaron cuatro hojas en blanco a los participantes, donde deben pegar en cada una, el recorte que ellos elijan de acuerdo a la preguntas ¿yo cómo me veo? ¿yo cómo me quiero ver? ¿cómo me ven los demás? ¿cómo quiero que me vean los demás?
- ❖ Cuando termina la actividad se invita a los participantes a analizar lo que sintieron, qué piensan del trabajo, procurando que sea un diálogo cálido y prestando mucha atención en lo que dicen.

Observaciones:

Esta actividad llamó mucho la atención porque en su gran mayoría ellos se identificaban como personas bonitas, futbolistas, personas atléticas, no elegían a personas feas, gordas, sentían entusiasmo energía y confianza al realizar el trabajo. Estas conductas hacen pensar que ellos se aceptan como son, por lo tanto, se consideran personas bonitas.

Sesión N° 4

Tema: Nuestro cuerpo

Objetivo: Conocer el cuerpo, reconocer diferencias con el otro sexo desarrollando hábitos de cuidado y bienestar corporal.

Actividades:

- ❖ Recortar las diferentes partes del cuerpo, armar, pintar, y escribir el nombre de cada una de ellas: puzzles de láminas (carpeta didáctica de educación afectivo sexual Harimaguada) figura humana
- ❖ Verbalizar en grupo, las partes del cuerpo y las diferencias entre niña y niño, partiendo de las láminas que se armaron.

- ❖ A partir de las diferencias encontradas, hacer clasificaciones en función del sexo, color de cabello, estatura y contar el número de elementos de cada uno.
- ❖ Láminas Harimaguada: se pidió que recortaran las imágenes, pintaran y unieran espalda con delantero según corresponda (sexo masculino y sexo femenino), la finalidad es que ellos reconozcan a cuál corresponde de manera correcta

Observaciones:

Al observar las láminas en un primer momento sintieron un poco de vergüenza pero conforme fueron realizando el trabajo empezaron a preguntar. Cuando se les pidió que participaran para realizar las clasificaciones en su mayoría lo hicieron con entusiasmo, se observó dificultades cuando se referían a los genitales algunos utilizaron términos incorrectos.

Sesión N° 5

Tema: Diferencias sexuales

Objetivos:

- Identificar diferencias físicas entre hombre y mujer.
- Internalizar el uso correcto de los términos referidos al sexo

Actividades:

- ❖ Presentación de láminas de figuras de un hombre/mujer. En las mismas se encuentran escritas una serie de palabras referidas a las partes del cuerpo. Se distribuyó las láminas a cada participante, luego se les pidió unir mediante flechas el nombre con las distintas partes del cuerpo.

Observaciones:

La sesión se desarrolló de manera adecuada, comprendieron la consigna. Algunos aspectos que se podrían destacar serían: La mayoría de los jóvenes confundían las partes de las pestañas con las cejas, la palabra muslo no la conocían mucho.

Sesión N° 6

Tema: Nuestro Cuerpo-Desarrollo Sexual

Objetivo: Reconocer el cuerpo humano.

Actividades:

- ❖ Juego de memoria de 57 fichas “complemento por la sexualidad” (material del CEEBA)

Este juego tiene el objetivo de brindar conocimiento sobre algunos aspectos importantes de la sexualidad. Al comienzo del juego, se reparten fichas sobre una mesa. Cada persona busca la pareja de las cartas y la muestra a todo el grupo. Cada integrante debe encontrar la mayor cantidad de parejas de fichas y conservarlas, para después entre todos ver quien tiene el mayor número de parejas y este será el ganador. También el juego contiene bolos de preguntas como ser:

¿Es verdad que masturbarse puede hacer que salgan pelos en las manos, puede producir locura, impedir el crecimiento o provocar otros daños?

¿Es verdad que una muchacha que ya ha tenido su primera regla o período puede embarazarse?

¿Es verdad que la mujer virgen vale más?

¿Es verdad que una muchacha se puede embarazar si ha tenido pocas relaciones sexuales?

¿Es verdad que los chicos deben tener relaciones sexuales coitales lo antes posible?

¿Es verdad que una muchacha puede embarazarse antes de tener su primer periodo o regla?

Después de las participaciones la practicante aclara las dudas que tienen los participantes; este juego sirve como complemento para la educación sexual. En relación a todas estas interrogantes los alumnos no hicieron ninguna pregunta ni mención, mas, al contrario, se sentían identificados con estas preguntas porque tenían dudas bastante similares.

No se presentaron dificultades porque las actividades se hicieron de forma normal en base a la guía de la facilitadora y la participación activa de los estudiantes.

Observaciones:

El juego de la memoria fue aceptado con entusiasmo, se observó interés por parte de los alumnos en reunir la mayor cantidad de fichas pares.

En cuanto a las preguntas que se realizaron, las participaciones fueron pocas al inicio pero después fueron aumentando, las principales inquietudes estaban orientadas a los términos utilizados en las fichas que dificultaban su comprensión.

Sesión N° 7

Tema: Valores

Objetivo: Orientar sobre valores para la vivencia de la sexualidad, mediante el análisis de situaciones en relación a sí mismo y con los demás.

Actividades:

- ❖ Trabajo en grupo: “Nuestros valores” Se da al grupo una tarjeta con 4 preguntas, las mismas que serán analizadas y respondidas en conjunto, resaltando la importancia de la participación de todos sus miembros.

De acuerdo a las opiniones vertidas, se escriben los diferentes conceptos en un papelógrafo para su discusión en posterior plenaria.

