



Universidad de Valladolid

Facultad de Educación y Trabajo Social

TRABAJO DE FIN DE MÁSTER:
**APROXIMACIÓN EN MANEJO AFECTIVO-SEXUAL EN
ADOLESCENTES CON SÍNDROME DE DOWN:
PROPUESTA DE INTERVENCIÓN PSICOPEDAGÓGICA**

Curso académico 2023/2024

Presentado por Elena Merino Santos
para optar al Máster de Psicopedagogía
por la Universidad de Valladolid

Tutelado por Brizeida Raquel Hernández Sánchez

RESUMEN

El Síndrome de Down se considera una condición genética que ocurre cuando una persona posee un cromosoma extra en el cromosoma 21, esto la hace poseer unas características concretas. Del mismo modo, la educación afectivo sexual conforma una parte fundamental del desarrollo integral de todo ser humano.

El presente trabajo se divide en dos partes, en la primera se tratará de contextualizar el Síndrome de Down, la forma en la que viven su sexualidad las personas que presentan esta condición y el papel de las familias en su educación afectivo sexual a través de un marco teórico, esto servirá de base para fundamentar la segunda parte del documento; una propuesta de intervención psicopedagógica en manejo afectivo- sexual en adolescentes con Síndrome de Down.

Palabras clave: adolescentes, educación afectivo-sexual, familias, intervención psicopedagógica, Síndrome de Down.

ABSTRACT

Down's Syndrome is considered a genetic condition that occurs when a person has an extra chromosome in chromosome 21, which makes them possess specific characteristics. In the same way, affective-sexual education is a fundamental part of the integral development of every human being.

This document is divided into two parts. The first part will attempt to contextualize Down's Syndrome, the way in which people with this condition experience their sexuality and the role of families in their affective-sexual education through a theoretical framework, which will serve as the basis for the second part of the document; a proposal for psycho-pedagogical intervention in the affective-sexual management of adolescents with Down's Syndrome.

Keywords: adolescents, affective-sexual education, Down Syndrome, families, psycho-pedagogical intervention.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	1
2. RELACIÓN DE LAS COMPETENCIAS	3
3. OBJETIVOS	5
4. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA	6
5. MARCO TEÓRICO	8
5.1 Aproximación conceptual del Síndrome de Down	8
5.2 Características de las personas con Síndrome de Down	15
5.3 Educación sexual y discapacidad intelectual	19
5.4 Estudios sobre programas o manejo de sexualidad en personas con Síndrome de Down	24
5.5 Manejo afectivo de la sexualidad de las personas con Síndrome de Down ...	26
5.6 Mujeres jóvenes con discapacidad intelectual: sexualidad y afectividad en personas con Síndrome de Down.....	32
5.7 Familias formadas en la educación sexual de sus hijos con Síndrome de Down.....	35
6. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN	40
6.1 Marco jurídico y normativo	40
6.2 Contextualización	42
6.3 Destinatarios	44
6.4 Objetivos.....	46
6.5 Contenidos	48
6.6 Metodología.....	49
6.7 Temporalización	51
6.8 Actividades	52
6.9 Recursos	79
6.10 Evaluación	80
7. CONCLUSIONES	82
8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	87
9. ANEXOS	95

1. INTRODUCCIÓN

El tema que conformará la estructura del presente Trabajo de Fin de Máster es “El manejo afectivo sexual en adolescentes con Síndrome de Down”. El Síndrome de Down es una condición genética que causa en la persona que lo posee unas características físicas, cognitivas y conductuales comunes, no obstante, cada individuo es único y posee su propia personalidad, así como habilidades, intereses y necesidades.

Del mismo modo, los aspectos afectivo sexuales constituyen una parte fundamental en el día a día de todo ser humano, este engloba todos los elementos relacionados con la interrelación emocional y sexual de las personas. Asimismo, en la actualidad los derechos sexuales y reproductivos han ido ganando relevancia y reconocimiento como parte integral de los derechos humanos.

Históricamente, la sexualidad de las personas con discapacidad ha sido un tema rodeado de tabúes y estigmas, lo que ha impedido en la gran mayoría de ocasiones que dichas personas desarrollaran de forma integral aspectos afectivo sexuales, lo que ha limitado su desarrollo personal y social, además de aumentar su vulnerabilidad.

En este contexto, y aun con mucho camino por recorrer, diseñar e implementar programas que atiendan las necesidades educativas afectivo sexuales de las personas con Síndrome de Down, así como la orientación de sus familias en el ámbito de la educación afectivo sexual de sus hijos, resulta un avance muy relevante. Estos programas no solo contribuyen a su empoderamiento y autonomía, sino también promueven su integración social y su propio bienestar.

A través de una revisión exhaustiva de literatura actualizada donde se hayan las características de las personas con Síndrome de Down y el análisis de estrategias efectivas para el manejo afectivo sexual, se pretende diseñar una propuesta de intervención que sepa dar respuesta a sus necesidades y promueva el desarrollo afectivo sexual de los participantes. Para ello, se comenzará elaborando un marco teórico donde se analizarán diversos conceptos del Síndrome de Down y sus características, la educación sexual de las personas con discapacidad intelectual y el manejo afectivo sexual de las personas con Síndrome de Down, diversos estudios sobre programas afectivo sexuales que se han implementado con personas con Síndrome de Down, la

sexualidad y afectividad de mujeres con discapacidad intelectual y la formación de las familias en la educación afectivo sexual de sus hijo con Síndrome de Down. Por último, se presentará una propuesta de intervención psicopedagógica dirigida a adolescentes con Síndrome de Down donde se pretende dar respuesta a las necesidades afectivo sexuales de los participantes.

2. RELACIÓN DE LAS COMPETENCIAS

La Universidad de Valladolid expone una serie de competencias que se plantean con el objetivo de que sean adquiridas durante el Máster de Psicopedagogía. Algunas de las competencias generales que se relacionan con el presente Trabajo de Fin de Máster son las siguientes:

- a. Resolver problemas en entornos nuevos o poco conocidos –de forma autónoma y creativa- y en contextos más amplios o multidisciplinares.
- b. Tomar decisiones a partir del análisis reflexivo de los problemas, aplicando los conocimientos y avances de la psicopedagogía con actitud crítica y hacer frente a la complejidad a partir de una información incompleta.
- c. Tomar conciencia de las creencias y estereotipos sobre la propia cultura y las otras culturas o grupos y de las implicaciones sobre su actuación profesional y potenciar el respeto de las diferencias individuales y sociales.
- d. Responder y actuar de manera adecuada y profesional, teniendo en cuenta el código ético y deontológico de la profesión, en todos y cada uno de los procesos de intervención.

La búsqueda sistemática de información actualizada sobre el Síndrome de Down en materia de sexualidad y su posterior reflexión e interpretación, son unos de los recursos que permitirán identificar dificultades de forma autónoma y tomar decisiones adecuadas, de forma que el propósito de diseñar un plan de intervención sea capaz de cubrir y dar respuesta de forma ética y multidisciplinar aquellas necesidades afectivo-sexuales localizadas a partir de una información. Asimismo, teniendo en cuenta en todo momento los estereotipos que la sociedad impone a las personas con Síndrome de Down, se pretende ofrecer un plan a las familias para que desarrollen diferentes formas de apreciar la sexualidad en sus hijos.

Del mismo modo, como competencias específicas que se desarrollan en este Trabajo de Fin de Máster se citan las siguientes:

- a. Aplicar los principios y fundamentos de la orientación al diseño de actuaciones favorecedoras del desarrollo personal y/o profesional de las personas.
- b. Aplicar los fundamentos y principios básicos de la gestión a la planificación de acciones de coordinación y liderazgo de equipos psicopedagógicos favoreciendo el trabajo en red entre los diferentes agentes e instituciones socioeducativas.
- c. Analizar, interpretar y proponer actuaciones, teniendo en cuenta las políticas educativas derivadas de un contexto social dinámico y en continua evolución.
- d. Formular nuevas propuestas de mejora de la intervención psicopedagógica, fundamentadas en los resultados de la investigación psicopedagógica.

Cabe destacar que, las bases que fundamentan el presente documento se enfocan en la aplicación de principios que faciliten la planificación de una serie de actuaciones y propuestas recogidas en un plan de intervención que sea capaz de favorecer el desarrollo personal de adolescentes con Síndrome de Down. Respaldo, en todo momento, por fundamentos teóricos que tienen en cuenta la dinamicidad del contexto social previamente analizados e interpretados para asegurar la efectividad del programa.

3. OBJETIVOS

Los objetivos que plantea el presente Trabajo de Fin de Máster se hayan relacionados con los objetivos del Máster de Psicopedagogía que se enfocan en habilitar profesionales competentes para intervenir en la orientación tanto educativa como profesional, en la atención a la diversidad y la planificación, asesoramiento y evaluación psicopedagógica, así como en la utilización de instrumentos que faciliten la gestión de los servicios psicopedagógicos.

Objetivo general: Ofrecer recursos tanto a las familias como a las personas con Síndrome de Down a través de una propuesta de intervención para facilitar los aspectos afectivo-sexuales de la vida de las personas con Síndrome de Down.

- 1) Analizar la aproximación afectivo-sexual en los adolescentes con Síndrome de Down desde un punto de vista de la literatura para el diseño de una intervención personalizada en base a sus características y necesidades.
- 2) Diseñar un plan de intervención psicopedagógico dirigido a adolescentes con Síndrome de Down sobre el manejo afectivo-sexual que tenga como finalidad aprender a conocerse a uno mismo y vivir su propia sexualidad de forma saludable.
- 3) Seleccionar actividades dirigidas a las familias y a adolescentes con Síndrome de Down que permitan asesorar y orientar a ambas partes en materia de sexualidad.

Los objetivos planteados se irán desarrollando a lo largo del presente Trabajo de Fin de Máster. A través de una primera parte de análisis teórico sobre el concepto de Síndrome de Down y sexualidad y con un posterior desarrollo y planteamiento de una intervención diseñada con la intención de cubrir las necesidades educativas relacionadas con lo afectivo-sexual de jóvenes con Síndrome de Down.

4. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA

La sexualidad resulta un aspecto fundamental del ser humano que se mantiene presente en todas y cada una de sus etapas, por esta razón, recibir una adecuada educación afectivo-sexual resulta fundamental para todo ser humano. Según la Organización Mundial de la Salud (2023), la educación sexual integral ofrece información precisa y apropiada en función de su edad sobre la sexualidad y sobre salud sexual y reproductiva, la cual resulta fundamental para su salud y supervivencia, además a través de la educación sexual se pretende ayudar a proteger su salud, a desarrollar relaciones sociales y sexuales respetuosas, a tomar decisiones responsables y ayudar a prepararse ante los cambios físicos y emocionales que se producen durante el crecimiento. No obstante, en muchas ocasiones, la sociedad establece una tela cargada de mitos, estereotipos y creencias que impiden que las personas que presentan algún tipo de discapacidad tengan acceso a este tipo de información y puedan disfrutar libremente de su sexualidad.

A través de una revisión acerca de los conocimientos afectivo-sexuales que poseen las personas con Síndrome de Down mediante diferentes investigaciones que aparece a continuación, se llega a la conclusión de que los conocimientos en dichos temas resultan escasos, en muchas ocasiones se relacionan con las diferencias de género, conceptos básicos sobre el cuerpo humano, cambios asociados a la pubertad, entre otros, eludiendo otros temas relevantes. Además, se observa que las personas con Síndrome de Down presentan desafíos únicos en su desarrollo afectivo y sexual, lo que se puede ver acrecentado por la falta de recursos y programas que sepan dar respuesta a estas necesidades.

En base a estas afirmaciones, crear una propuesta de intervención psicopedagógica basada en el manejo afectivo-sexual y dirigida a personas con Síndrome de Down, resulta de vital importancia, puesto que se ha observado la necesidad de brindar un apoyo especializado. Dicha propuesta de intervención psicopedagógica deberá considerar el papel fundamental que presentan las familias en la educación de sus hijos con Síndrome de Down, puesto que son consideradas como su entorno más influyente y, del mismo modo, estas deben poseer información adecuada sobre cómo tratar el tema de la sexualidad con ellos.

A modo resumen, crear una propuesta de intervención psicopedagógica responde a la urgente necesidad de proporcionar un acompañamiento especializado en materia afectivo-sexual a las personas con Síndrome de Down en determinadas etapas de su vida, que sea capaz de contribuir a su bienestar, a su autonomía y su calidad de vida.

5. MARCO TEÓRICO

5.1 Aproximación conceptual del Síndrome de Down

El término Síndrome de Down puede ser abordado a través de diferentes perspectivas; genética, social, clínica, emocional... Gracias a las interpretaciones y aportaciones de diferentes de diversos autores y manuales de diagnóstico, obtendremos los aspectos principales que fundamentan el concepto de Síndrome de Down. A continuación, se exponen diferentes definiciones que se complementan entre sí con el objetivo de establecer una aproximación conceptual del término “Síndrome de Down”.

Down España (2018), explica cómo el nombre de Síndrome de Down proviene del apellido Langdon Haydon Down quien, en 1866, describe por primera vez las características clínicas que comparten un grupo específico de personas sin poder determinar su origen. Más adelante, en 1959, Lejeune y Jacobs identifican que este síndrome se debe a una alteración en el par 21 de cromosomas. Finalmente, en 1961, un conjunto de 16 expertos en genética propone acordar el término de Síndrome de Down o trisomía 21 para nombrar este síndrome, siendo la primera anomalía cromosómica identificada en seres humanos.

Asimismo, Down España (2018) determina que el Síndrome de Down es la causa principal de discapacidad intelectual y la alteración genética humana más frecuente. Esta condición genética influye en el desarrollo del cerebro y del organismo conjuntamente produciendo una alteración en la persona muy variable en función de su apariencia, personalidad y habilidad, aunque llegan a poseer unas características comunes, de igual forma lo sostienen autores como (Strippoli et, al; 2019)

Conforme a las interpretaciones de Perera y Rondal (2016) sobre el concepto de Síndrome de Down, se concreta que este es uno de los principales síndromes relacionados con la discapacidad intelectual, como bien se ha explicado anteriormente. En el plano etiológico, manifiestan que estas personas presentan tres cromosomas de tipo 21, en vez de dos, producido por una anomalía genética que determina una serie de efectos físicos, psicológicos y neurocomportamentales definidos que varían el nivel de gravedad dependiendo del individuo (Adams el, at;2020).

Del mismo modo, Fernández (2016) manifiesta que el Síndrome de Down resulta de una alteración de los cromosomas de la persona, la cual produce en estas una serie de características morfológicas y de conducta concretas que serán explicadas más adelante. Además, menciona la existencia de tres clases de Síndrome de Down, cada tipo va a dar lugar a unas determinadas características diferenciales e intelectuales. Se distinguen los siguientes:

1. Trisomía 21. Todas las células tienen 47 cromosomas, con uno de más en el grupo extra.
2. Trisomía 21, mosaicismo normal. Hay una proporción variable de células trisómicas, mientras que las restantes no sufren alteraciones.
3. Translocación. El cromosoma 21 aparece fundido con otro cromosoma, frecuentemente se asocia al tipo de Síndrome de Down hereditario.

Tras estas definiciones que diferentes autores nos proporcionan, se puede concluir que el concepto de Síndrome de Down se relaciona con una condición de afección genética que entra dentro del marco de la discapacidad intelectual, provocado por presentar en el cromosoma de tipo 21 tres, en vez de dos, lo que determina una serie de características físicas (Antonarakis et, al; 2020; Diamandopolos, 2018; MacLennan, 2020), psicológicas (Alzyoud, 2023; Odinakova, 2024) y conductuales determinadas (Dieleman et, al; 2018). Por lo que seguidamente procederemos a definir el término de discapacidad intelectual por el cual se relaciona este síndrome.

Con toda esta información procedente de diferentes fuentes especializadas, estos autores concluyen que el Síndrome de Down es uno de los síndromes que tiene como característica más recurrente la discapacidad intelectual. Y, en este sentido, la guía de consulta de los criterios de diagnóstico DSM-V (2014), concreta que la discapacidad intelectual o el trastorno del desarrollo intelectual entra dentro de la clasificación de trastornos del desarrollo neurológico, esto se analiza como un trastorno que comienza durante el periodo de desarrollo y que engloba tanto limitaciones del funcionamiento intelectual, como limitaciones del comportamiento adaptativo en diferentes dominios; sociales, conceptuales y prácticos. Por otra parte, especifica tres criterios que determinan la discapacidad intelectual:

- Limitaciones en funciones intelectuales (razonamiento, resolución de problemas, pensamiento abstracto, planificación...)
- Limitaciones en el comportamiento adaptativo (comunicación, participación social, autonomía...)
- Comienzo de las limitaciones intelectuales y adaptativas durante el periodo de desarrollo.

Además, Schalock et, al; (2021), especifican que la discapacidad intelectual se caracteriza por limitaciones significativas tanto en el funcionamiento intelectual, término que abarca más allá de todo lo relacionado con la inteligencia o las habilidades intelectuales, como en el comportamiento adaptativo que se expresa en habilidades conceptuales, sociales y prácticas. Del mismo modo, destacan que la discapacidad intelectual se origina durante el periodo de desarrollo, es decir, antes de que el individuo cumpla los 22 años de edad.

En esta línea, además, Ke y Liu (2017) definen la discapacidad intelectual como la adquisición lenta e incompleta de habilidades cognitivas durante el desarrollo, esto implica dificultades de comprensión, de aprendizaje y de poder recordar cosas nuevas, caracterizados por un retraso en el desarrollo del funcionamiento intelectual y dificultades en el funcionamiento social adaptativo. Igualmente, se pueden identificar una serie de factores causales asociados a la discapacidad intelectual, estos pueden ser divididos en genéticos, orgánicos y socioculturales (Patel, 2020).

Considerando la definición de discapacidad intelectual, la DSM-V (2014) especifica varios niveles de esta; leve, moderado, grave y profundo, donde podemos observar diferentes características en relación al funcionamiento adaptativo de la persona (Tabla 1).

Tabla 1*Escala de gravedad de la discapacidad intelectual*

ESCALA DE GRAVEDAD	DOMINIO CONCEPTUAL	DOMINIO SOCIAL	DOMINIO PRÁCTICO
LEVE	<p>En niños de edad escolar y adultos existen dificultades en habilidades académicas como la escritura, la lectura, la aritmética, el tiempo o el dinero.</p> <p>En adultos se detecta una alteración del pensamiento abstracto, de la función ejecutiva y de la memoria a corto plazo.</p> <p>Existe un enfoque algo concreto de los problemas y las soluciones.</p>	<p>El individuo es inmaduro en lo relacionado a las relaciones sociales en comparación con los individuos de edad de desarrollo similar, en concreto en la comunicación, la conversación y el lenguaje.</p> <p>Pueden existir dificultades de regulación de emociones y comportamientos.</p> <p>El juicio social es inmaduro para su edad y corre el riesgo de ser manipulado por los demás.</p>	<p>En el área de cuidado personal el individuo puede funcionar forma apropiada a su edad.</p> <p>Necesitan cierta ayuda en tareas complejas de la vida cotidiana.</p> <p>Las habilidades recreativas son parecidas a sus iguales, pero con ayuda respecto al juicio relacionado con el bienestar y la organización del ocio.</p> <p>Generalmente requieren ayuda para tomar decisiones sobre el cuidado de su salud, sobre temas legales, para aprender una ocupación que requiera una habilidad y para criar una familia.</p>
MODERADO	<p>En comparación con sus iguales, las habilidades conceptuales de los individuos están notablemente retrasadas.</p> <p>En los preescolares, el lenguaje y las habilidades preacadémicas se desarrollan paulatinamente. En niños de edad escolar, la lectura, la escritura, las matemáticas, la comprensión, el tiempo y</p>	<p>El comportamiento social y comunicativo es notablemente diferente en comparación con sus iguales. El lenguaje hablado es mucho menos complejo y su capacidad de relación está vinculada a la familia y los amigos, puede tener amistades satisfactorias y, en ocasiones, relaciones sentimentales a lo largo de su vida.</p>	<p>Puede responsabilizarse de sus necesidades personales, de las funciones excretoras y de la higiene aun que necesita un periodo largo de aprendizaje.</p> <p>Puede participar en todas las tareas domésticas de la vida adulta, aunque con tiempo de aprendizaje y ayuda continua.</p> <p>Puede asumir encargos independientes en trabajos que requieran habilidades</p>

<p>GRAVE</p>	<p>el dinero, tiene un progreso lento y reducido. En adultos, las aptitudes académicas se desarrollan en un nivel elemental y requieren ayuda en tareas académicas, en el trabajo y en la vida personal. Por lo general, el individuo posee poca comprensión del lenguaje escrito o de conceptos que implican números, cantidades, tiempo y dinero. Los cuidadores deben ofrecer un grado notable de ayuda en materia de resolución de problemas en la vida.</p>	<p>Pueden no interpretar las señales sociales con precisión, el juicio social y la capacidad de tomar decisiones son limitados. Los cuidadores han de ayudar al individuo en las decisiones de la vida. La gramática y el vocabulario del lenguaje hablado se haya bastante limitado, este puede consistir en palabras o frases sueltas y es utilizado para la comunicación social, más que para la explicación. El habla y la comunicación se centran en el aquí y el ahora. Comprenden el habla sencilla y la comunicación gestual.</p>	<p>conceptuales y de comunicación limitadas, pero con ayuda. Necesitan, por lo general, ayuda adicional y oportunidades de aprendizaje durante un periodo largo de tiempo. Necesita ayuda para todas las actividades de la vida cotidiana. No puede tomar decisiones responsables sobre el bienestar propio o el de otras personas. La participación del adulto en tareas domésticas, de ocio y de trabajo requiere apoyo constante. La adquisición de habilidades implica aprendizaje a largo plazo y ayuda constante. En una minoría se detectan comportamientos inadaptados, incluyendo autolesiones.</p>
<p>PROFUNDO</p>	<p>Las habilidades conceptuales, generalmente, se relacionan más con el mundo físico que con los procesos simbólicos. Puede utilizar objetos específicos para el cuidado de sí mismo, el trabajo y el ocio. Se pueden haber adquirido algunas habilidades visoespaciales, sin</p>	<p>Posee una comprensión muy limitada en la comunicación simbólica, en el habla y en la gestualidad, aunque puede comprender algunas instrucciones o gestos sencillos. Expresa su propio deseo y sus emociones mediante la comunicación no verbal y no simbólica. Inicia y responde a las</p>	<p>Depende de otros para el cuidado físico diario, la salud y la seguridad, aunque puede participar en algunas actividades de estas. Los que no poseen alteraciones físicas, pueden ayudar en algunas de las tareas cotidianas. La existencia de alteraciones física y sensoriales resulta un</p>

	<p>embargo, existen interacciones sociales impedimento para la alteraciones motoras y mediante señales gestuales participación en sensitivas que pueden y emocionales. actividades domésticas, impedir el uso funcional de Las alteraciones recreativas y vocacionales. objetos. sensoriales y físicas En una minoría se detectan pueden impedir muchas comportamientos actividades sociales. inadaptados.</p>
--	--

Nota. Extraído del manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5.

No obstante, Flórez y Amor (2018), apunta que la definición de discapacidad intelectual debe hacer referencia a un estado de funcionamiento y no a una condición interna, lo que conceptualiza la discapacidad desde un enfoque ecológico y multidimensional en el que se incluye una nueva dimensión: la interacción entre el individuo y la sociedad en la que se mueve.

Teniendo en cuenta esta nueva dimensión (la interacción entre la persona y la sociedad), Cuesta et, al; (2019) plantean la discapacidad dejando atrás los planteamientos individuales o médicos, concretando así que este concepto es una situación que deriva de la interacción de personas con deficiencias previsiblemente permanentes y cualquier tipo de barreras que hacen que su participación en la sociedad se vea limitada y, por tanto, no estén en igualdad de condiciones con el resto de la sociedad.

En pocas palabras, se puede concluir este apartado destacando los puntos clave del concepto Síndrome de Down, este se produce por la presencia de tres copias en el cromosoma 21 en lugar de dos, como es habitualmente, a consecuencia de una anomalía genética, esto puede presentarse en tres formas: trisomía 21 completa, trisomía 21 en mosaico o translocación. La literatura científica revisada contempla que el Síndrome de Down se considera el trastorno genético más común que causa la discapacidad intelectual, definida como un trastorno del desarrollo neurológico que se caracteriza por limitaciones tanto en el funcionamiento intelectual como en el funcionamiento adaptativo, y afecta al desarrollo del cerebro y el cuerpo dando a lugar una serie de características físicas, psicológicas y comportamentales concretas y que varían en gravedad entre individuos. Por último, cabe destacar que la DSM-5 clasifica la

discapacidad intelectual en cuatro niveles dependiendo de la gravedad y teniendo en cuenta el grado de deterioro en los ámbitos conceptual, social y práctico, sin embargo, autores actuales proponen un cambio de paradigma situando el foco del problema en la sociedad y no en la persona.

5.2 Características de las personas con Síndrome de Down

Como bien se ha explicado en el apartado anterior, las personas con Síndrome de Down presentan una serie de características físicas, psicológicas y conductuales determinadas, teniendo en cuenta la variabilidad entre personas. A continuación, diferentes autores presentan una serie de características derivadas de esta condición genética.

Perera y Rondal (2016) establecen una serie de características comunes a las personas que poseen Síndrome de Down, no obstante, apuntan que las características que se presentan a continuación se consideran de naturaleza probabilística, esto quiere decir que no todas pueden estar presentes, ni en el mismo grado, ni siquiera simultáneamente.

En cuanto a las características físicas y psicológicas, se destacan las siguientes:

- El perímetro craneal suele ser inferior al que comúnmente poseen las personas.
- Los ojos suelen ser sutilmente rasgados y recubiertos por una capa de piel fina en el ángulo interno.
- La boca suele ser de reducido tamaño y la lengua puede tener un volumen mayor a lo común.
- Frecuentemente poseen anomalías en el desarrollo y la estructura bucodental, a menudo la aparición de los dientes de leche y los definitivos se retrasa.
- A menudo poseen hipotonía muscular, es decir la elasticidad del músculo es mayor y por consiguiente su consistencia es menor.
- El cuello, especialmente del sexo masculino, tiene una longitud menor.
- Las manos suelen ser pequeñas y presentar en la palma un pliegue en lugar de los dos habituales.
- La altura suele ser inferior a la media de la población y sus extremidades suelen tener una longitud reducida respecto al tronco.
- Entre el 2 y el 3 % de los bebés, nacen sin que el sistema digestivo se haya desarrollado al completo, lo que produce diferentes anomalías, así como trastornos digestivos.
- Presentan alto grado de hiperlaxitud articular.

- Con frecuencia, presentan una elevada cardiopatía congénita.
- A menudo, la apnea del sueño suele estar presente en adolescentes y adultos, con síntomas como ronquidos, parada respiratoria y sueño fragmentado. Mientras que por el día se presentan la falta de atención, la hiperactividad y la somnolencia.
- Este perfil suele presentar un riesgo mayor de leucemia aguda y un riesgo menor de tumores pertinaces.
- Habitualmente están presentes las deficiencias inmunitarias y endocrinológicas.
- La patología celiaca es más frecuente que en el resto de la población.
- La pubertad se retrasa en ambos sexos.

Por otro lado, Díaz et, al; (2016) especifican que las personas con Síndrome de Down adquieren los hitos del desarrollo en el área motora y en el lenguaje de forma tardía, además de que su coeficiente intelectual promedio es de 35 a 70 puntos, muy por debajo de la media del resto de personas que no poseen discapacidad intelectual.

En la misma línea, Spellun et, al; (2022) señalan que las personas con Síndrome de Down poseen un desarrollo del lenguaje especialmente afectado, es decir, su lenguaje expresivo se ve mucho más atrasado en comparación con su lenguaje receptivo. Dichos autores, a través de un estudio con el objetivo de analizar el perfil de lenguaje expresivo de personas con Síndrome de Down de entre 4 y 22 años demuestra que dichos participantes mostraban un retraso en el lenguaje expresivo, siendo las tasas de “se comunica espontáneamente” las más altas. No obstante, los resultados muestran que las personas con Síndrome de Down pueden tardar más en desarrollar el lenguaje expresivo, aunque, si bien es cierto, no se revela la competencia completa en el lenguaje expresivo entre los participantes de mayor edad en el presente estudio.

Por otra parte, Estebasen et, al; (2024), manifiestan que las personas con Síndrome de Down, con frecuencia presentan dificultades en las áreas del funcionamiento ejecutivo, estas son las responsables de gestionar, coordinar, ordenar, montar, organizar y llevar a cabo múltiples tareas, además incluyen habilidades relacionadas con resistir impulsos, cambiar entre tareas, regular emociones, manipular mentalmente información y planificar y organizar materiales. Estas habilidades

(funcionamiento ejecutivo), juegan un papel clave en los resultados adaptativos, académicos, conductuales y lingüísticos de los niños con Síndrome de Down.

En las mismas líneas Macías et, al; (2021) explica que los niños con Síndrome de Down poseen un lenguaje comprensivo superior al expresivo y que, en muchas ocasiones, se apoyan con gestos corporales y onomatopeyas para aludir lo que desean comunicar. Del mismo modo, Madrigal (2016) describe que a los niños con Síndrome de Down “les resulta más difícil dar respuestas verbales que motoras” (p.10), puesto que presentan dificultades relacionadas con la fluidez verbal como:

- Reproducir toda o parte de una palabra mientras piensa lo que sigue en la frase.
- Pausas largas en una frase hasta relacionar la palabra que sigue, lo que dificulta la comprensión del receptor.
- Acentuar palabras cuando no se requiere.
- Dificultad para comprender lo que el emisor transmite.
- Problemas para articular las palabras.

Asimismo, Quintanal et, al; (2018) establecen que, a diferencia de otros síndromes, el Síndrome de Down posee unas características propias que se pueden apreciar a simple vista, lo que facilita su detección en el momento del nacimiento, estas características las podemos agrupar siguiendo la siguiente clasificación.

a. Características físicas externas:

Malformaciones cardíacas congénitas, rasgos faciales particulares, hipotonía muscular y problemas inmunológicos. Las personas con este síndrome suelen tener piel áspera, baja estatura, cabeza y cuello características, así como otras características como lengua grande, ojos almendrados y manos con surco palmar único. Además, pueden experimentar condiciones médicas como cataratas congénitas, apnea del sueño, problemas dentales y dislocación de cadera.

b. Aspectos psicológicos

- El umbral de dolor es más elevado, lo que significa que el dolor que percibirían el resto de las personas en determinadas circunstancias, las personas con Síndrome de Down no lo percibirían o, al menos, en menor medida.

- Mantener la atención en una tarea resulta dificultoso para ellos, además suelen distraerse con más facilidad.
- Poseen una memoria operativa pequeña, su capacidad de mantener ideas es limitada y su memoria declarativa a largo plazo se encuentra por debajo de la media.
- Su capacidad para codificar la información es baja debido a su grado de discapacidad intelectual.

c. Aspecto emocionales y sociales

- Poseen una capacidad emocional muy grande, suelen ser responsables, puntuales, colaboradores, sociales, constantes y, en los casos en los que su nivel intelectual es mayor, pueden llegar a sufrir una crisis en su adolescencia por la falta de aceptación.
- Presentan un retraso significativo en el lenguaje, dadas las características de su aparato fonador, lo que produce dificultades a la hora de pronunciar y articular determinados fonemas.