1.- Qué es un valor

2.- *¿Quiénes transmiten los valores?*

3.- *¿Por qué son importantes los valores?*

4.- *Menciona qué valores resaltan en tu grupo.*

Observaciones:

Al comenzar la actividad las fichas fueron leídas por la practicante, hubo dudas al definir el concepto de valores pero después de una explicación comenzaron a trabajar en grupo, se preguntaban entre ellos y podían darse cuenta que habían adquirido valores de la familia y el colegio; en su mayoría, los grupos mencionaron que los valores son muy importantes y que ellos lo practicaban de manera positiva. Durante la actividad se vio entusiasmo, interés en los participantes.

Sesión N° 8

Tema: Importancia de los valores

Objetivo: Identificar la importancia de sus propios valores y de los demás.

Actividad:

Dinámica: “La persona que yo admiro”

- ❖ Se entregó, una hoja de papel y lápiz a cada participante, también se les pidió que piensen en la persona que más admiran. Deben escribir tres razones por las que admira a esa persona, transcurrido el tiempo, pedirles que doblen el papel; se recogen las hojas, cada participante leerá en silencio lo que esta escrito en el papel que le tocó.

Pedir un voluntario(a), para que lea lo que está escrito en el papel que le tocó.

Se procede de la misma manera con 2 ó 3 voluntarios. De acuerdo a lo registrado, generar el análisis leyendo; el primer voluntario dio como valor la honradez, el segundo la paciencia, etc. A partir de este ejercicio realizar el análisis identificado los valores propios y ajenos.

Observaciones:

Los participantes identificaron rápido a la persona que más admiran, también se colaboró con la escritura a aquellos que no sabían hacerlo. Se observó en su mayoría que relacionan las palabras que tienen que ver con los valores.

Sesión N ° 9

Tema: Socio drama

Objetivo: Evaluar sus conocimientos sobre el abuso sexual, maltrato físico y psicológico.

Actividad:

Se empezó realizando un ejercicio de relajación de los músculos del cuerpo, seguidamente se tuvo un encuentro previo con dos participantes del grupo con los que se preparo un socio drama.

El socio drama fue presentado en dos escenas: la primera escena donde nos muestra a dos personajes que son un Agresor y una Víctima.

Primera Escena:

Víctima: Es un niño que vende periódicos en la plaza, y él empieza a gritar *“periódicos, periódicos, lleve su periódico”* En ese momento se aparece el agresor y le dice *“niño, niño tu mamá ha dicho que te lleve a tu casa”* y el niño ingenuamente hace caso y se va con el agresor sin decir nada. Después el agresor lo lleva a un lugar silencioso y le dice:

Agresor: Niño dame todos tus periódicos, y en ese momento el niño se rehúsa a darle sus periódicos y el agresor recurre a la violencia física y lo empieza a maltratar, y en ese momento el niño llora desconsoladamente, al ver que en ese lugar todo era silencioso; el agresor empieza a golpearlo y quitarle la ropa.

Esta es la primera escena que muestran los actores que son los niños. En la segunda escena, se tendrá la actuación de un tercer personaje.

Segunda Escena:

De la misma manera el niño se encuentra vendiendo sus periódicos en la plaza

Victima: Periódicos, periódicos, lleve su periódico. Y en ese momento se aparece el agresor y le dice:

Agresor: Niño, niño tu mamá ha dicho que te lleve a tu casa y le empieza a jalar, y el niño grita

Victima: Auxilio, auxilio, policía este hombre me quiere llevar, y en ese momento llega el policía (practicante) y dice qué le pasa, por qué quiere llevarse al niño y el agresor se queda callado y no dice nada, y el policía se lleva al agresor. Después de la actuación se empezó a recabar las opiniones de los niños para lo cuál se trabajó por escenas.

En la primera escena ¿qué es lo que debía haber hecho el niño?

Comentarios:

- El tenía que correr
- Gritar
- Tenía que escaparse
- Podía haber avisado a un mayor
- Podía pegarle
- Tenía que defenderse.
- No hacer caso
- Avisar a un policía.
- No hacer caso a personas extrañas.

Estos son algunos de los comentarios que se registraron en cuanto a la primera escena, y se notó que les gusta actuar porque así ellos aprenden mejor.

En la segunda escena los comentarios que hicieron ellos fueron:

- Hizo bien en gritar
- Hizo bien en buscar ayuda.
- Hizo bien en avisarle al policía

De esa manera se ejemplificó para que los participantes puedan captar lo que es el abuso sexual y maltrato físico. Después de aplicar este último instrumento, se tuvo una pequeña retroalimentación entre todos y se hizo una breve explicación. De esta manera se culminó con esta sesión.

Observaciones: Se observó participación de las personas, se familiarizó para que se entendiera lo que es el abuso y maltrato físico por medio del socio drama; también se observó que a los niños les gusta actuar y ellos querían seguir actuando, a pesar que el tema del drama era un punto muy delicado para tratar.

Sesión N° 10

Tema: Nuestro origen

Objetivo: Adquirir conocimientos básicos en torno al origen de las personas

Actividad:

- ❖ Proyección de videos (Adán y Eva)

Después de la proyección del video se concedió un tiempo para que ellos preguntaran las dudas que tenían o algunas inquietudes pero la participación fue muy poca, ellos se mostraban un poco avergonzados.

- ❖ Dialogo “¿Cómo hemos nacido?”

Se verbalizo la historia del origen partiendo del nacimiento de un bebé, el embarazo de una mamá. Se comentó el origen propio de cada participante o de algún bebé que conocían.

- ❖ Lamina Harimaguada ¿cómo nace un perrito?, ¿como nace un bebé?
Relacionadas al origen ejemplificando con figuras para pintar, recortar y ordenar cada una de las viñetas de la ficha.
- ❖ Reflexionar acerca de nuestro origen y reafirmar conocimientos; fecundación, nacimiento, parto.