Sintetizando todo lo anterior, el Síndrome de Down es una condición genética que causa en las personas que lo poseen unas características concretas, físicamente presentan unas características específicas reconocibles a simple vista, especialmente en el rostro como la nariz ancha o los ojos con pliegue del epicanto, además de anomalías físicas como la hipotonía muscular o las malformaciones cardíacas. Del mismo modo, se puede destacar en los aspectos psicológicos el elevado umbral de dolor y las dificultades de atención y memoria, mientras que en los aspectos emocionales y sociales podemos señalar su alta capacidad emocional, su responsabilidad, así como sus desafíos en la comunicación y en el lenguaje.

5.3 Educación sexual y discapacidad intelectual

La Organización Mundial de la Salud (2011) entiende el concepto de sexualidad como un elemento fundamental en el ser humano que se haya a lo largo de su vida y se relaciona con la experiencia de emociones, sensaciones, sentimientos, afectos y deseos y, abarca a su vez, del sexo, las identidades, los roles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual.

La Asociación Mundial para la Salud Sexual (2014) reconoce que los derechos sexuales son fundamentales para lograr el bienestar y la realización personal, por tanto, declara que los derechos sexuales se fundamentan en los derechos humanos universales y que, la igualdad y la no discriminación son fundamentales para la promoción de los mismos. De estas destacamos las siguientes:

1. Toda persona tiene derecho a disfrutar de los derechos sexuales sin distinción.
2. Toda persona tiene derecho a la libertad, a la vida y a la seguridad, estos no pueden ser limitados por razones relacionadas con la sexualidad.
3. Toda persona tiene derecho a controlar y decidir sobre asuntos relacionados con su cuerpo y sexualidad.
4. Toda persona tiene derecho a la privacidad relacionada con la sexualidad y las elecciones con respecto a su propio cuerpo.
5. Toda persona tiene derecho a obtener el máximo grado de salud y bienestar en relación con su sexualidad.
6. Toda persona tiene derecho a disfrutar de los beneficios del progreso científico y de sus aplicaciones en materia de sexualidad y salud sexual.
7. Toda persona tiene derecho a información precisa y comprensible sobre la sexualidad, la salud sexual y sus derechos.
8. Toda persona tiene derecho a la educación y a una educación integral de la sexualidad.
9. Toda persona tiene derecho a opinar y expresarse acerca de la sexualidad.

En síntesis, podemos concluir que resulta imprescindible y de obligado cumplimiento que todos y cada uno de estos derechos sexuales sean asegurados a todas las personas independientemente de su condición y su situación. Lo que se traduce en que todas las personas, incluidas aquellas que tienen algún tipo de discapacidad, se les

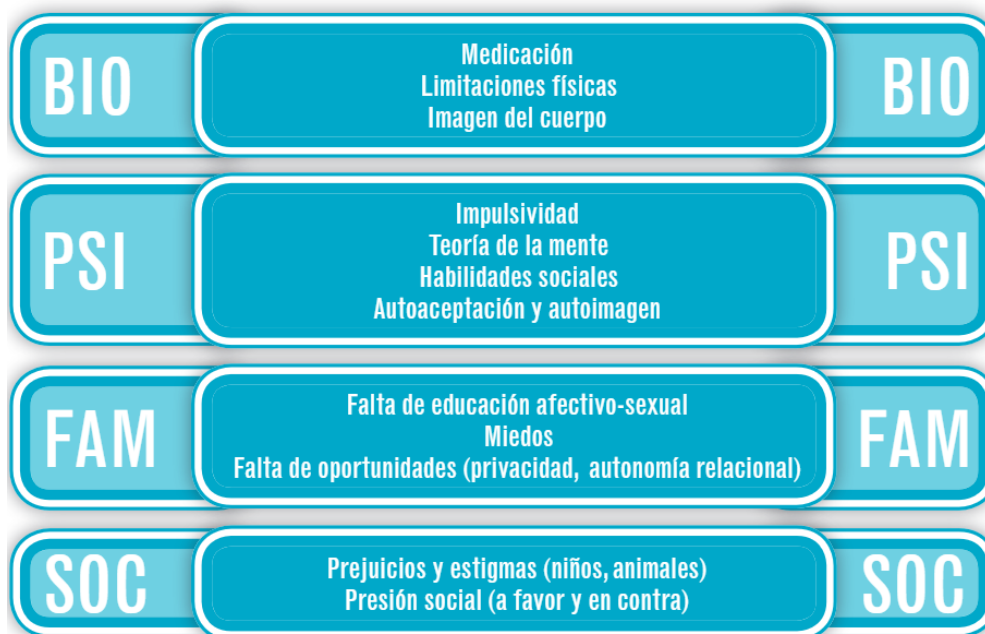
debe garantizar el derecho a disfrutar de su sexualidad y de recibir una educación adecuada en las mismas líneas. No obstante, Guerrero y Lafaurie (2023) expresan que el ejercicio de los derechos sexuales en personas con discapacidad intelectual se considera particularmente restringido, puesto que se concibe la sexualidad de forma reduccionista y aquellos que tienen una discapacidad pertenecen a una minoría en la que comúnmente se ha limitado las posibilidades de resolver sus necesidades afectivas y sexuales.

Landestoy (2018) manifiesta que la discapacidad intelectual está plagada de estigmatizaciones y prejuicios que surgen del propio desconocimiento, del mismo modo, en el fenómeno de la sexualidad existen dos visiones extremas que llevan consigo claros sesgos de discriminación que llegan a crear una conciencia común de erradicar las prácticas sexuales de la vida de las personas con discapacidad intelectual. Una parte de la sociedad creen que estas personas disponen de un mayor apetito y actividad sexual que lo comúnmente aceptable, mientras que otra parte de la sociedad piensa que las personas con discapacidad intelectual son seres asexuados sin pulsiones de carácter sexual. Ideas que las ciencias psicológicas han descartado por completo, puesto que la discapacidad intelectual no está vinculada con la hipersexualidad de origen hormonal ni con la inactividad sexual.

Del mismo modo, Meneses y Becerra (2020) concretan que a lo largo de la historia han existido muchas creencias y prejuicios en torno a las personas con Síndrome de Down (Figura 1), como por ejemplo la creencia de que no son capaces de controlar sus deseos sexuales y de que esto podría resultar peligroso, de este modo se consideraba así que sería preferible que no se llegaran a casar o no vivieran en pareja y, por ello, se ignoraba su necesidad de intimidad sexual. No obstante, apuntan que la sexualidad resulta algo innato en todo ser humano, por lo que es necesario considerarlo como un proceso natural en las personas. Este precepto muestra la importancia de recibir una educación sexual que ayude a poseer una mayor independencia, puesto que permite al ser humano saber quién es, saber decir que no, poder defenderse, saber controlar situaciones, distinguir y tener claro lo que pueden hacer en público y lo que deben hacer en privado, entre otras. A su vez, resulta indispensable que las familias reciban formación en educación sexual y apoyo psicológico que sea capaz de proporcionarles las herramientas para tratar la sexualidad con sus hijos y les ayude a reconocer sus capacidades sexuales y afectivas.

Figura 1

Barreras para la sexualidad



Nota. Extraído de “Educación afectivo-sexual de los niños y adolescentes con discapacidad intelectual” (p.25), por Berástegui, A. y González, M. D. (2017), *Padres y Maestros*, 372.

Las interpretaciones de Alexander y Taylor (2017) destacan que, con las personas con discapacidad, en las que se encuentran las personas con discapacidad intelectual, se baraja la opción de que el placer no se prioriza como se debería y que las interacciones y actividades que se realicen deben tener un resultado práctico, como lo es el comer, el ducharse, es decir, actividades de la vida diaria. Del mismo modo, las personas que se encargan del cuidado de estas tienden a tener información de baja calidad en materia de sexualidad y relaciones, la cual no cubre estas cuestiones. Asimismo, las cuestiones sensoriales no se tienen en cuenta a la hora de establecer un plan de vida con las personas con discapacidad, salvo que tengan que ver con procesos funcionales. Además, cabe destacar que, la industria de la discapacidad expropia de forma activa a las personas con discapacidad de sus derechos, precediendo así sus necesidades fisiológicas (comer, respirar, agua, ropa, sueño...) y dejando atrás cualquier otro derecho procedente de la Jerarquía de Necesidades de Maslow, lo que imposibilita que estas personas reciban el apoyo adecuado para comprender sus derechos sexuales o para tener la oportunidad de explorar su sexualidad o expresión sexual.

Guerrero y Lafaurie (2023) mencionan así que la calidad de la educación sexual que reciben las personas con discapacidad intelectual por lo general suele ser deficiente, sesgada, poco comprensible y marcada por prohibiciones. Algunas barreras que pueden encontrar en la realidad las personas con discapacidad pueden ser el poco acceso a la información y los mitos que existen alrededor de la sexualidad que limitan el reconocimiento al derecho de una vida libre de abuso y acoso sexual. Asimismo, ambas autoras señalan que las personas con discapacidad intelectual muestran interés por relacionarse afectiva y eróticamente, así como por hablar del tema, ellos se enfrentan a una sexualidad que se reconoce de manera muy reducida, que se sustenta en el silencio y la falta de educación, todo ello originado por los prejuicios y estigmatizaciones que crean la sociedad. Además, el desarrollo de estos derechos no se ven apoyados por la insuficiente formación y capacitación que reciben las familias y el equipo de salud. Del mismo modo, destacan que resulta necesario trabajar en la educación sexual de las personas con discapacidad intelectual con el objetivo de establecer un cambio de paradigmas para que el ejercicio de los derechos sexuales de este colectivo se vea empoderado, ya que esto puede ser una estrategia muy significativa para enfrentarse a la exclusión, al abuso y a la violencia sexual.

Conforme a las interpretaciones de Hermsillo y Martínez (2020), especifican que falta un largo camino por recorrer en materia de igualdad de condiciones de derechos para que la población con discapacidad intelectual pueda disfrutar. Este precepto existe porque en la sociedad ideas erróneas sobre su sexualidad, lo que no permite su expresión puesto que desde la familia de origen pueden existir mitos y conflictos sobre cómo educarlos, además que en el contexto escolar no existe la formación apropiada que incluya y respete sus derechos. En esta línea, ambos autores consideran que unas de las funciones principales de los profesionales que poseen relación con las personas con discapacidad debería ir vinculada a ofrecer orientación sobre la sexualidad tanto a estas como a las personas vinculadas con ellas, puesto que este tema abarca diferentes asuntos relacionados con la vida del ser humano, como el sexo, las identidades, los roles de género, la intimidad, el placer, el erotismo, la reproducción y la orientación sexual.

Paralelo a la familia y a los cuidadores, se hayan los jóvenes con Síndrome de Down, el foco del asunto. Un estudio chileno que explora información sobre el conocimiento de jóvenes con Síndrome de Down en materia de sexualidad, pubertad,

relaciones de pareja y reproducción llevado a cabo por Palomer et, al; (2022), argumentan que estos jóvenes mostraron un escaso conocimiento sobre sexualidad, cambios en el cuerpo y relaciones íntimas. Cuando hablaron sobre conceptos de desarrollo puberal, por lo general, fueron capaces de reconocer sus partes del cuerpo e identificar sus genitales, no obstante, no consiguieron mostrar suficiente conocimiento acerca del proceso reproductivo humano ni acerca de la funcionalidad de sus genitales. Se destacaron, además, las diferencias entre hombres y mujeres que se asocian los estereotipos que impone la sociedad, los hombres expresaron una relación más natural con el propio cuerpo y con lo relacionado al cariño y al placer con el cuerpo de la pareja, a diferencia de las mujeres que enfatiza la prohibición para mantener relaciones sexuales, lo que revela que probablemente las mujeres participantes habían llevado a cabo una crianza más enfocada en la prohibición y la desinformación, lo que también podría estar influido por la preocupación de los padres y cuidadores al abuso sexual que generalmente enfatiza en las mujeres. En este contexto se reafirma la evidencia de que las personas con discapacidad intelectual reciben escasa información sobre la salud sexual y reproductiva, especialmente en mujeres.

En pocas palabras, se pueden señalar los estigmas y prejuicios que existen entorno a la sexualidad de las personas con discapacidad intelectual, destacando dos visiones extremas; la hipersexualización y la consideración de asexualidad. Por este motivo es importante hacer especial hincapié en la educación sexual inclusiva y el empoderamiento en los derechos sexuales de las personas con discapacidad, puesto que se ha detectado una falta de información y formación adecuada, tanto para las personas con discapacidad como para sus familiares y cuidadores, como bien muestra un estudio que revela la escasez de conocimientos sobre sexualidad y reproducción en jóvenes con Síndrome de Down.

5.4 Estudios sobre programas o manejo de sexualidad en personas con Síndrome de Down

Son varios los programas que se han diseñado con el objetivo de ofrecer una educación afectivo sexual a las personas con Síndrome de Down. Por una parte, Schaafsma et, al; (2015) mencionan cómo los programas de educación sexual se diseñan con el objetivo de impartirse de forma proactiva, lo que conlleva que resulta indispensable que la educación sexual se brinde antes de que la persona con discapacidad sea sexualmente activa, de manera que la persona posea los conocimientos, la cognición, las habilidades y herramientas necesarias para poder tomar decisiones que no tengan un efecto negativo en su salud sexual.

Por otra parte, Estruch et, al; (2021), tras una revisión bibliográfica sobre programas de educación afectivo-sexual para personas con discapacidad intelectual expresan que conformar un grupo heterogéneo en cuanto a CI y grado de autonomía para la puesta en marcha de estos programas puede resultar un inconveniente para adaptar el programa a las necesidades específicas del grupo debido a la disparidad entre los componentes. Con relación al diseño y estructura de los programas, los autores concluyen que llevar a cabo una intervención de mayor duración puede llegar a ser más beneficioso, pues debemos contar con el componente de que estas personas necesitan más tiempo de entrenamiento para adquirir ciertas habilidades. Los contenidos que se tratan en las intervenciones, en su gran mayoría, incluyen temas como la salud sexual enfocada a la prevención de riesgos de conductas sexuales, la prevención de infecciones de transmisión sexual, el desarrollo de recursos para reconocer situaciones de riesgos y dar respuesta a las mismas, el desarrollo de conocimientos, actitudes y habilidades para vivir una sexualidad saludable y satisfactoria, el desarrollo de habilidades socio-sexuales para establecer relaciones afectivas y mejorar la satisfacción en las prácticas sexuales y las actitudes positivas hacia la diversidad sexual y hacia la sexualidad, entre otras.

Asimismo, Bernal et, al; (2021), a través de una investigación sobre el impacto de la educación sexual en personas con Síndrome de Down advierten de la importancia de crear e incluir talleres sobre educación sexual integral en fundaciones, colegios... con el objetivo de evitar casos favorables producto de la falta de información. No

obstante, estos talleres y programas deben saber dar respuesta a las necesidades y, para ello, es necesario tener en cuenta diferentes aspectos que según un estudio realizado por Schaafsma et, al; (2013) sobre el desarrollo de programas de educación sexual para personas con discapacidad intelectual, la educación sexual de las personas con discapacidad intelectual puede mejorarse en cinco áreas. La primera es la evaluación de necesidades, estos deben identificarse y hacerse más explícitos a nivel conductual. La segunda área se refiere a los resultados emitidos por los programas, pues se destaca la importancia de que los resultados sean específicos y medibles. La tercera área se refiere a la base teórica de los programas, pues los autores mencionan que en los programas que las aplicaciones prácticas carecen de base teórica, no resultan tan efectivos. El cuarto ámbito se centra en la participación de los grupos destinatarios, esta es muy importante para conocer el contenido y el desarrollo de materiales, de los ejecutores de los programas, para reconocer barreras potenciales para la implementación y, por último, de los responsables de la toma de decisiones. La quinta y última área se refiere a la importancia de la evaluación de los programas que ofrezcan el grado de eficacia del programa.

En resumen, se menciona la importancia que tiene diseñar unos programas y talleres de educación sexual en personas con Síndrome de Down que tengan en cuenta aspectos como las necesidades, los resultados, la base teórica, la participación, y la evaluación. Por una parte, se subraya la necesidad de impartir una educación sexual proactiva antes de que el sujeto sea sexualmente activo, equipándole de conocimientos y habilidades para poder tomar decisiones saludables y seguras acerca de su propia sexualidad. Por otra parte, se destaca la complejidad de adaptar estos programas a grupos heterogéneos y se sugiere que estos tengan larga duración para que sean más beneficiosos.

5.5 Manejo afectivo de la sexualidad de las personas con Síndrome de Down

El manejo afectivo de la sexualidad en las personas con Síndrome de Down supone una cuestión que requiere una atención especializada y comprensiva, esta puede ofrecerse de diversas formas.

Generalmente, la persona con Síndrome de Down, según Garvía (2014) recibe una educación que se sustenta en el exceso de celo y esto le invalida el hecho de crecer y amar como un adulto, lo que influye directamente en la sexualidad del individuo. La etapa de la adolescencia es muy relevante en cuanto a la construcción de su propia identidad, el adolescente con Síndrome de Down no difiere del adolescente que no posee discapacidad, pues poseen los mismos cambios hormonales y el mismo desarrollo fisiológico. La pubertad se manifiesta cronológicamente igual que en la persona sin discapacidad, no obstante, a nivel psicológico el cuerpo cambia y aparecen vivencias contradictorias por la falta de desarrollo simbólico. El joven desea hacer lo mismo que sus iguales, pero el instinto protector de sus padres provoca el estancamiento de su propio desarrollo y reducen sus relaciones. Del mismo modo, resulta imprescindible desarrollar sus habilidades cognitivas puesto que incrementan la posibilidad de razonar, lo que les ayuda a controlar sus emociones y descubrir la necesidad de ser responsables.

Según esta autora, la lívido del ser humano pasa por diferentes fases a lo largo de su vida:

1. Fase oral (el placer está ligado a la excitación de la cavidad bucal).
2. Fase anal (momento de control esfinteriano).
3. Fase fálica (descubrimiento de la diferencia de sexos en relación a sus genitales).
4. Fase de latencia (super su curiosidad y disminuyen sus intereses sexuales).
5. Adolescencia (cambios biológicos, psicológicos y sociales)

El proceso de la adolescencia en las personas con Síndrome de Down puede vivirse de diferentes formas, esta puede quedarse sujeta en una etapa anterior y ocasionar falsos diagnósticos, confusiones o a avivar la creencia de que su sexualidad es diferente. Del mismo modo, algunas de las problemáticas que experimentan estos jóvenes y que impiden disfrutar de su sexualidad son las siguientes: no tienen claras las

diferencias anatómicas, no poseen una clara definición de determinados conceptos relacionados con la sexualidad, rara vez hablan de su sexualidad y sus deseos y cuando lo hacen saltan las alarmas y las confusiones por parte del resto, les cuesta crecer en las relaciones de pareja, entre otros.

Garvía (2014) afirma que la sexualidad forma parte del crecimiento y desarrollo del ser humano, este término se compone de tres dimensiones. Por una parte, la dimensión reproductora, muchas personas con Síndrome de Down no alcanzan una clara comprensión del concepto “reproducción”, por lo que no asocian la actividad sexual con el embarazo y se quedan anclados a algunas teorías infantiles debido a la escasa información que reciben y a la oposición del entorno en cuanto a sus posibilidades de reproducción. Por otra parte, la dimensión del placer, las personas con discapacidad severa el comportamiento sexual se limita a la masturbación, entendido como una forma de autoestimulación rítmica sin ser acompañada de una fantasía sexual, las personas con discapacidad moderada experimentan etapas psicosexuales en busca de placer que se reduce a la masturbación sin buscar el coito y las personas con discapacidad leve son capaces de acceder a una sexualidad plena. Por último, se ubica la dimensión afectivo-relacional, las personas con Síndrome de Down experimentan algunos problemas: poseen un juicio empobrecido, el desarrollo de las relaciones afectivas se enmarca bajo un razonamiento deficitario, las muestras de afecto indiscriminado, las dificultades de expresión de los sentimientos, las dificultades para retrasar la espera y para distinguir entre realidad y fantasía, el control de los impulsos, la dificultad para tolerar las frustraciones o los desengaños y la falta de intimidad.

Bajo este contexto, tras una revisión realizada por Schaafsma et, al; (2015) con el objetivo de identificar métodos efectivos para enseñar educación sexual a personas con discapacidad intelectual, los autores valoran que métodos como el modelado, el juego de roles, el ensayo y la práctica de habilidades de las personas con discapacidad intelectual, todos ellos pertenecientes a un método llamado “práctica guiada”, pueden resultar muy útiles para potenciar las habilidades de las personas con discapacidad intelectual. Por otra parte, se concluye que son tres los elementos esenciales para enseñar conductas protectoras: información e instrucción, modelado y ensayo de habilidades en juego de roles y probar y ensayar habilidades en situaciones reales, pues se mostró que es importante probar y ensayar habilidades in situ para una repercusión

positiva. Del mismo modo, con el objetivo de medir habilidades resulta favorable realizar un informe verbal como lo puede ser una entrevista o un cuestionario.

En cuanto a las formas de abordar la sexualidad, Fallas et, al; (2012), aprecian varias formas que conceptualizan y entienden la sexualidad humana relacionadas con diferentes corrientes ideológicas, en ellas podemos encontrar las siguientes:

1. *Modelo de riesgos*. También llamado modelo médico o preventivo, este modelo se centra en evitar la enfermedad, detectarla y establecer estrategias para curarla, su objetivo es evitar riesgos relacionados con la actividad sexual, evitar caos y gastos al sistema de salud. Brinda contenidos relacionados con los síntomas y las medidas necesarias para evitar peligros relacionados con una enfermedad. Utiliza estrategias como charlas, campañas por medios de comunicación, servicios de orientación telefónica, creación de asociaciones...
2. *Modelo moral*. Este modelo entiende la educación sexual como un medio para evitar riesgos y se visualiza como una educación para el matrimonio y el amor, esta perspectiva concibe la sexualidad con fines reproductivos. Tiene como objetivo preparar para el matrimonio, enseñar los principios morales, enseñar a fortalecer la abstinencia antes del matrimonio, neutralizar los mensajes liberales de los medios de comunicación..., dejando de lado temas como las relaciones prematrimoniales, la masturbación, los métodos anticonceptivos, entre otros. La metodología se centra en actividades preventivas llevadas a cabo por docentes de religión o ética que enfocan la importancia de la familia y el matrimonio.
3. *Modelo revolucionario*. Conocido también como modelo emancipador y sociopolítico, tiene como objetivo buscar que todas las personas tengan una actividad sexual satisfactoria. Incluye información relacionada con aspectos anatómicos, fisiológicos, anticonceptivos, orientación al deseo sexual, derecho al divorcio... Se desarrolla, principalmente, en asociaciones de jóvenes, grupos de barrio o comunidad, a través de charlas, debates, mítines políticos, entre otros.
4. *Modelo biográfico y profesional*. Adquiere una postura más democrática, diversa y abierta de la sexualidad y de su educación que se fundamenta en el saber científico. Este modelo incorpora elementos positivos de los tres anteriores, como lo es la profesionalidad en los conocimientos del modelo preventivo, la importancia del rol de los padres y de la ética del modelo moral y el derecho a la

sexualidad del modelo revolucionario. Se reconoce la sexualidad como un derecho a ser vivida y como factor de bienestar. Este modelo considera la sexualidad como una dimensión que posee múltiples posibilidades: placer, comunicación, fecundidad, vínculos afectivos, caricias... Sus objetivos se basan en promocionar la aceptación positiva de la identidad sexual, aprender conocimientos y habilidades sobre diversas posibilidades de sexualidad, brindar conocimiento científico, adquirir actitudes tolerantes, entre otras. Fundamenta tres roles imprescindibles el proceso de educación sexual: la persona como sujeto y objeto de derecho, la madre o el padre como referente y sujeto que debe atender el derecho a la educación de sus hijos y los docentes de orientación como sujeto que debe contar con un autoconocimiento y autocontrol de sí mismo para que sea un referente directo para su trabajo.

- Se fundamenta en el bagaje científico y profesional.
- Tiene como objetivo que la persona viva su sexualidad de forma responsable y saludable.
- Tiene como fin que el orientado se considere como ser sexuado de forma positiva.
- Se explica como un proceso continuo de enseñanza y aprendizaje de todos los involucrados.
- El papel del profesional es el de mediador entre los contenidos de la educación sexual y la propia biografía del alumnado o sujeto.
- Aboga por un cambio desde la práctica profesional en dicho campo de educación.

El Ministerio de Educación (2013) menciona como parte del currículum la formación integral de los estudiantes en cuanto a sexualidad, afectividad y género, que requiere abordar temáticas como (Tabla 2):

Tabla 2

Temáticas y ámbitos del desarrollo personal, intelectual, moral y social que deben incluirse en la formación de sexualidad, afectividad y género de los estudiantes.

Temas	Contenido
Desarrollo personal y autoestima	Conocimiento de uno mismo, valoración propia, identidad y sexualidad, proyecto de vida, cuidado y respeto por el cuerpo.
Afectividad	Amistad, el atractivo, el enamoramiento, las relaciones de pareja y la comunicación, el compromiso, la expresión de sentimientos...
Habilidades sociales	Tolerancia, empatía, asertividad, relaciones interpersonales, capacidad para resistir a la presión, resolución de conflictos, pensamiento flexible y abierto a cambio, aceptación de la diversidad...
Vida familiar	Significado y valor de la familia, sentido de pertenencia, relaciones familiares, comunicación padres e hijos...
Roles y estereotipos sexuales	Los roles en la sociedad, igualdad de oportunidades, derechos y deberes...
Valores y sexualidad	Amor, respeto mutuo, responsabilidad, fidelidad, compromiso, valoración del otro...
Paternidad y maternidad responsable	Fertilidad y reproducción humana, derechos sexuales y reproductivos, planificación familiar, toma de decisiones responsable, educación...
Etapas del ciclo vital	Etapas desde la concepción hasta la adolescencia, el desarrollo y valoración de la propia imagen corporal.
Desarrollo del juicio moral	Toma de decisiones, reflexión crítica, dilemas morales...
Prevención de situaciones de riesgo	Embarazo precoz, VIH-SIDA, ITS, abuso y violencia sexual, violencia de género, violencia en la pareja...

Nota. Extraído del Ministerio de Educación (2013)

Berástegui y González (2017), abogan por trabajar con la persona con Síndrome de Down y con su familia la sexualidad a través de un enfoque educativo, su objetivo es ayudar a que las personas se reconozcan como hombres o mujeres, que se acepten y que aprendan a expresar su sexualidad para vivirla con felicidad y satisfacción. Además, resulta imprescindible tener en cuenta que se educa en:

a. Contenidos.

- El cuerpo sexuado y sus mecanismos de reproducción.
- Recursos para evitar riesgos.
- Los efectos de su discapacidad en la sexualidad.
- Las relaciones de pareja, el matrimonio o el hecho de tener hijos.
- Los valores sobre la sexualidad.

b. Actitudes y habilidades de los educadores.

- Ser modelos.
- Aceptar y querer a sus hijos y alumnos tal y como son.
- Desarrollar una comunicación afectiva adecuada.
- Aceptar que la persona con discapacidad es un ser sexuado.
- Tratar la sexualidad de forma espontánea y natural.
- Hacer frente a las conductas sexuales inaceptables.
- Establecer comunicación, cooperación y coordinación con el resto de los agentes implicados.

c. Valores.

Resumiendo lo expuesto anteriormente, cabe mencionar que el manejo de la sexualidad en personas con Síndrome de Down requiere una atención especializada y comprensiva debido a los desafíos únicos que presentan. Es crucial que, durante la adolescencia, se les proporcione educación sobre anatomía, fisiología, relaciones de pareja y valores, entre otros. Se localizan diferentes modelos de abordaje que ofrecen perspectivas variadas en materia de educación sexual, estos van desde enfoques médicos hasta enfoques centrados en derechos sexuales. Resulta esencial adoptar un enfoque educativo integral que promueva la aceptación de la propia sexualidad, brinde información adecuada y fomente actitudes positivas tanto en las personas con Síndrome de Down como en su entorno próximo.

5.6 Mujeres jóvenes con discapacidad intelectual: sexualidad y afectividad en personas con Síndrome de Down

La exploración de la sexualidad y afectividad en mujeres jóvenes con discapacidad intelectual, específicamente en aquellas con Síndrome de Down, resulta un tema de gran complejidad. En este apartado, estableceremos un análisis de cómo estas mujeres experimentan, comprenden y expresan su sexualidad y afectividad, considerando diferentes factores que condicionan en desarrollo de la misma, así como los desafíos y estigmas que enfrentan en una sociedad que, con frecuencia, les niega su derecho a una vida sexual plena y saludable.

Gomiz (2016) determina dos variables especialmente significativas que influyen en las mujeres con discapacidad, acentúan los procesos de discriminación interseccional y existen por ir asociadas a los modelos patriarcales que aún prevalecen en la sociedad: la sexualidad y la maternidad, asociadas ambas de ellas al hecho de tener una discapacidad y a su condición de ser mujeres.

Bajo su investigación titulada *la violencia contra las mujeres con discapacidad*, las personas entrevistadas en el estudio manifiestan el pensamiento de que las mujeres con discapacidad son seres asexuados, no obstante, cuando las mujeres presentan ciertos tipos de discapacidad se origina la dicotomía entre el papel de asexuada y el papel de promiscua, influenciada por los estereotipos que enfrenta este grupo social y que puede originar situaciones de violencia de índole sexual. Del mismo modo, los que deciden su vestuario procuran mantenerlas fuera de los cánones de belleza, infantilizando su imagen y contribuyendo a fomentar su imagen de vulnerabilidad. Esta imagen infantilizada, en muchas ocasiones, contribuye a que las mujeres establezcan relaciones asimétricas de pareja en las que la mujer actúa como subordinada del hombre, pudiendo incluso a mantener relaciones de violencia.

Los roles asignados a ellas se contradicen, por un lado, como mujeres dentro de una sociedad aún sexista se espera que sean cuidadoras, madres, esposas, parejas sexuales y que tengan atractivo físico, mientras que, por otro lado, por el hecho de tener una discapacidad se les asignan estereotipos como seres dependientes, aññadas y necesitadas de cuidados.

De esta forma, con un propósito de encontrar una explicación a la situación de mayor opresión que experimentan las mujeres con discapacidad, la autora señala tres causas que derivan de elementos socioculturales: el sexismo, la discriminación de las personas con discapacidad y el binomio de ser mujer y tener una discapacidad.

Manso y Otaola (2022) reconocen los momentos críticos que atraviesan las mujeres con Síndrome de Down a lo largo de su vida. En la adolescencia se empiezan a hacer visibles las diferencias entre hombres y mujeres, en esta etapa comienza la sobreprotección y se intensifica en las mujeres, las familias comienzan a temer ante circunstancias relacionadas con la sexualidad y aumentan el control sobre sus vidas. De hecho, las propias familias reconocen las desigualdades en el trato entre mujeres y hombres, por ejemplo, en los comportamientos sexo-afectivos que son más aceptados en los hombres y más controlados y juzgados en las mujeres. En la etapa adulta continúa la sobreprotección con respecto a su vida afectivo-sexual, para las familias el embarazo es una preocupación que limita su independencia y autonomía.