- ❖ Modelado en plastilina

Modelar en plastilina mujeres embarazadas, bebés y objetos relacionados con nuestro origen.

Observaciones:

Los participantes, en la proyección del video, se mostraron muy atentos, callados, algunos avergonzados no querían mirar el monitor de frente pero en el transcurso del video fueron perdiendo la vergüenza, las preguntas fueron muy pocas.

Durante el diálogo realizado de “cómo hemos nacido” hubo mayor participación hablaron de experiencias que les contaron de cómo nace un bebé, de cómo nacieron ellos, fue un tema que les agradó socializarlo. El trabajo con láminas ayudó para que surgieran preguntas como: ¿Como se hace un bebé? ¿Por dónde nace?

El trabajo en plastilina llamó mucho el interés de los participantes, se mostraban entusiastas al realizar la actividad.

Sesión N° 11

Tema: Métodos anticonceptivos

Objetivo:

Esta actividad tiene la finalidad de cumplir con el derecho que tiene cada individuo de recibir información y educación adecuada sobre los métodos anticonceptivos, así como el derecho a obtener los medios necesarios para conseguirlos.

Actividad:

A través de preguntas y reconocimiento de los métodos anticonceptivos presentados se pudo conocer la formación que manejan los participantes respecto a los métodos anticonceptivos

Se entregó en tarjetas de color los nombres de los métodos anticonceptivos, temporales, de barrera, hormonales permanentes

Cada uno deberá escribir al reverso de la tarjeta lo que sabe o ha escuchado respecto a ese método.

Al finalizar, la practicante colocará en el plastoforno y en fila cuatro tarjetas grandes que correspondan a los cuatro métodos, respetando los colores de las tarjetas grandes se la denomina según el color y con letras mayúscula, con cada uno de los métodos.

También se realizó un análisis; para esto el facilitador anota en la pizarra los conceptos vertidos por los participantes. Para esclarecer y complementar la información respecto a cada uno de los métodos, se invita a los participantes a realizar una discusión en plenaria sobre cada uno de los métodos. Se menciona su efectividad, mecanismo de acción, limitaciones, beneficios, efectos secundarios, modo de uso. También se habla sobre la necesidad de usar algunos de los mismos para evitar las ITS.

Observaciones:

Hubo bastante participación, se vio que el tema llamó mucho su atención, hubo algunos que ya tenían cierto conocimiento sobre su uso como también conocían el nombre de algunos métodos

Sesión N° 12

Tema: “Nos relacionamos”

Objetivo: Propiciar el desarrollo de habilidades y hábitos que faciliten relaciones afectivas y comunicación

Actividad:

- ❖ Resolución de situaciones problemáticas Lámina Harimaguada fichas (13)”
¿Qué le dirías?”(14)” ¿Qué harías?”.

La practicante lee cada una de las situaciones y sus posibles respuestas y pide a cada participante elija una de ellas señalando con una X en el recuadro. Luego, cada participante explicará a sus compañeros (as) por qué ha elegido esas respuestas.

También se les pidió en grupo elaborar situaciones similares y buscarles solución.

Reflexionar acerca de lo trabajado valorando cada una de las conductas positivas.

- ❖ Se pidió a cada uno de los participantes que dibujen una flor, después todos mostraron sus dibujos para ver que todas las flores son bonitas, también la facilitadora trajo un ramillete de flores de distinto color y forma y se lo enseñó al grupo indicando que todas esas flores tenían diferente color y forma pero cada una de ellas eran bonitas y cada uno de nosotros al igual que las flores tenemos diferentes forma y color pero no tenemos que olvidar que somos tan lindos como las flores.

En cada dibujo que hicieron se les pidió escribir una frase agradable para su compañero(a) y se la regale

Observaciones:

Se mostraron muy atentos y discriminaron con facilidad las conductas inadecuadas que se mostraron en la primera actividad. En la segunda actividad, de igual manera, se vio bastante participación y entendieron muy bien el objetivo que fue hacerles sentir que todos somos tan lindos como las flores.

Sesión N° 13

Tema: Evaluación de conocimientos finales

Objetivo: Establecer el nivel de conocimientos y percepción de la sexualidad en los participantes

Actividades

Aplicación del cuestionario (post test) de manera individual para evaluar los conocimientos previos

- ❖ El cuestionario consta de 17 preguntas el mismo que fue tomado en el pre test y registrado por el administrador cuya aplicación se realizó con láminas, muñecos donde se podían observar los genitales; también se realizan preguntas en presencia de objetos como toallas higiénicas, preservativos, pastillas anticonceptivas, etc. para facilitar el reconocimiento de estos elementos
- ❖ El tiempo que llevó evaluar la prueba por cada participante fue de aproximadamente 10 minutos

Observaciones:

- ❖ En esta fase se pudo observar que los participantes, al momento de responder las preguntas, lo hicieron con mayor facilidad y destreza.
- ❖ Se observó en ellos interés y predisposición al responder a las preguntas.

5.3. DESCRIPCIÓN DE LA POST-PRUEBA

Cuadro N° 4

Conocimiento sobre características de sexualidad en personas con discapacidad mental y Síndrome de Down

Respuesta	Diferencia anatómica de sexos		Conocimientos de órganos sexuales		Conocimiento de los métodos anticonceptivos		importancia sobre la higiene sexual		Conocimiento sobre lo correcto de estar desnudos en publico	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Si conoce	32	100%	19	59%	27	84%	30	94%	32	100%
No conoce	-	-	13	41%	5	15%	2	6%	-	-
Total	32	100%	32	100%	32	100%	32	100%	32	100%

Diferencia anatómica de los sexos

En la post prueba se pudo determinar que todos los adolescentes y adultos con discapacidad intelectual sí lograron reconocer entre varones y mujeres, porque el 100% identificaron las diferencias

Por ello, se puede indicar que el programa aplicado para la enseñanza de la sexualidad con estas personas ha logrado los primeros objetivos más importantes del trabajo. Para esto se mostró videos, láminas a los participantes de un hombre y una mujer donde se hacia la diferencia respecto a su sexualidad.

También se pinto láminas, se armó rompecabezas de figuras femeninas y masculinas y se pudo observar que realizaban la tarea de forma correcta. Se aplicó la metodología con estos materiales para que se sientan atraídos con la actividad y no se aburran.

Conocimiento de los órganos sexuales

A diferencia de la pre prueba en la que se pudo constatar que los participantes no tenían el conocimiento adecuado sobre los nombres de los órganos sexuales, ya que sólo el 59% conoce correctamente la forma de nombrar sus órganos sexuales, mientras que el 41% aún continua sin poder tener una idea clara al respecto.

Se proyectó videos educativos referidos al tema de acuerdo a su entendimiento; después de la proyección de video se dio láminas con personas que contenían dibujos de personas desnudas, donde ellos con una flecha debían indicar qué nombre correspondía a cada una de las partes del cuerpo. Se observó que lo hicieron de manera correcta en un gran porcentaje..

Por lo tanto, podemos determinar que el programa educativo sobre sexualidad sí tuvo un impacto en los participantes. Lo que se sugiere es seguir con estas actividades, otras actividades y otros similares pues ello va en beneficio de la institución y la población beneficiaria.

Conocimientos de los métodos anticonceptivos

Un 81% indicaron que si conocían la utilidad de las toallas higiénicas, el 84% la importancia del condón en las relaciones sexuales, el 47% conocían de las píldoras anticonceptivos.

A través de esta dinámica se pudo identificar la información que manejan los participantes con respecto a los métodos anticonceptivos. Se entregó a los participantes tarjetas de colores con nombres de los métodos anticonceptivos; cada uno deberá indicar lo que sabe o ha escuchado al respecto. Al finalizar, la facilitadora colocó en un plastofórmulo los nombres respetando el color, se ira leyendo las tarjetas y se las colocará donde corresponda (según el color); luego se esclarecerá y complementará la información respecto a cada uno de los métodos.

Importancia sobre higiene sexual

En la post prueba, el 94% las personas con discapacidad intelectual indicaron que es muy importante la higiene de los órganos sexuales porque permite mantener equilibrada la salud en general y conservar la correcta función de los órganos sexuales previniendo distintas enfermedades.

Por otro lado, sólo el 6% de las personas con alguna discapacidad intelectual indicaron que para ellos no es importante la higiene y salud de los órganos sexuales.

Se les enseñó lo importante que es cuidar los órganos sexuales, tal como cuidan las demás partes de su cuerpo, Se dieron charlas, se pudo observar que al principio tenían vergüenza de hablar sobre el tema, posteriormente, poco a poco se dio más participación.

Conocimiento sobre lo incorrecto de estar desnudos en público

Luego de finalizada la etapa de aplicación del programa educativo se realizó la segunda evaluación en la que se logró determinar que el 100%, de los consultados, es decir, la totalidad de las personas con las que se logro hacer este trabajo, indicaron que sabían que es incorrecto estar desnudos frente a otras personas porque es un comportamiento negativo a la luz de la buena moral y costumbres adecuadas.

Estos resultados nos indican que ellos pudieron asimilar este conocimiento ejemplificando que es muy incorrecto estar desnudos frente a otra u otras personas; se utilizó distintas preguntas y láminas donde se mostraba a personas que estaban semidesnudas en la calle, a lo que ellos debían responder si eso era correcto.

Cuadro N° 5
Conducta Sexual

Respuestas	Conocimiento sobre las relaciones sexuales		Conocimiento sobre que es la masturbación	
	F	%	F	%
Si conoce	28	87%	20	62%
No conoce	4	13%	12	38%
Total	32	100%	32	100%

Conocimientos sobre lo que son las relaciones sexuales

Posterior a la aplicación del programa educativo en sexualidad con personas con discapacidad intelectual, se aplicó la post prueba cuyos resultados revelaron que el 87% de los consultados indican que sí conocen ahora que son las relaciones sexuales, la importancia que tienen para nuestra vida, en qué situaciones se deben dar, etc.

En tanto que el restante 13% son personas que aún desconocen que son las relaciones sexuales, es decir, no logran comprender el acto sexual como tal, por lo cual es muy necesario seguir profundizando sobre la temática.

En el trabajo se concientizó que para que pueda haber una relación sexual debe haber consentimiento de ambas partes, precedido por sentimientos de afecto y amor mutuo y tiene que ser con responsabilidad.

También se habló sobre las consecuencias de una relación sexual que puede generar un embarazo o contagio de alguna enfermedad.

Conocimiento sobre que es la masturbación

Los resultados que proporcionó esta evaluación en cuanto al conocimiento de la masturbación indican que el 62% de los sujetos sí conocen lo que es la masturbación y asimilaron cuándo es adecuada y cuándo no lo es.