Tras una investigación llevada a cabo por Moreno y Pérez (2022) sobre la situación de las mujeres con discapacidad intelectual y del desarrollo en relación con sus derechos sexuales y reproductivos, se observa un evidente conocimiento de los Derechos Sexuales y Reproductivos por parte de las mujeres con discapacidad intelectual, no obstante, se detecta una brecha entre el conocimiento y su ejercicio, pues 8 de cada 10 no mantiene relaciones sexuales y más de la mitad no realiza la masturbación, más de la mitad no tiene pareja actualmente y de esta la gran mayoría querría tenerla, la mayoría habla poco o nada sobre el sexo y una amplia mayoría no disfruta de autonomía reproductiva.

En la misma línea de investigación, Gil et, al; (2014) mediante un estudio con el objetivo de analizar las actitudes ante la expresión de la sexualidad, los conocimientos sobre prácticas sexuales seguras y el comportamiento sexual en mujeres con discapacidad intelectual. Se observa que las mujeres más jóvenes muestran una actitud más abierta en lo que respecta a la orientación sexual que las más mayores, además se demuestra que las mujeres de edad media, menores de 46 años, indican que mantienen, con mayor frecuencia, relaciones sexuales, mientras que las más mayores señalan haber sufrido abusos sexuales en algún momento de su vida, este hecho puede deberse a que las mujeres jóvenes han podido crecer en un entorno que ha sido capaz de formarlas en

la autopercepción. Por otra parte, el factor de la vivienda es otro de los que influye en el desarrollo de la sexualidad de las mujeres, los resultados obtenidos indican que, por una parte, las que residen en centros residenciales muestran mayor estima a la expresión de la sexualidad en público que las mujeres que viven en un domicilio familiar o en una vivienda tutelada, además se declinan por la orientación heterosexual y poseen mayor conocimiento sobre prácticas sexuales seguras y de riesgo. Por otra parte, las mujeres que residen en viviendas tuteladas obtienen puntuaciones más altas en lo relativo a la masturbación, prácticas de sexo oral y vaginal, mientras que las puntuaciones más altas relacionadas con la práctica de relaciones sexuales resultan más frecuentes en las mujeres que viven en vivienda tutelada y unidad familiar.

A modo resumen, en la intersección de la discapacidad intelectual y el género, las mujeres jóvenes, especialmente aquellas con Síndrome de Down y discapacidad intelectual, enfrentan desafíos significativos en su expresión y en la experiencia de la sexualidad y la maternidad. Los estudios analizados destacan cómo los estereotipos de género y los modelos patriarcales influyen en la percepción de estas mujeres como seres o bien asexuados, o bien promiscuos, lo que puede exponerlas a situaciones de violencia y relaciones desiguales. Asimismo, podemos detectar otro factor que limita su autonomía y desarrollo sexual; la sobreprotección familiar. Por otro lado, estudios revelan cómo el entorno y la edad influyen en su expresión sexual y conocimiento sobre prácticas seguras y muestran una brecha entre el conocimiento y el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos. En conjunto, estos hallazgos resaltan la necesidad de abordar de manera integral las necesidades sexuales y afectivas de estas mujeres, promoviendo su autonomía y desafiando los estigmas y barreras que enfrentan.

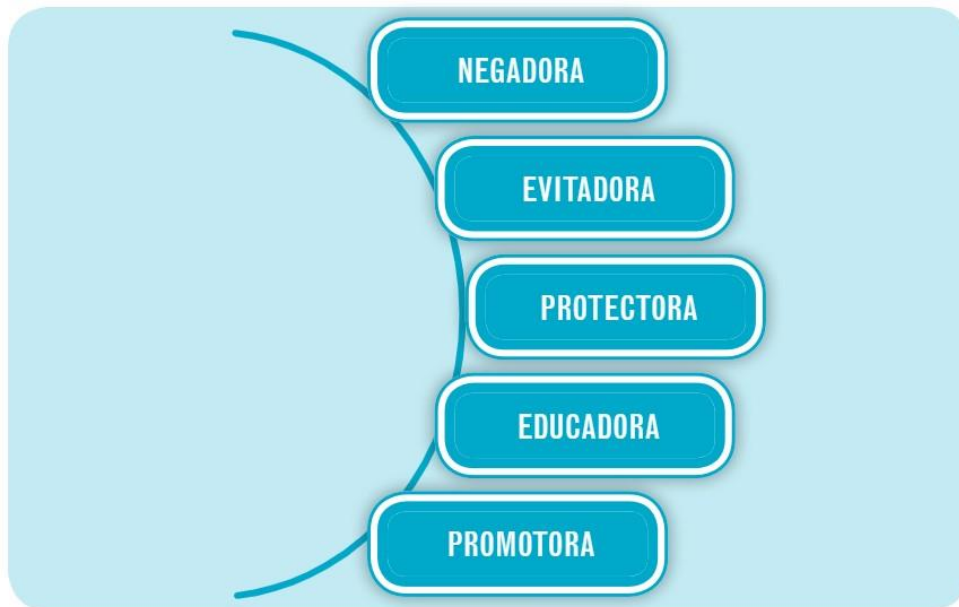
5.7 Familias formadas en la educación sexual de sus hijos con Síndrome de Down

Con el objetivo de garantizar el bienestar y la plena integración de las personas con Síndrome de Down en la sociedad, la sexualidad se erige como un tema fundamental. No obstante, abordar este aspecto puede resultar complejo para las familias debido a la necesidad de formación y a los tabúes que aún siguen existiendo en la sociedad. En este apartado analizaremos el papel que desempeñan las familias en la educación sexual de sus hijos con Síndrome de Down y cómo lo llevan a cabo para así poder analizar los puntos fuertes y los puntos débiles.

Berástegui y González (2017) manifiestan que la familia se ubica entre la persona y la sociedad, esta vive en primera persona la relación con la persona y sus capacidades, limitaciones y deseos, mientras que por otro lado se halla inmersa en la sociedad actuando como mediadora y ejerciendo de puente para la persona a lo largo de su desarrollo y, en algunos casos, en gran parte de su vida adulta. En muchas ocasiones, el hecho de que la familia ejerza el papel de mediadora social y personal genera una falta de oportunidades para el descubrimiento y el desarrollo sexual del individuo. El sentimiento de miedo en las familias asociado a la sobreprotección actúa como barrera a la hora de ofrecer espacios a sus hijos en los que explorar la privacidad y establecer relaciones interpersonales de intimidad fuera de su núcleo familiar y profesional. En este sentido, la familia puede optar por diversas actitudes en lo que respecta a la sexualidad de sus hijos (Figura 2).

Figura 2

Perspectivas de la familia sobre la sexualidad de sus hijos con Síndrome de Down.



Nota. Extraído de “Educación afectivo-sexual de los niños y adolescentes con discapacidad intelectual” (p.25), por Berástegui, A. y González, M. D. (2017), *Padres y Maestros*, 372.

Como bien explican ambos autores, la perspectiva negadora y evitadora que acogen algunas familias parten de una visión negativa de la sexualidad y de la autonomía de la persona con discapacidad intelectual, enviando, de esta forma, un mensaje negativo sobre la sexualidad. Por otra parte, la perspectiva protectora limita la autonomía de la persona, pues requiere marcar claramente los límites y estar presentes para que estos se sostengan. Del mismo modo, la perspectiva promotora limita la autodeterminación y la intimidad de la persona al generar apoyos explícitos en el desarrollo de la sexualidad. Por último, se detecta la perspectiva educadora, la que ambos autores consideran como la más acertada, esta pretende ayudar a que las personas se conozcan como hombres y como mujeres, que se acepten como tal y que aprendan a expresar su sexualidad, esta tarea de educación debe ser asumida de forma consciente por la familia, pues este será su espacio de apoyo, de consulta, de reforzamiento y de socialización secundaria.

En un estudio realizado por Ojeda et, al; (2014) con el objetivo detectar elementos que dificultan a los padres la enseñanza sobre la sexualidad de sus hijos preadolescentes con Síndrome de Down, se observa que existen diferentes pensamientos sobre cómo abordar la sexualidad de sus hijos, lo que provoca un debate sobre cómo son incluidos los jóvenes en su propio núcleo familiar. La existencia de miedos a enfrentar la sexualidad de sus hijos debido a las ideas procedentes de los mitos que arrastra la sociedad resulta otra de las limitaciones que viven las familias. Por último, en el mismo plano en cuanto a las limitaciones, se percibe como impedimento que la sexualidad aún es considerada como tema tabú en las familias y que la poca información que poseen las familias procede de algún especialista de la salud y no producto de una educación familiar. Además, cabe destacar que las familias manifiestan que no han recibido una buena educación sobre sexualidad lo que se ve reflejado en el momento en que han formado su propia familia y en la negación a los cambios producidos en sus hijos, por otro lado, alegan las dificultades que manifiestan los padres a la hora de tener que hablar de la forma más adecuada sobre sexualidad con sus hijos, debido a la falta de herramientas.

Por una parte, Frawley y O'Shea (2020) especifican que, a lo largo de los años, las familias, los cuidadores y los servicios son y han sido los mediadores en las experiencias sexuales de las personas con discapacidad. Del mismo modo, han actuado como guardianes en las políticas y prácticas centradas en la regulación y gestión de la sexualidad, lo que lleva a pensar que en todo momento las personas que no tienen ningún tipo de discapacidad se han otorgado el poder de decidir por las personas con discapacidad en todo lo que respecta a la sexualidad.

Según Schaafsma et, al; (2015), el personal de cuidados remunerados no siempre tiene una predisposición positiva sobre la sexualidad y, por tanto, no se siente lo suficientemente capacitado para enseñar educación sexual ni siente el apoyo suficiente por parte de su entorno. Del mismo modo, los miembros de personal de mayor edad suelen poseer actitudes más conservadoras hacia la sexualidad que los miembros más jóvenes, a diferencia de los miembros de la familia que, por lo general, acogen actitudes más tradicionales y cerradas frente a estos temas.

Rivas et al; (2019) en un estudio comparativo de las actitudes de los padres y madres en la educación sexual de las personas con Síndrome de Down que pretendía

determinar el grado de participación e implicación que muestran las familias en la educación sexual de sus hijos, los resultados apuntan a que los padres, madres o tutores legales de niños con Síndrome de Down hablan de educación sexual más que los padres que no tienen hijos con Síndrome de Down. No obstante, analizando los temas más comunes que se tratan se observa que tienen que ver con las diferencias entre hombres y mujeres, las relaciones de amistad, las relaciones de familia el conocimiento del propio cuerpo y las emociones, siendo las menos comunes el sexo como fuente de placer, tener una vida sexual satisfactoria y el sexo como método de reproducción. Lo que lleva a pensar que, aunque la familia hable de educación sexual, sigue existiendo un vacío a la hora de tratar la sexualidad como algo natural y cotidiano, centrándose la familia en temas como los sentimientos, el propio cuerpo y las relaciones de amistad y familia, dejando atrás otros temas muy importantes.

En este sentido, González et al; (2022) manifiestan que la educación sexual resulta un proceso que forma parte de la educación integral que pretende alcanzar la realización personal, por lo que resulta imprescindible transmitir información y conocimientos reales relacionados con anatomía, fisiología, psicología y sociología que constituyen la sexualidad. Esta educación contribuye al fortalecimiento de la personalidad, al respeto de las necesidades propias y las de otros, de ofrecer la posibilidad de poder mejorar sus propias vidas, además de influir beneficiosamente en la sociedad, pues no pretende solo informar, sino también formar al individuo en actitudes que lo capaciten para crear su propio sistema de valores. Partiendo de la importancia que resulta recibir una educación sexual, resulta fundamental mencionar que esta labor corresponde a todos los agentes sociales y, en especial, a la familia, pues representa el eje de apoyo de las personas que poseen una discapacidad. La familia es considerada como el principal responsable de favorecer el logro de ciertas habilidades, así como de la autonomía personal. En el plano de la sexualidad, la familia debe abarcar todos los ámbitos relacionados con la normatividad social y ética de la sexualidad humana, con el objetivo de desarrollar actitudes sanas hacia ello y hacia los demás, pasando así por las mismas etapas formativas, en correspondencia con la formación del resto de sus procesos intelectuales y emocionales, lo que nos muestra el papel fundamental que desempeñan en este proceso.

Sintetizando lo anterior, se puede destacar cómo las familias asumen diferentes perspectivas a la hora de educar en materia de sexualidad a sus hijos, estas van desde la

negación hasta la promoción, destacando la importancia de una perspectiva educadora que fomente una comprensión de la sexualidad. Junto con las familias, los cuidadores y servicios acogen gran influencia en la educación sexual de las personas con Síndrome de Down, destacando la importancia de abarcar aspectos físicos, emocionales y sociales, así como la relación del sexo con el placer y la reproducción.

6. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

6.1 Marco jurídico y normativo

A nivel estatal, el Boletín Oficial del Estado (2008) declara en la convención sobre los derechos de las personas con discapacidad que tiene como objetivo promover, proteger y asegurar el goce de todos los derechos humanos y libertades fundamentales de las personas con discapacidad, diferentes premisas relacionadas con dichas personas que respaldan la necesidad de establecer dicha propuesta con el objetivo de ofrecer posibilidades para disfrutar de sus propios derechos como personas:

Artículo 4. Los Estados se comprometen a asegurar y promover el pleno ejercicio de todos los derechos humanos y las libertades fundamentales de las personas con discapacidad.

Artículo 6. Los Estados reconocen que las mujeres y las niñas con discapacidad están sujetas a múltiples formas de discriminación y, por ende, se adoptarán medidas para asegurar que puedan disfrutar plenamente y en igualdad de condiciones de todos los derechos humanos y libertades fundamentales.

Artículo 8. Los Estados se comprometen a adoptar medidas para sensibilizar a la sociedad e incluso a la familia, luchar contra los estereotipos y promover la toma de conciencia respecto de las aportaciones de las personas con discapacidad.

Artículo 14. Los Estados asegurarán que las personas con discapacidad disfruten del derecho a la libertad y no sean privadas de esta.

Artículo 23. Los Estados tomarán medidas efectivas para poner fin a la discriminación contra las personas con discapacidad en todas las cuestiones relacionadas con el matrimonio, la familia, la paternidad y las relaciones personales.

Artículo 24. Los Estados reconocen el derecho de las personas con discapacidad a la educación.

Artículo 25. Los Estados reconocen que las personas con discapacidad tienen derecho a gozar del más alto nivel de salud sin discriminación por motivos de discapacidad, incluyendo incluso el ámbito de la salud sexual y reproductiva.

El Real Decreto Legislativo (2013), por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social, establece una serie de derechos y obligaciones para las personas con discapacidad, entre ellas podemos encontrar el respeto de las propias decisiones, el derecho a la igualdad en cuanto a salud, educación, comunicación e información..., la protección de la salud, donde se incluye la salud sexual, la atención integral, el derecho a la educación, donde también se encaja la educación sexual, el derecho a la vida independiente donde poder tomar sus propias decisiones y el derecho a la protección social, donde tengan derecho a recibir unos servicios que atiendan sus necesidades, entre otros.

Del mismo modo y centrándonos más en el tema de la sexualidad, la Ley Orgánica (2023) de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo, declara que en la reciente regulación del sistema educativo, la educación afectivo-sexual se contempla en todas las etapas educativas, contribuyendo así al desarrollo integral del individuo, además de procederse al desarrollo de políticas específicas dirigidas a mujeres con discapacidad, incluyendo el respeto y el fomento de los derechos sexuales en todo su ciclo vital. Asimismo, esta ley tiene como objetivo, entre varios, la atención específica a personas con discapacidad, a quienes se les garantizará el derecho a la salud sexual y reproductiva, ofreciendo entornos accesibles y apoyos necesarios.