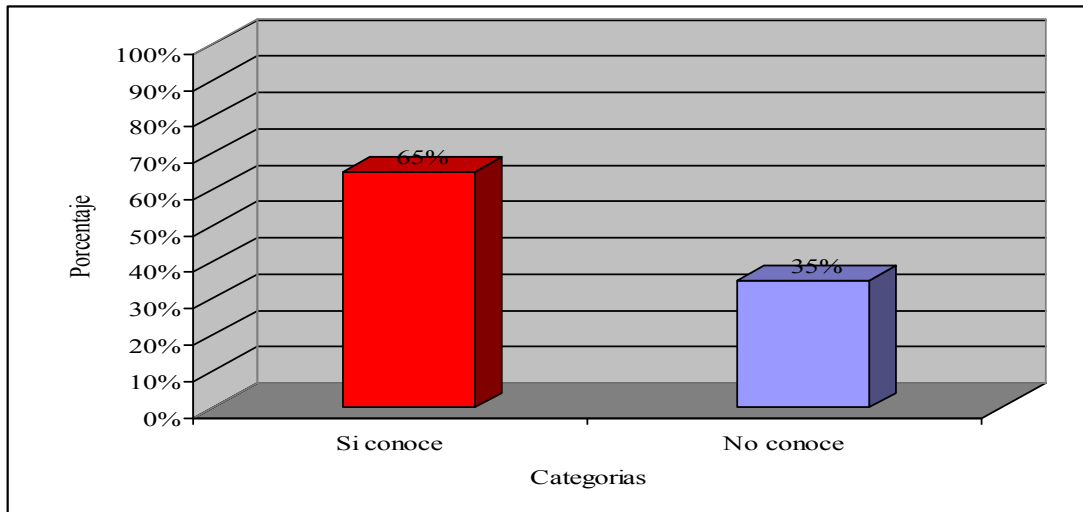
En tanto que el restante 38% indica desconocer sobre el tema; por lo tanto, es muy importante considerar seguir aplicando este trabajo a través de los maestros y la familia

Para la realización de este tema se comenzó mostrando videos didácticos que indicaban que son conductas que se deben realizar en privado y que no pueden ser manifestadas en público, lo que ayudo a concientizar a los participantes a tener cuidado.

6.3 CONOCIMIENTO SOBRE LA PROCREACION Y EMBARAZO

Gráfica N° 4

Conocimientos sobre el origen de los bebés



Las personas con discapacidad mental, en un 65%, indicaron que los bebés provienen de las madres dentro del proceso de la fecundación entendido como la concepción de

una nueva vida a través de la unión sexual de un hombre y una mujer; del mismo asimilaron muy bien lo que es el embarazo entendido como el proceso de desarrollo del feto hasta el parto.

Por otra parte, el 35% manifiestan todavía que aún no saben de dónde provienen los bebés; este porcentaje de individuos corresponde a aquellos que aún no entienden ni comprenden cómo se da el proceso de fecundación y el consiguiente nacimiento de un bebé.

Para lograr estos importantes resultados, se trabajó con láminas de dibujos de nacimientos de animales como pollitos, cabritos, perritos, hasta llegar al ejemplo de un bebé, las láminas indicaban el proceso para llegar a un embarazo y un posterior nacimiento.

Realizar todas estas actividades era muy importante en la prevención porque en distintos estudio se ha llegado a determinar que existe una tendencia del embarazo no planificado en personas con deficiencia mental, lo cual conlleva un riesgo medico para esta población.

“Se estima que aproximadamente el 70 % de las mujeres con Síndrome de Down son fértiles; los estudios sobre curvas de temperatura basal realizados por Scola sugieren que produce la ovulación cerca del 89% de las mujeres.” (Scola y Pueschel, 1992).

Tal como se ha ido mencionado en los anteriores cuadros, para que se produzca un profundo conocimiento sobre los distintos temas de sexualidad es necesario que todo el personal de la institución continúe este trabajo implementado en sus clases temas de sexualidad para que ellos logren aprender mucho más.

6.4 PREVENCIÓN DEL ABUSO SEXUAL

Cuadro N° 6

Conocimiento para la prevención del abuso sexual en personas con discapacidad mental y Síndrome de Down

Respuestas	Conoce que es la abuso sexual		Sabe que cuando alguien quiera tocarle sus órganos sexuales debe comunicar a padres y maestros	
	F	%	F	%
Si conoce	19	59%	20	62%
No conoce	13	41%	12	38%
Total	32	100%	32	100%

Abuso sexual

En la post prueba los resultados indicaron que el 59% sí conocen qué es la violencia sexual, lo cual indica que los talleres sobre el tema que se impartirá a las personas con discapacidad les sirvieron de mucho para aprender sobre esta temática tan importante de la violencia sexual.

Por otro lado, el 41% de los individuos indican que no conocen qué es la violencia sexual; esto significa que este porcentaje de personas con discapacidad mental no lograron aún comprender de manera adecuada.

Se piensa que este resultados puede deberse a lo complejo del concepto de agresión sexual; por lo tanto, es necesario mejorar las técnicas desarrolladas para que los sujetos con deficiencia mental y Síndrome de Down logren comprender mucho mejor esta temática.

Para abordar el tema del abuso sexual se realizaron socio dramas, donde los personajes eran un Agresor y una Víctima que fueron representados por algunos participantes; en dicha actividad, se pudo evidenciar que ellos identificaron la situación de riesgo, aprendieron a comunicar a su familia y educadores, cuando se presente una situación de amenaza.

Comunica a padres y maestros alguna conducta sexual sospechosa de otros hacia el/ella.

Luego de todas las actividades propuestas por el programa educativo, se aplicó la segunda prueba en la que los individuos respondieron de la siguiente manera: el 62% indicaron que cuando alguna persona quiera tocar sus órganos sexuales deben avisar a sus padres o maestros.

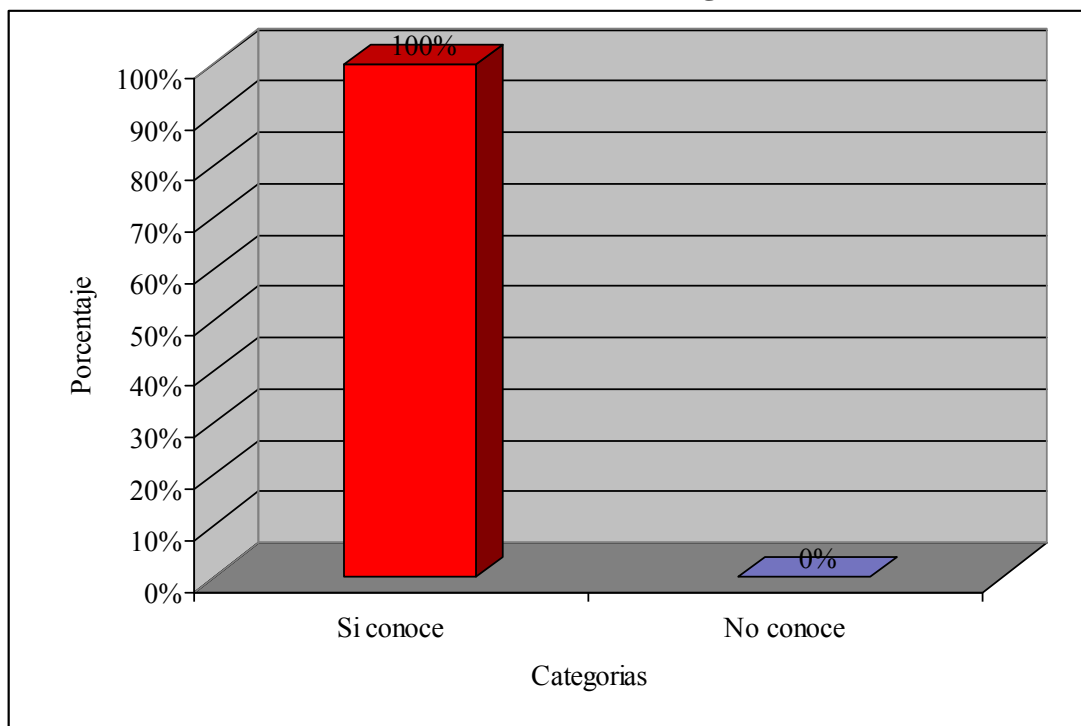
El 38% creen que no deben avisar a padres y maestros sobre las malas intenciones de alguna persona; por lo tanto, con este porcentaje de niños y adolescente se debe seguir aplicando dinámicas y actividades con el objetivo de que comprendan lo importante de cuidarse en estas situaciones.

Se realizaron distintas actividades para abordar el tema del abuso sexual ya que muchas personas con discapacidad mental son vulnerables a episodios de abusos sexuales. Son múltiples los factores que predisponen el abuso en esta población. El aislamiento social y los problemas de comunicación ponen mayor riesgo de sufrir explotación y abusos sexuales.

Todos los resultados indican que se debe trabajar muchísimo en este aspecto para que los individuos aprendan a que deben avisar siempre cuando observan que alguna persona se acerca con intenciones deshonestas.

6.5 EDUCACIÓN DE GÉNERO

Gráfica N° 5
Conocimiento sobre roles de género



En la post prueba los resultados obtenidos indican que el 100% de los asistentes a los talleres lograron aprender que los varones deben ayudar en las labores de casa y no dejar sólo a las mujeres esta responsabilidad; esto significa que la distribución de roles de género no es asimétrica; por lo tanto, varones como mujeres deben compartir distintos roles y responsabilidades dentro del hogar.

Haciendo una comparación con la pre prueba se puede observar una importante diferencia entre las respuestas brindadas por los individuos con retraso mental y síndrome de Down porque lograron aprender que los varones también tienen responsabilidades dentro de los deberes del hogar.

En base a estos resultados podemos afirmar que la totalidad de las personas con retraso mental y síndrome de Down reconocen que tanto hombres como mujeres tienen los mismos roles y responsabilidad que deben cumplir. Tomando en cuenta los

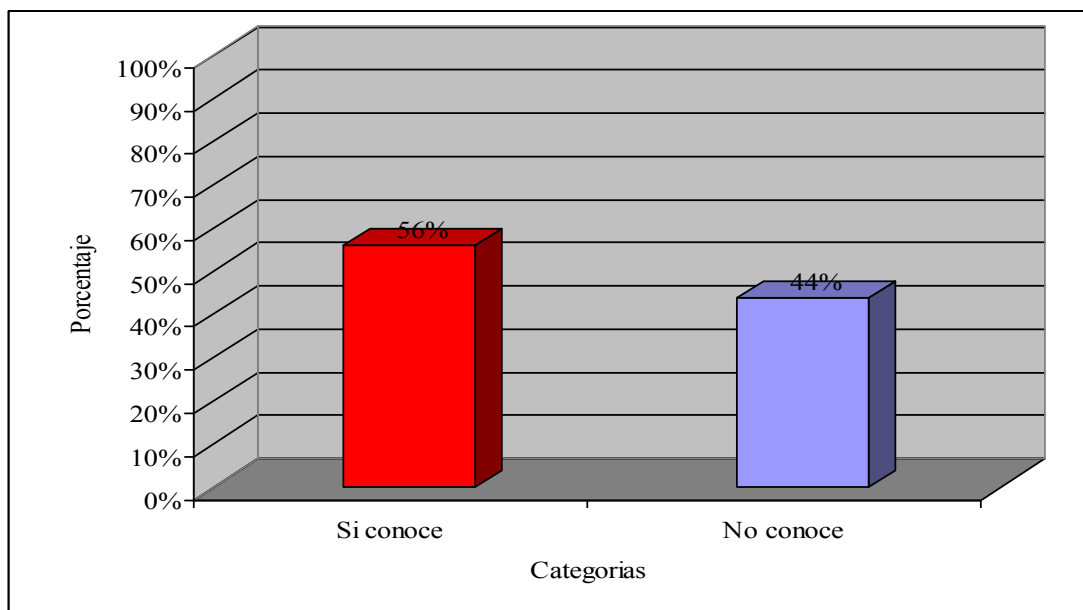
resultados de la pre-prueba en las actividades se reforzó los roles de género, de modo que las personas con discapacidad mental conocen que es necesario que hombres y mujeres distribuyan las responsabilidades por igual.