6.2 Contextualización

El presente programa está diseñado para ponerse en práctica en la Asociación Down Valladolid, esta es una entidad sin ánimo de lucro que tiene como objetivo la atención y promoción de la autonomía de las personas que poseen Síndrome de Down o discapacidad intelectual.

En esta entidad se promueven, potencian y desarrollan todo tipo de actividades destinadas a lograr ofrecer los apoyos convenientes a las personas con Síndrome de Down, mejorando así su calidad de vida con el fin de lograr una plena inclusión familiar, escolar, social y laboral.

El conjunto de objetivos que se propone Down Valladolid busca atender y orientar a las familias de personas con Síndrome de Down, proporcionándoles información y apoyo en todas las etapas de la vida. Se enfoca en potenciar y desarrollar sus capacidades, promoviendo su inclusión familiar, escolar, social y laboral. Y, por último, trabaja para sensibilizar a la sociedad sobre su realidad y asegura el cumplimiento de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, facilitando su plena inclusión en todos los ámbitos de su vida.

En cuanto a los recursos humanos internos que dispone la Asociación y que nos pueden servir de utilidad, señalamos diferentes servicios:

- *Servicio de Atención Temprana.* Dirigido a niños con alteraciones cromosómicas hasta los 6 años. Ofrece apoyo y atención desde el nacimiento y formación y orientación a las familias.
- *Servicio de Logopedia.* Se trabaja la comunicación de forma global.
- *Servicio de Estimulación Cognitiva.* Ofrece apoyo a los contenidos básicos de la etapa escolar, a los aspectos de autonomía, habilidades sociales y participación.
- *Servicio de Habilitación Psicosocial.* Se entrenan diferentes habilidades destinadas a mejorar sus posibilidades de mantenerse en el entorno familiar y social.
- *Servicio de Vida Independiente.* Se ofrecen talleres de hogar, cocina, autonomía e imagen, además de estancias temporales en viviendas de aprendizaje.
- *Servicio de Evaluación y Diagnóstico.* Ofrece una completa evaluación de las necesidades del individuo.

- *Servicio de Apoyo a las Familias*. Su objetivo es ofrecer apoyo emocional, intercambio de información, asesoramiento y actividades lúdicas a las familias.

Además, la Asociación dispone de una estructura edificada con diferentes aulas y espacios destinados a realizar todo tipo de actividades. En otra instancia, en cuanto a los recursos externos que nos ofrece la zona podemos encontrar los siguientes; polideportivo Pisuerga, zonas verdes, canchas exteriores, entre otros.

En resumen, el contexto ofrece un amplio abanico de recursos físicos y humanos que hacen posible que la propuesta psicopedagógica se puede llevar a cabo.

6.3 Destinatarios

García y Bejan (2018), alegan que la educación sexual debe comenzar desde el nacimiento y continuar hasta la vida adulta e incluso en adelante, adecuándola así a sus niveles de desarrollo. No obstante, Montero, Rodríguez y Romero (2020) exponen que el inicio de la adolescencia se relaciona biológicamente con el inicio del proceso de maduración sexual o pubertad, es decir, en torno a los 10 y los 12 años. Dichos autores consideran esta etapa como una gran experiencia de aprendizaje; en la adquisición de nuevas formas de relacionarse con otros, en el inicio de nuevas actividades sociales, en definitiva, un continuo descubrimiento, por lo que destacan la importancia de ofrecer una educación sexual apropiada en esta etapa del ser humano, evidenciando que la sexualidad se construye, se vivencia, se expresa y se educa a lo largo de la vida.

Del mismo modo, la presente propuesta de intervención afectivo sexual tiene como destinatarios directos 8 jóvenes con Síndrome de Down de entre 14 y 15 años con aproximadamente un cociente intelectual similar y un grado de discapacidad medio-bajo, puesto que se ha demostrado que los resultados son más favorables, que se encuentran en la etapa de la pubertad, una etapa plagada de cambios.

Asimismo, se escoge esta etapa puesto que durante la pubertad se experimentan cambios físicos, emocionales y sociales significativos y resulta fundamental ofrecer una educación que les ayude a comprenderlos y saber cómo manejarlos. Además, brindar educación afectivo sexual en esta etapa puede promover la autonomía permitiéndoles tomar decisiones informadas en materia de sexualidad y relaciones, así como servir de apoyo en su desarrollo integral capacitándoles a la hora de tomar decisiones saludables y seguras en el ámbito sexual.

Del mismo modo, Down España (2022), define las siguientes características en función de la etapa evolutiva a la que pertenecen: interés hacia su propio cuerpo, necesidad de adaptación a los cambios corporales e imagen corporal, inicio de separación de intereses familiares, mayor interacción con el grupo de iguales, cambios de humor, necesidad de intimidad, temores, complejos e inseguridades e interés por el enamoramiento y el amor.

No obstante, esta propuesta tiene especial consideración a las familias de los jóvenes, a las cuales también se dirige la propuesta, contemplándolas como

destinatarios. Las familias ejercen una influencia significativa en la educación de sus hijos y son su principal apoyo, por lo que resulta fundamental que estas reciban una información apropiada para saber tratar estos temas con sus hijos.

6.4 Objetivos

La propuesta psicopedagógica que se va a exponer a continuación se enfoca en lograr una serie de objetivos diseñados, concretamente, como **objetivo general**: ofrecer a jóvenes en edad puberal con Síndrome de Down y a sus familias, con quienes se va a implementar este programa, un desarrollo íntegro de sus habilidades afectivo sexuales, así como de conocimientos relacionados con este tema.

Por otra parte, en base al objetivo general se diseñan los siguientes **objetivos de aprendizaje** que van a ser desarrollados a lo largo de la propuesta:

- Dotar a los jóvenes con Síndrome de Down de conocimientos suficientes y adecuados sobre su propia sexualidad.
- Establecer propuestas de logro a conseguir en materia afectivo sexual.
- Promover la comprensión de los diferentes tipos de relaciones afectivas.
- Fomentar la comprensión de qué situaciones son seguras e inseguras en relación con el abuso y las relaciones sexuales y promover habilidades para evitarlas.
- Conocer los derechos que todo ser humano posee, en concreto los derechos sexuales.
- Promover la disminución de estereotipos de género y fomentar la igualdad.
- Brindar a los jóvenes con Síndrome de Down las herramientas para comprender y expresar adecuadamente sus emociones en las relaciones interpersonales.
- Promover la comunicación abierta y respetuosa entre los jóvenes con Síndrome de Down y sus familias respecto a la educación afectivo sexual.
- Analizar las causas que impiden un desarrollo afectivo sexual completo e identificar aspectos positivos que promuevan su desarrollo.
- Fomentar la importancia de la privacidad y los límites personales.
- Acompañar a las familias durante el proceso de la educación afectivo sexual de sus hijos con síndrome de Down ofreciendo orientación.
- Ofrecer información específica de la intervención que se va a realizar.
- Evaluar los conocimientos que poseen los jóvenes con Síndrome de Down en materia afectivo sexual.
- Evaluar habilidades educativas que poseen las familias en materia afectivo sexual con sus hijos.

- Evaluar los conocimientos de los adolescentes con Síndrome de Down adquiridos tras la participación en la intervención.
- Evaluar la satisfacción de los participantes con la intervención.

6.5 Contenidos

En función de la etapa evolutiva en la que se encuentran los participantes y los temas que establece el Ministerio de Educación que deben ser tratados en los programas de formación afectivo sexual, se escogen los siguientes contenidos a tratar durante la propuesta de intervención:

- Conocimiento del cuerpo.
- Conceptos sobre sexualidad.
- Identificación, gestión y expresión de emociones.
- Privacidad y límites personales.
- Prevención de abusos y situaciones sexuales de riesgo.
- Roles y estereotipos sexuales.
- Derechos sexuales.
- Prevención de violencia de género.
- Etapas en el desarrollo afectivo y sexual.
- Tipos de relaciones afectivas: familia, amistad, noviazgo, pareja y matrimonio.

6.6 Metodología

Basándonos en los diversos modelos que se pueden adoptar a la hora de implementar una educación afectivo sexual, se considera como el más adecuado adoptar un *modelo biográfico y profesional* durante el desarrollo de la presente propuesta. Esto quiere decir que en todo momento se deberá adquirir una postura democrática, diversa y abierta a la sexualidad. Como bien se expuso en apartados anteriores, se recalcan varias premisas a tener en cuenta: la profesionalidad, la importancia del rol de los padres, la ética y el derecho a la sexualidad. En este modelo el destinatario es una persona sujeto de derecho, los padres-madres o familiares acogen un rol de referentes y el profesional debe orientar a través del autoconocimiento y el autocontrol para presentarse como referente directo.

Del mismo modo, el proyecto posee un carácter integral, pues pretende incidir y proponer una solución a la problemática; la falta de educación afectivo sexual que tienen los jóvenes con Síndrome de Down y sus familias, aspecto que se conoce tras una previa revisión de diferentes investigaciones expuestas en apartados anteriores. Por lo que muchas de las actividades se realizarán en conjunto, de forma que la educación afectivo sexual pueda apreciarse como un tema normalizado entre la familia y sus hijos.

Respecto a la metodología que se pretende llevar a cabo en la propuesta se determina como la más idónea una metodología activa y participativa en la que los usuarios sean los protagonistas del proyecto, priorizando el uso de lenguaje simple y concreto y empleando diversos ejemplos, así como apoyos visuales para reforzar las explicaciones.

Del mismo modo, el método que este proyecto va a seguir está basado en el *modelo centrado en la tarea* ya que nos vamos a centrar exclusivamente en dar respuesta a los problemas y necesidades de los beneficiarios directos.

Las etapas específicas de este modelo según Viscarret (2007) son las siguientes:

1. Fase de entrada y solución de la controversia inicial que puede derivarse del primer encuentro.
2. Fase de exploración de los problemas: en esta fase se delimitan los problemas por áreas considerando explicaciones y soluciones.
3. Fase de acuerdo de objetivos y metas.

4. Fase de planificación e implementación de las tareas.
5. Fase de finalización: el usuario debe saber que sus compromisos tienen fecha de caducidad y que la intervención se acaba en el plazo estipulado para conseguir los logros.

Se escoge esta metodología puesto que la mejor opción para aprender nuevas habilidades y conceptos es participar en el aprendizaje, además este modelo permite que los participantes aprendan a identificar las barreras y problemáticas existentes y sepan superar esos desafíos con mayor efectividad.

6.7 Temporalización

La propuesta de intervención diseñada se elabora para ponerse en práctica durante los meses de octubre, noviembre y diciembre, concretamente los martes y los jueves en horario de tarde de 17:00-18:30 aproximadamente, permitiendo así que los destinatarios puedan seguir acudiendo al centro escolar (Figura 3).

Figura 3

Calendario de programación de la propuesta de intervención.

OCTUBRE						
Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
	1 Sesión 1	2	3 Sesión 2	4	5	6
7	8 Sesión 3	9	10 Sesión 4	11	12	13
14	15 Sesión 5	16	17 Sesión 6	18	19	20
21	22 Sesión 7	23	24 Sesión 8	25	26	27
28	29 Sesión 9	30 Sesión 10	31			

NOVIEMBRE						
Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
				1	2	3
4	5 Sesión 11	6	7 Sesión 12	8	9	10
11	12 Sesión 13	13	14 Sesión 14	15	16	17
18	19 Sesión 15	20	21 Sesión 16	22	23	24
25	26 Sesión 17	27	28 Sesión 18	29	30	

DIECIEMBRE						
Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
						1
2	3 Sesión 19	4	5 Sesión 20	6	7	8
9	10 Sesión 21	11	12 Sesión 22	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	29
30	31					

Legenda:

	Fiestas laborales
	Vacaciones escolares
	Días no lectivos
	Fase de entrada y solución de la controversia inicial
	Fase de exploración de los problemas
	Fase de acuerdo de objetivos y metas
	Fase de planificación e implementación de tareas
	Fase de finalización

Nota. Elaboración propia a partir del Calendario escolar 2024-2025 JCyL, sobre el que se basa la programación de la intervención.

Se contemplará la posibilidad de que exista algún tipo de inconveniente durante la intervención, por lo que se podrá utilizar la última semana de diciembre antes de las vacaciones escolares para cubrir algún día en el que no se haya podido realizar la sesión.

6.8 Actividades

A continuación, se detallan las actividades que se van a realizar a lo largo de la propuesta, estas actividades se dividen en cinco fases necesarias para que los destinatarios sean capaces de detectar las problemáticas existentes, establecer unos objetivos que permitan solucionarlas, llevar a cabo una serie de actividades que permitan ofrecerles herramientas para solucionar esas cuestiones y lograr sus objetivos y, por último elaborar una autoevaluación sobre su evolución y sobre el proceso que han experimentado a lo largo de este tiempo.

FASE DE ENTRADA Y SOLUCIÓN DE LA CONTROVERSI A INICIAL

Esta es la primera fase que conforma la presente propuesta, es fundamental para que los destinatarios posean una idea de lo que se va a llevar a cabo y los responsables obtengan información acerca de la situación de la que se parte. Esta fase se compone de una sesión en la que se realizan dos actividades.

Sesión 1

Actividad 1. La bienvenida	
Objetivos	- Ofrecer información específica de la intervención que se va a realizar.
Descripción de la actividad	Durante esta actividad se pretende realizar un primer encuentro con los destinatarios (jóvenes con Síndrome de Down y sus familias), a través de una jornada informativa se tratará de contextualizar el tema que se va a tratar; “el manejo afectivo sexual”. A través de una presentación visual se realizará una explicación de los objetivos que se propone la presente intervención, de los roles que debe acoger cada uno, de los contenidos que se van a tratar y de la temporalización de cada una de las actividades que se van a realizar. No obstante, resulta imprescindible tener en cuenta que

	esta intervención está dirigida principalmente a jóvenes con Síndrome de Down, por lo que la información proporcionada por el profesional deberá ser clara, utilizar un lenguaje sencillo e incluso ir acompañada de apoyos visuales.
Responsables	2 psicopedagogos/as
Recursos	Una sala con ordenador, proyector y sillas.
Tiempo	1 hora
Evaluación de la actividad	Jornada informativa

Actividad 2. Primer encuentro	
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluar los conocimientos que poseen los jóvenes con Síndrome de Down en materia afectivo sexual. - Evaluar habilidades educativas que poseen las familias en materia afectivo sexual con sus hijos.
Descripción de la actividad	<p>A través de esta actividad se pretende ahondar sobre los conocimientos que poseen los jóvenes con Síndrome de Down en lo que respecta al ámbito afectivo sexual a través de un cuestionario inicial. En una sala las psicopedagogas repartirán un cuestionario a cada joven con diversas afirmaciones que tendrán que ir marcando en verdadero o falso en función de lo que ellos consideren (Anexo 1). Asimismo, con el propósito de asegurarse que comprenden cada afirmación, la psicopedagoga irá leyendo cada una en voz alta para que vayan respondiendo de una en una.</p> <p>Por otra parte, en otra sala, las familias deberán contestar una entrevista inicial de forma escrita e individual con el objetivo de que los responsables conozcan sus actitudes y habilidades educativas a la hora de tratar los temas afectivo sexuales con sus hijos</p>

	(Anexo 2). De esta forma los responsables de la intervención tendrán información suficiente para saber desde qué punto parten y adaptar los contenidos a las situaciones de los destinatarios.
Responsables	2 psicopedagogos/as
Recursos	Dos salas con sillas, papel y lapiceros.
Tiempo	1 hora
Evaluación de la actividad	Entrevista y cuestionario

FASE DE EXPLORACIÓN DE LOS PROBLEMAS

Durante esta fase se inicia un proceso de exploración de los problemas y barreras personales y sociales que presentan los sujetos. Esta fase es crucial para comprender y abordar las causas que impiden el desarrollo pleno en este ámbito. Esta fase se compone de una sesión en la se realiza una actividad.

Sesión 2

Actividad 3. DAFO	
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> - Analizar las causas que impiden un desarrollo afectivo sexual completo e identificar aspectos positivos que promuevan su desarrollo. - Promover la comunicación abierta y respetuosa entre los jóvenes con Síndrome de Down y sus familias respecto a la educación afectivo sexual.
Descripción de la actividad	En esta actividad, a través de la elaboración de un DAFO por parejas en una cartulina, por una parte, los jóvenes deberán analizar e identificar factores externos e internos que afectan positiva y negativamente a su propio desarrollo afectivo sexual. Mientras que, por otra parte, las familias, por parejas deberán analizar a través de un DAFO los factores internos y externos que afectan

	<p>tanto positiva como negativamente en la educación de sus hijos en materia afectivo sexual.</p> <p>A continuación, cada pareja expondrá su DAFO al resto de participantes. De esta forma, todos podrán ser conscientes de los factores que impiden y favorecen tanto el desarrollo como la educación afectivo sexual de los jóvenes, fomentar la transparencia entre sí y promover la colaboración y la comunicación entre familias.</p>
Responsables	2 psicopedagogos/as
Recursos	Una sala, sillas, mesas, cartulinas y lapiceros.
Tiempo	1 hora y 30 minutos.
Evaluación de la actividad	Análisis de debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades.

FASE DE ACUERDO DE LOS OBJETIVOS Y METAS

Esta etapa conforma una parte fundamental del proceso para solventar la problemática que sostiene la necesidad de intervención, pues será imprescindible que los destinatarios tengan claros los objetivos que pretenden conseguir a través de la participación en la presente propuesta. Esta fase se compone de una sesión en la que se realiza una actividad.

Sesión 3

Actividad 4. ¿Qué nos proponemos?	
Objetivos	- Establecer propuestas de logro a conseguir en materia afectivo sexual.
Descripción de la actividad	En base a los factores externos e internos analizados en la anterior actividad que impiden el pleno desarrollo y la adecuada educación afectivo sexual de los jóvenes con Síndrome de Down y teniendo en cuenta las fortalezas y oportunidades que pueden ayudar a reducir la

	<p>problemática existente, los destinatarios deberán reflexionar acerca de algo que realmente les preocupe en lo relacionado a este tema.</p> <p>Por parejas, por un lado, de adolescentes y, por otro lado, de familias, deberán discutir sobre qué problemas o preocupaciones detectan que imposibilitan o bien, comprender y disfrutar de su desarrollo afectivo sexual, o bien, que la educación afectivo sexual de sus hijos se pueda llevar a cabo, y escribirlos en un papel. Para ello ofreceremos ejemplos a los participantes con frases como “no sé por qué mi cuerpo está sufriendo cambios” o “tengo miedo de que mi hija se quede embarazada”.</p> <p>A continuación, deberán establecer, en las mismas parejas una serie de objetivos que pretenden conseguir y escribirlos en el mismo folio, como por ejemplo “conocer mis derechos sexuales” o “ofrecer a mi hijo un ambiente de confianza”.</p> <p>Por último, a través de una conversación guiada por las psicopedagogas, las parejas irán comentando una por una los problemas que detectan y los objetivos que se proponen.</p>
Responsables	2 psicopedagogas.
Recursos	Una sala con sillas, mesas, lapiceros y folios.
Tiempo	1 hora y 30 minutos
Evaluación de la actividad	Conversación guiada y grupal.

FASE DE PLANIFICACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DE TAREAS

A través de esta fase los destinatarios irán adquiriendo poco a poco las herramientas, habilidades y conocimientos necesarios para alcanzar sus objetivos propuestos previamente. Las sesiones se dividen en contenidos, cada semana se establece un contenido a tratar relacionados con aspectos afectivo sexuales. En todas las actividades propuestas podrán participar las familias, este aspecto será ideal, pues de

esta forma podrán ir creando un clima de comunicación con sus hijos, lo que facilitará el proceso de comunicación en materia de educación afectivo sexual. No obstante, ellas tendrán una sesión dirigida exclusivamente a ofrecer orientaciones sobre como emplear actitudes positivas a la hora de establecer una educación afectivo sexual con sus hijos.

Sesión 4

Actividad 5. Nos introducimos en la sexualidad	
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluar los conocimientos que poseen los jóvenes con Síndrome de Down en materia afectivo sexual. - Dotar a los jóvenes con Síndrome de Down de conocimientos suficientes y adecuados sobre su propia sexualidad.
Descripción de la actividad	<p>Durante esta actividad iniciaremos una conversación guiada con los participantes sobre diferentes aspectos de la sexualidad. Los participantes deberán colocarse en círculo para favorecer la comunicación y establecer un clima dinámico. A continuación, las psicopedagogas van presentando los diferentes contenidos que se van a ir tratando a lo largo de la intervención:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Conocimiento del cuerpo. - Conceptos sobre sexualidad. - Identificación, gestión y expresión de emociones. - Privacidad y límites personales. - Prevención de abusos y situaciones sexuales de riesgo. - Roles y estereotipos sexuales. - Prevención de violencia de género.

	<ul style="list-style-type: none"> - Etapas en el desarrollo afectivo y sexual. - Tipos de relaciones afectivas: familia, amistad, noviazgo, pareja y matrimonio. <p>Se va mostrando cada contenido de uno en uno y se espera a que los participantes expliquen con sus palabras a qué se refiere este contenido, a continuación, cuando ya se han obtenido varias explicaciones, la psicopedagoga ofrece a los participantes la explicación más completa del contenido.</p> <p>Esta actividad será imprescindible para que la siguiente actividad pueda realizarse correctamente.</p>
Responsables	2 psicopedagogos/as.
Recursos	Una sala y sillas.
Tiempo	30 minutos
Evaluación de la actividad	Conversación guiada y grupal.

Actividad 6. ¿Cómo de a gusto me encuentro?	
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluar los conocimientos que poseen los jóvenes con Síndrome de Down en materia afectivo sexual.
Descripción de la actividad	<p>A través de esta actividad se pretende invitar al participante a reflexionar acerca de los conocimientos que posee en diferentes aspectos afectivo sexuales.</p> <p>Utilizaremos una silla que representará los diferentes contenidos que se van a tratar. Para ello realizaremos las siguientes cuestiones que les ayudarán a comprender mejor la referencia:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Conozco mi cuerpo. 2. Se que significan algunas palabras relacionadas con la sexualidad como eyaculación o erotismo. 3. Reconozco cómo me siento y se expresar mi emoción en determinadas situaciones.

	<ol style="list-style-type: none"> 4. Se decir que no para proteger mi privacidad. 5. Se cuando alguien me hace sentir incómodo e inseguro. 6. Se que estereotipo tiene la mujer y el hombre en la sociedad. 7. Se identificar cuando alguien está sufriendo violencia de género. 8. He sufrido cambios físicos y psicológicos y se decir cuáles. 9. Se qué tipos de relaciones afectivas existen. <p>Tras cada asociación, los participantes deberán colocarse a la distancia de la silla que consideren, es decir, si están de acuerdo con la afirmación más cerca de la silla, si no están de acuerdo más alejado. A continuación, uno por uno, deberán dar una razón de por qué y expresar si están a gusto y conforme con su posición.</p>
Responsables	2 psicopedagogos/as.
Recursos	Una sala con sillas.
Tiempo	30 minutos
Evaluación de la actividad	Posición en la que se sitúan respecto a la silla que representa los diversos temas a tratar.

A partir de la siguiente sesión se comenzará a profundizar en los contenidos afectivo sexuales que plantea tartar la presente intervención. Estos contenidos se dividen por semanas, dedicando dos sesiones cada uno.

Sesión 5 Conceptos sobre sexualidad

Actividad 7. Los conceptos	
Objetivos	- Dotar a los jóvenes con Síndrome de Down de conocimientos suficientes y adecuados sobre su propia sexualidad.
Descripción de la	Las psicopedagogas comenzarán escribiendo en varios

actividad	póbits conceptos relacionados con la sexualidad y las relaciones afectivas, pero también conceptos que no tengan que ver, en una pizarra dibujarán en una parte un símbolo de una X en rojo y en otra parte de la pizarra un símbolo de una V en verde. Los adolescentes se colocarán en círculo y en el centro estarán todos los póbits pegados en el suelo. De uno en uno irán cogiendo un póbit y leyéndolo en voz alta, a continuación de leerlo, el usuario deberá proporcionar una definición del mismo y decidir si tiene o no que ver con las relaciones afectivas y la sexualidad colocándolo en un sitio u otro de la pizarra. Seguidamente las psicopedagogas proporcionarán una definición más completa si resulta necesario y corregirán la posición del póbit si también resulta necesario, aclarando cualquier duda que surja (Anexo 3).
Recursos	Una sala, pizarra, tizas/rotuladores, póbits y sillas.
Responsables	2 psicopedagogos/as
Tiempo	1 hora
Evaluación de la actividad	Ubicación del término a tratar (concepto relacionado con la sexualidad o no) y definición del mismo.

Sesión 6. Conceptos sobre sexualidad

Antes de comenzar esta sesión se realizará un breve repaso sobre los conceptos aprendidos en la anterior sesión.

Actividad 8. La Oca de los conceptos	
Objetivos	- Dotar a los jóvenes con Síndrome de Down de conocimientos suficientes y adecuados sobre su propia sexualidad.
Descripción de la actividad	Durante esta actividad los participantes se dividirán en dos grupos de cuatro, a cada grupo se le proporcionará un tablero de juego, unas fichas y unos dados. El tablero

	<p>es un juego estilo “oca”, en cada casilla hay un pictograma representando un concepto que se impartió en la anterior sesión (Anexo 4 y 5). El juego se juega de forma individual, este consiste en avanzar desde la casilla de inicio hasta la casilla final, el participante tira el dado y se mueve hasta la casilla que corresponde, seguidamente deberá relacionar el pictograma con el concepto afectivo sexual al que corresponde y justificar la importancia que tiene conocer ese concepto y sus derivados. Una vez terminen, se intercambiarán los tableros. Cada psicopedagoga estará con un grupo, sirviendo de apoyo y comprobando que saben reconocer los conceptos, del mismo modo, si consideran que les resulta difícil identificarlos, pueden escribir los conceptos que aparecen en el tablero en la pizarra.</p>
Recursos	Una sala, mesas, sillas, tablero de juego, dados y fichas.
Responsables	2 psicopedagogos/as
Tiempo	1 hora
Evaluación de la actividad	Definiciones de los conceptos representados en el tablero de juego.

Sesión 7 Conocimiento del cuerpo

Actividad 9. Conociendo nuestro cuerpo	
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> - Dotar a los jóvenes con Síndrome de Down de conocimientos suficientes y adecuados sobre su propia sexualidad.
Descripción de la actividad	Se dividirán a los participantes en dos subgrupos de cuatro personas, a cada grupo se le proporcionará un trozo de papel continuo lo suficientemente grande para que quepa una silueta de persona, a continuación, se les

	entregarán varias tarjetas con diferentes partes del cuerpo (vagina, pene, senos, ojos, nariz, boca, manos, pies, brazos, cabeza...) que deberán colocar en la parte del cuerpo de la silueta que consideren. Por último, expondrán al otro grupo su silueta, señalando las partes del cuerpo de las tarjetas y explicando su función o funciones.
Recursos	Una sala, papel continuo, tijeras, lapiceros y tarjetas.
Responsables	2 psicopedagogos/as.
Tiempo	1 hora
Evaluación de la actividad	Ubicación de las distintas partes del cuerpo en la silueta dibujada.

Sesión 8. Conocimiento del cuerpo

Actividad 10. Explorando el aparato reproductor	
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> - Dotar a los jóvenes con Síndrome de Down de conocimientos suficientes y adecuados sobre su propia sexualidad.
Descripción de la actividad	<p>Esta actividad será un poco más explicativa, con ayuda de una sexóloga se profundizarán temas relacionados con la fisiología sexual y la fisiología del placer sexual. Los participantes se pondrán en parejas y cada una tendrá un pene y una vagina que representen ambos aparatos reproductores donde los participantes puedan apreciar sus partes de una forma visual y manipulativa (Anexo 6 y 7). Esto les ayudará a comprender mejor donde se localiza cada zona.</p> <p>A continuación, la sexóloga con apoyo de las psicopedagogas explicará temas como la reproducción y</p>

	<p>el embarazo, la excitación, el orgasmo y los órganos encargados de dar placer, la menstruación, la eyaculación, las partes de cada órgano reproductor... Los participantes tendrán delante cada órgano con el objetivo de identificar de forma más clara para zona y los procesos de las funciones.</p>
Recursos	Pene y vagina realista, mesas y sillas.
Responsables	2 psicopedagogos/as, 1 sexóloga.
Tiempo	1 hora/1 hora y 30 minutos
Evaluación de la actividad	Jornada informativa.

Sesión 9. Etapas en el desarrollo afectivo sexual

Actividad 11. ¿Qué cambios experimento?	
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> - Dotar a los jóvenes con Síndrome de Down de conocimientos suficientes y adecuados sobre su propia sexualidad.
Descripción de la actividad	<p>Durante esta actividad los participantes se dispondrán en círculo, seguidamente las psicopedagogas comenzarán a generar las siguientes preguntas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿Habéis notado cambios en vuestro cuerpo durante estos años? ¿Qué cambios habéis notado? - ¿Cómo os sentís acerca de esos cambios? - ¿Hay algún cambio que os guste? ¿Hay alguno que no? - ¿Sabéis por qué ocurren esos cambios? - ¿Has notado algún cambio en tus emociones o en cómo te sientes?

	<p>- ¿Qué cosas haces para cuidar tu cuerpo?</p> <p>A continuación, se iniciará una explicación sobre los cambios que va sufriendo el cuerpo a medida que uno va creciendo dependiendo de la etapa de desarrollo, estas explicaciones serán acompañadas de una imagen para que puedan asociar con claridad la etapa al momento de vida del ser humano (Anexo 8). Seguidamente los animaremos a expresar en qué etapa consideran que están ellos y en qué etapa consideran que están sus familiares.</p>
Recursos	Una sala, imágenes y sillas.
Responsables	2 psicopedagogos/as.
Tiempo	1 hora
Evaluación de la actividad	Conversación guiada y grupal, información proporcionada por la psicopedagoga y declaración de los participantes sobre la etapa en la que ellos consideran que se encuentran.

Sesión 10. Etapas del desarrollo afectivo sexual

Actividad 12. ¿En qué etapa estoy?	
Objetivos	<p>- Dotar a los jóvenes con Síndrome de Down de conocimientos suficientes y adecuados sobre su propia sexualidad.</p>
Descripción de la actividad	<p>Se iniciará la actividad realizando un breve repaso de los conocimientos que se vieron en la anterior sesión, recordando las etapas y los cambios físicos que se experimentan en cada una. A continuación, se colocarán las imágenes del bebé, del niño, del adulto, del joven y del anciano en la pared, sin ninguna característica que las acompañe. Seguidamente, repartiremos una serie de afirmaciones a cada participante (Anexo 9), uno a uno</p>

	las leerá en alto y deberá colocarla en la etapa de desarrollo que considere correspondiente. Las psicopedagogas irán proporcionando feedback y preguntando se han preguntado algo por el estilo.
Recursos	Una sala, sillas, blue tack, imágenes de etapas de desarrollo y afirmaciones.
Responsables	2 psicopedagogos/as
Tiempo	1 hora
Evaluación de la actividad	Ubicación de las afirmaciones en la etapa que consideran correspondiente.

Sesión 11. Roles y estereotipos sexuales.