La identidad de género se refiere al conocimiento y la aceptación de uno mismo como hombre o como mujer en un espacio determinado. La identidad tiene roles naturales y aprendidos; a éstos se los llama roles de género y roles sexuales. (Groissman; 1998:264).

La temática de género debe ser un tema transversal dentro del currículo que se maneja dentro de la institución para las personas que asisten a este importante centro para que aprendan a ser más independientes y otros aspectos que les sirvan para su futuro.

6.6 EDUCACION EN AUTOESTIMA

Gráfica N° 6
Conocimiento sobre la autoestima



Tal como se mencionó dentro del marco teórico y en distintas partes de este documento, la autoestima ejerce una importante influencia dentro de la construcción psicológica de la sexualidad, en el amor hacia el propio cuerpo, el respeto por los sentimientos y la propia persona en general. El desarrollo de competencias de estos aspectos debe ser fundamental en el proceso de normalización de la personas con deficiencia mental y Síndrome de Down.

Los datos de la post prueba indican que el 56% de los niños y adolescentes con deficiencia mental conocen qué es la autoestima; por lo tanto, el trabajo es bastante beneficioso para las personas con discapacidad mental y Síndrome de Down, por lo que es necesario que se brinde continuidad a un trabajo de estas características.

Sin embargo, existe otro porcentaje del 44% que todavía no identifican qué es la autoestima, por lo que se debe centrar el trabajo de manera más profunda y utilizando otros medios para lograr el incremento del nivel de autoestima en esta importante población.

Las actividades que se realizaron para fortalecer la autoestima como por ejemplo, se proporcionaron cuatro hojas en blanco a los participantes, donde deben pegar en cada una, el recorte que ellos elijan de acuerdo a la preguntas ¿yo cómo me veo? ¿Yo cómo me quiero ver? ¿Cómo me ven los demás? ¿Cómo quiero que me vean los demás?

En esta actividad los participantes se sintieron bastante motivados porque se identificaron con distintas figuras de personas bonitas, con jugadores de futbol, sobresalientes, lo cual indica un buen grado de autoestima. Ellos pudieron asimilar los valores como: responsabilidad, respeto, amor, compromiso, solidaridad, justicia, verdad, lealtad, paz. Fue importante conocer los valores porque cuando no están bien arraigados se corre el riesgo de que otras personas influyan en las decisiones que se tomen.

VI. CONCLUSIONES

En función a todos los objetivos planteados al principio de este trabajo, se procedió a la elaboración de las siguientes conclusiones:

El tema de la sexualidad en las personas con discapacidad intelectual y Síndrome de Down es muy importante porque lamentablemente es un tópico de su educación que no se ha sido tomado en cuenta seriamente hasta el momento pese a que estas personas se desarrollan física y emocionalmente como cualquier persona teniendo la necesidad de ser querido, tener amigos y enamorarse.

Frecuentemente su condición personal los vuelve más vulnerables a la violencia sexual por lo que es fundamental brindarles todas las herramientas necesarias para no quedar al margen de una educación preventiva que les permita conocer mejor su sexualidad.

En la primera evaluación los resultados que se lograron obtener nos indican que existe falta de conocimiento e información sobre distintos aspectos del sexo y la sexualidad en las personas con Discapacidad intelectual y Síndrome de Down.

Así, por, ejemplo el 63% de las personas con discapacidad intelectual no tienen el adecuado conocimiento sobre la forma correcta de nombrar los órganos sexuales; el 63% de los sujetos consultados indican no saber que son las relaciones sexuales, el 88% no conocen qué es la masturbación, y el 63% no saben de dónde vienen los niños.

Las consecuencias de esta falta de conocimiento sobre distintos aspectos de la sexualidad pueden llevar a una inadecuada forma de vivencia y expresión de la sexualidad en las personas con Síndrome de Down, como por ejemplo, conducta

masturbatoria fuera de lugar, ser víctimas de agresiones sexuales, ideas erróneas sobre la sexualidad etc.

La fase más importante de este trabajo fue la elaboración de un programa de sexualidad dirigido a las personas con discapacidad intelectual y Síndrome de Down. Esta tarea se basó en la adaptación de distintas técnicas e instrumentos de educación sexual regular para poder ser comprendidos por personas con discapacidad mental de modo que puedan asimilar y aprender todos los contenidos.

En la aplicación de los distintos talleres y dinámicas en grupo del programa de sexualidad, la conducta y actitud de los participantes fue muy favorable para el desarrollo del trabajo porque lograron comprender las distintas consignas de trabajo, participaron activamente y siempre hacían preguntas sobre las dudas que surgían en el desarrollo de los temas de sexualidad.

Los aspectos mayormente trabajados, fueron los referidos a maduración sexual, embarazo, relaciones sexuales, autoestima, prevención de abuso sexual, valores. Se mostró un mayor interés en diversas sesiones como las referidas a las relaciones sexuales y menor interés durante la etapa de evaluación. En todas las sesiones lograron participar activamente cumpliendo las consignas.

Luego de la aplicación del programa de sexualidad cumpliéndose con todas las actividades planificadas al inicio de este trabajo, se procedió a realizar una evaluación final cuyos resultados indicaron que las personas con discapacidad intelectual y Síndrome de Down adquirieron nuevos conocimientos sobre sexualidad lo que contribuirá en su desarrollo personal.

Entre los resultados más sobresalientes, se tiene que el 100% logró establecer la diferencia entre hombre y mujer como sexos con diferencias físicas y psicológicas. Por otra parte, el 59% conoce correctamente la forma de nombrar sus órganos sexuales, el 81% indicaron que sí conocían la utilidad de las toallas higiénicas, el

94% de las personas con discapacidad intelectual indicaron que es muy importante la higiene de los órganos sexuales.

Por otro lado, el 87% de los consultados indican que sí conocen ahora qué son las relaciones sexuales; en cuanto al conocimiento de la masturbación se observa que el 62% de los participantes sí conocen ahora lo que es la masturbación, cuando es adecuada y cuándo no lo es.

Este incremento en cuanto a la información de las personas con discapacidad intelectual y Síndrome de Down, es muy importante porque los sujetos lograrán desarrollar competencias en su conducta sexual.

VII. RECOMENDACIONES

A partir de los resultados que logramos obtener, podemos indicar las siguientes recomendaciones:

- A la familia: y padres de familia; es muy importante que participen activamente en la educación sexual de sus familiares con discapacidad intelectual y Síndrome de Down para que ellos aprendan una forma sana de sexualidad que vaya en beneficio de su bienestar y salud en general.
- Del mismo modo, se recomienda a los familiares que asistan a distintos cursos de educación sexual enfocado en la discapacidad intelectual para que estén al tanto cómo afrontar distintos aspectos de su comportamiento en esta área tan sensible de su educación, que al mismo tiempo debe formar parte de las estrategias para su integración.
- A la institución: se recomienda hacer un programa de seguimiento en el tema de educación sexual con el fin de favorecer el desarrollo de una sana y normal sexualidad desde el punto de vista comportamental y la prevención de problemas de abuso sexual en esta población.
- A la universidad autónoma “Juan Misael Saracho” se recomienda continuar con la aplicación de distintas Prácticas en el centro CEEBA de nuestra ciudad, para que se desarrollen otros trabajos en la temática de sexualidad en personas con discapacidad intelectual.
- También recomienda a la universidad a realizar un programa de seguimiento sobre resultados que se obtengan en el tema de educación sexual con personas con discapacidad, brindando a los facilitadores nuevas herramientas y estrategias mediante una capacitación adecuada

BIBLIOGRAFIA

Arredondo, Ossadon; Guía básica de prevención del abuso sexual infantil.
ONG Paicabi. Valparaíso, Chile. 2002.

Bautista, Rafael, ‘NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES’, Aljibe. Granada-
España, 1993.

Brauner y Brauner: “LA EDUCACIÓN DE UN NIÑO DEFICIENTE MENTAL’.
Aguilar, Madrid- España, 1977.

Bolaños Maria del Carmen; “PROGRAMA EDUCACION AFECTIVO SEXUAL
HARIMAGUADA” Gobierno de Canarias, España. 1994.

Casado. Demetrio: DISCAPACIDAD E INIORMACIÓN”. Madrid-España.
Ministerio de Asuntos Sociales, 1990.

Componente Educativo, UNFPA/VEA. CUADERNO DE CAPACITACIÓN EN
EDUCACIÓN PARA LA SEXUALIDAD”, La Paz-Bolivia, 2001

Flores, J; LA NEUROBIOLOGIA EN EL SINDROME DE DOWN. En
http://www.down21.org/act_social/main/frame.htm

Howard, William L., “NIÑOS EXCEPCIONALES”, Edición Prentice Hall. Madrid-
España, 1998.

Jonson. Margaret Anne; “LA EDUCACIÓN DEL NIÑO DEFICIENTE MENTAL”,
CINCEL SA. Madrid-España, 1979.

Mayor, Juan; “MANUAL DE EDUCACIÓN ESPECIAL”, Grupo Anaya S.A., Madrid-España. 1989.

Martinez Verdier Virginia; “LA EDUCACION SEXUAL COMO ALTERNATIVA PSICOTERAPEUTICA”
Ed. Gobierno de Buenos Aires, Argentina. 1993.

Sinason, Valerie de la clínica Tavistock; “COMPRIENDIENDO A TU HIJO DISCAPACITADO”. Paidos, Buenos Aires-Argentina, 1998.

Segú, H; “EDUCACION SEXUAL”
Editorial Planeta. Argentina. 1992.

Sánchez Escobedo. Pedro, “COMPENDIO DE EDUCACION ESPECIAL”, El Manual Moderno S.A. México D.F.1997.

Tilley, Pauline: “EL ARTE DE LA EDUCACION ESPECIAL”, CEAC, Barcelona España. 4 Edición 1991.

Zimmerman. Max; “SEXUALIDAD, PROGRAMA EDUCATIVO”, Ediciones cultural, 1994.

Zarate Ríos, Virginia; “GUIA PARA EL MANEJO DE GRUPOS EN TALLERES DE EDUCACIÓN PARA LA SEXUALIDAD”, La Paz-Bolivia, 2001.