Actividad 13. Los estereotipos	
Objetivos	- Promover la disminución de estereotipos de género y fomentar la igualdad.
Descripción de la actividad	<p>La actividad comenzará con un <i>brain storming</i> sobre qué creen los participantes que son los roles de género y los estereotipos, una vez hayan proporcionado todos una idea de lo que consideran, las psicopedagogas darán una definición más completa.</p> <p>A continuación, los participantes se dividirán en dos subgrupos de cuatro personas, a ambos grupos se les proporcionará un trozo de papel continuo lo suficientemente grande como para que quepa una silueta de persona. Un grupo realizará la silueta de hombre y otro la silueta de mujer, seguidamente deberán dibujar tanto los estereotipos de género que se atribuyen al género masculino o femenino, por ejemplo; “las mujeres son débiles”, “los hombres no lloran”, “dibujan a una mujer con el pelo largo” o “dibujan a un hombre con el</p>

	<p>pelo corto”.</p> <p>Por último, expondrán al resto de sus compañeros su representación y explicarán qué es cada uno de los estereotipos que han reflejado, del mismo modo invitaremos al otro grupo a que añada más o proporcione comentarios al respecto.</p> <p>Finalmente se establecerá una reflexión sobre la importancia de reconocer estos estereotipos y eliminarlos.</p>
Recursos	Una sala, mesas, sillas, pinturas, lápices y papel continuo.
Responsables	2 psicopedagogos/as
Tiempo	1 hora
Evaluación de la actividad	Representación de estereotipos de género en papel continuo.

Sesión 12. Roles y estereotipos sexuales.

Actividad 14. Los carteles de la igualdad	
Objetivos	- Promover la disminución de estereotipos de género y fomentar la igualdad.
Descripción de la actividad	<p>En esta actividad, inicialmente se realizará un breve repaso de lo que se realizó en la anterior actividad, de los roles que acoge la mujer y el hombre en la sociedad y de la importancia de eliminarlos.</p> <p>A continuación, se dividirán en dos grupos de tres y uno de dos, cada grupo deberá crear un cartel que promocióne la igualdad de género, se les ofrecerá revistas donde puedan extraer estereotipos de género y puedan utilizar imágenes de personas. Deberán crear un</p>

	<p>logo o añadir frases estilo “las habilidades no tienen género”, “todos podemos ser lo que queramos” ... Este será el momento de expresar su creatividad.</p> <p>Una vez hayan terminado los carteles, se recorrerán la Asociación para colgar así sus carteles y concienciar al resto de personas.</p>
Recursos	Una sala, sillas, mesas, cartulinas, lapiceros, pinturas, revistas, pegamentos y tijeras.
Responsables	2 psicopedagogos/as.
Tiempo	1 hora y 30 minutos
Evaluación de la actividad	Carteles de igualdad.

Sesión 13. Privacidad y límites personales.

Actividad 15. En público o en privado.	
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> - Fomentar la importancia de la privacidad y los límites personales.
Descripción de la actividad	<p>La actividad comenzará con una introducción sobre la importancia de respetar la privacidad y de saber distinguir si determinadas acciones se pueden realizar en público o en privado.</p> <p>A continuación, dividiremos en aula en dos, una parte representará la zona pública y la otra parte la zona privada. Seguidamente las psicopedagogas enunciarán diversas acciones en voz alta, de una en una:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Besar en la mejilla a un amigo. - Besar en la boca a mi novia. - Comer. - Hablar con mi amiga. - Mantener relaciones sexuales. - Pintar un cuadro.

	<ul style="list-style-type: none"> - Tener una conversación íntima. - Ducharse. - Masturbarse. - Hablar por teléfono. <p>Una vez se hayan posicionado en un lado u otro los participantes, las psicopedagogas preguntarán el porqué de su decisión y ofrecerán una explicación de por qué se debe o no realizar esa acción en privado o en público.</p>
Recursos	Una sala.
Responsables	2 psicopedagogos/as
Tiempo	30 minutos.
Evaluación de la actividad	Ubicación de los participantes (sección público/sección privado) en función de la actividad que se mencione.

Actividad 16. “NO”	
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> - Fomentar la importancia de la privacidad y los límites personales
Descripción de la actividad	<p>En esta actividad se explicarán qué son los límites personales y la importancia de saber decir “no”.</p> <p>Por parejas, establecerán un momento de reflexión y escribirán en un folio diferentes situaciones que ellos consideren que sobrepasan sus límites personales.</p> <p>A continuación, cada pareja deberá escoger dos escenas, una sobre límites de uno de la pareja y otra escena sobre límites del otro de la pareja. Llevarán a cabo un role playing representando ambas escenas a sus compañeros donde tienen que decir “no” en el momento que se sobrepasen los límites.</p>
Recursos	Una sala.
Responsables	2 psicopedagogos/as.

Tiempo	30 minutos
Evaluación de la actividad	Situaciones que consideren que sobrepasan sus límites personales.

Sesión 14. Prevención de abusos y situaciones sexuales de riesgo

Actividad 17. Aprendiendo a protegernos	
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> - Fomentar la comprensión de qué situaciones son seguras e inseguras en relación con el abuso y las relaciones sexuales y promover habilidades para evitarlas. - Conocer los derechos que todo ser humano posee, en concreto los derechos sexuales.
Descripción de la actividad	<p>La actividad comenzará con un <i>brain storming</i> sobre los derechos que ellos consideran que poseen, a continuación, las psicopedagogas les mostrará los derechos que ellos y todo el mundo posee más relevantes en cuanto a sexualidad. Seguidamente se les explicará qué son las situaciones de abuso y situaciones sexuales de riesgo.</p> <p>Por parejas se les repartirá una serie de situaciones (Anexo 10), esta puede ser de riesgo o no, los participantes deberán de decidir si identifican esta situación como una situación de riesgo o no, en el caso que sea que si deberán aportar una solución sobre qué hacer en ese momento.</p>
Recursos	Una sala, tarjetas de situaciones, sillas.
Responsables	2 psicopedagogos/as
Tiempo	1 hora
Evaluación de la	Explicación de derechos humanos y situaciones de

actividad	riesgo y abuso. Decisión acerca de si una situación determinada es de riesgo o no.
------------------	--

Sesión 15. Prevención de violencia de género.

Actividad 18. “Red flags” y “Green flags”	
Objetivos	- Promover habilidades de detección y prevención de violencia de género.
Descripción de la actividad	<p>Antes de comenzar esta actividad se realizará una introducción sobre lo que es la violencia de género, los mitos del amor romántico, lo que es y lo que no es amor, diversos conceptos.</p> <p>A continuación, se dividirá un mural en dos partes, por un lado, las “green flags” y por otro lado las “red flags” (Anexo 11), se les explicará qué es lo que significa cada concepto. En una caja habrá diversas situaciones, de uno en uno deberán ir sacando una situación y colocarla en el sitio que consideren oportuno, a continuación, las psicopedagogas realizarán una breve explicación de la situación y les ofrecerán una aclaración de por qué se considera “green flag” o “red flag”.</p>
Recursos	Una sala, blue tack y tarjetas de situaciones.
Responsables	2 psicopedagogos/as.
Tiempo	1 hora
Evaluación de la actividad	Ubicación de una situación en “red flag” o “green flag”.

Sesión 16. Prevención de violencia de género

Actividad 19. Identificando la violencia de género	
Objetivos	<ul style="list-style-type: none">- Promover habilidades de detección y prevención de violencia de género
Descripción de la actividad	<p>Antes de comenzar con la actividad se realizará un breve repaso entre todos de los contenidos que se vieron en la anterior sesión. A continuación, se comenzará a explicar los tipos de relación (relación igualitaria, relación fusional y relación de dominio), el círculo de la violencia y los tipos de violencia de género.</p> <p>Seguidamente los participantes se dividirán en parejas, cada pareja se le asignará uno o dos tipos de violencia en pareja (violencia física, violencia psicológica, violencia económica, violencia vicaria...), a través de un <i>role playing</i> deberán representar una situación en la que se ejerza ese tipo de violencia, el resto de los participantes deberán adivinar qué tipo de violencia es y ofrecer soluciones para evitarlo.</p>
Recursos	Una sala.
Responsables	2 psicopedagogos/as.
Tiempo	1 hora
Evaluación de la actividad	Representaciones de situaciones de violencia y sus posibles soluciones.

Sesión 17. Tipos de relaciones afectivas: familia, amistad, noviazgo, pareja y matrimonio.

Actividad 20. Navegando por las relaciones afectivas	
Objetivos	<ul style="list-style-type: none">- Promover la comprensión de los diferentes tipos de relaciones afectivas.

Descripción de la actividad	La actividad comenzará una explicación del término “relación afectiva” y de los diversos tipos de relaciones que existen. A continuación, los participantes se dividirán en dos grupos de cuatro, a cada grupo se le proporcionará una cartulina, dicha cartulina se dividirá en cuatro partes iguales, cada parte representará un tipo de relación (familia, amistad, noviazgo y matrimonio). Ambos grupos tendrán varias revistas estilo “HOLA”, deberán incluir en cada tipo de relación, palabras, frases e imágenes que representen dicha relación afectiva. Posteriormente, mostrarán y explicarán dicha elaboración al resto de sus compañeros.
Recursos	Una sala, mesas, sillas, cartulinas, lapiceros, tijeras, pegamento y revistas.
Responsables	2 psicopedagogos/as
Tiempo	1 hora
Evaluación de la actividad	Cartulinas con representaciones de diversas relaciones afectivas.

Sesión 18. Tipos de relaciones afectivas: familia, amistad, noviazgo, pareja y matrimonio

Actividad 21. ¿Qué relación soy?	
Objetivos	- Promover la comprensión de los diferentes tipos de relaciones afectivas.
Descripción de la actividad	Se iniciará la actividad con un repaso sobre los tipos de relaciones afectivas que existen y sobre qué caracteriza a cada una. A continuación, se describirán diversas acciones o actividades (Anexo 13), ellos tendrán que adivinar a que tipo o tipos de relación pertenece (familia, matrimonio,

	noviazgo, amistad y pareja). Seguidamente, se discutirá por qué entre todos y al finalizar deberán comentar las diferencias entre relaciones y escoger a un miembro que conozca (hermano, madre, amigo, novio, compañero) y describir su relación.
Recursos	Una sala, sillas y tarjetas de acciones.
Responsables	2 psicopedagogos/as
Tiempo	1 hora
Evaluación de la actividad.	Relación de las diversas actividades con el tipo de relación afectiva a la que pertenece.

Sesión 19. Identificación, gestión y expresión de emociones.

Actividad 22. El teatro de las emociones	
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> - Brindar a los jóvenes con Síndrome de Down las herramientas para comprender y expresar adecuadamente sus emociones en las relaciones interpersonales.
Descripción de la actividad	<p>La actividad comenzará con una introducción sobre las emociones, qué es, qué tipo de emociones existen y en qué situaciones se pueden experimentar. Se tratará de realizar una introducción dinámica que promueva la participación de los participantes.</p> <p>A continuación, los participantes se colocarán se colocarán por parejas, la dinámica consiste en introducir en una caja diferentes emociones, por parejas irán cogiendo de uno en uno los papelitos que hay en la caja, cuando una pareja coja un papel, deberá representar al resto de participantes una situación en la que se experimente esa emoción y estos adivinarla, la pareja que la adivine será la siguiente en coger otra emoción.</p> <p>Finalmente, se llevará a cabo una conversación grupal</p>

	en la que las psicopedagogas realicen las siguientes preguntas ¿Cuál es la emoción que más os gusta? ¿Habéis vivido alguna situación en la que la hayáis podido experimentar? ¿Y la que menos? ¿Habéis vivido alguna situación en la que la hayáis experimentado? ¿Cómo fue? ¿Creéis que hay alguna emoción que nunca la habéis vivido?
Recursos	Una sala.
Responsables	2 psicopedagogos/as
Tiempo	1 hora
Evaluación de la actividad.	Representaciones de diversas situaciones en las que se experimente la emoción correspondiente.

Sesión 20. Identificación, gestión y expresión de emociones.

Actividad 23. Mindfulness	
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> - Brindar a los jóvenes con Síndrome de Down las herramientas para comprender y expresar adecuadamente sus emociones en las relaciones interpersonales.
Descripción de la actividad	<p>Antes de comenzar la actividad se realizará un breve resumen de los aspectos que se trataron en la anterior sesión.</p> <p>A continuación, en compañía de un/a psicólogo/a, se les propondrán a los participantes diferentes situaciones que pueden hacer perder la calma, además motivaremos a los participantes a mencionar otras actividades o situaciones que ellos consideren que les hacen perder el control.</p> <p>Una vez expuestas varias situaciones, la psicóloga les</p>

	ofrecerá herramientas que les ayuden a gestionar las emociones en esos momentos y llevará a cabo una sesión de respiración profunda y mindfulness, esto les ayudará a mantener la calma en aquellos momentos de intensidad emocional en los que resulta complicado gestionar correctamente las emociones.
Recursos	Una sala y sillas
Responsables	2 psicopedagogos/as y 1 psicólogo/a.
Tiempo	1 hora
Evaluación de la actividad.	Sesión informativa sobre herramientas de control de emociones y de mindfulness.

Sesión 21. Orientación a las familias.

Esta última sesión, dirigida a las familias, se diseña para abarcar de forma más concreta los contenidos que han sido impartidos a sus hijos y sepan actuar de la mejor forma a la hora de tratarlos. No obstante, hay que tener en cuenta que la Asociación ofrece un servicio destinado a la orientación de las familias, servicio que puede ser utilizado cuando estos lo necesiten.

Actividad 24. Taller de comunicación abierta	
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> - Promover la comunicación abierta y respetuosa entre los jóvenes con Síndrome de Down y sus familias respecto a la educación afectivo sexual. - Acompañar a las familias durante el proceso de la educación afectivo sexual de sus hijos con síndrome de Down ofreciendo orientación.
Descripción de la actividad	La actividad se introducirá proporcionándoles información acerca de los contenidos que se impartieron en las 16 sesiones anteriores; conceptos sobre sexualidad, identificación, gestión y expresión de emociones, privacidad y límites personales, prevención

de abusos y situaciones sexuales de riesgo, roles y estereotipos sexuales, prevención de violencia de género, etapas en el desarrollo afectivo y sexual y tipos de relaciones afectivas. Se les facilitará a las familias toda la información que sus hijos han recibido durante las sesiones.

A continuación, las psicopedagogas realizarán una batería de preguntas a los familiares, fomentando la participación y la comunicación. Por ejemplo:

- ¿Habéis tratado alguna vez estos temas con vuestros hijos? ¿Por qué? ¿Recuerdas cómo fue la situación?
- ¿Os habéis encontrado alguna vez en una situación comprometida con vuestros hijos? ¿Cómo la habéis gestionado?
- ¿Consideráis que habéis ofrecido a vuestros hijos una educación afectivo sexual plena? ¿Por qué?
- ¿Consideráis relevante educar a vuestros hijos en materia afectivo sexual? ¿Por qué?

Las psicopedagogas irán ofreciendo retroalimentación constructiva en cada respuesta.

A continuación, se dividirán en parejas, cada pareja escribirá en una hoja una serie de situaciones que les resulten complicadas de tratar, por ejemplo: “¿qué hago si mi hijo me pregunta por qué crece su pene?”. Cuando todas las parejas tengan escritas en un papel varias situaciones, los participantes se dispondrán en círculo. Comienza una pareja, manifestando una de sus situaciones, a continuación, lanza la pelota a otra pareja, esta pareja deberá ofrecer la alternativa que considere adecuada para actuar en ese tipo de situación, cuando respondan, manifestarán una situación que tengan

	apuntada y lanzarán la pelota a otra pareja para que esta le ofrezca una solución, y así sucesivamente. Las psicopedagogas, irán interviniendo, haciendo apuntes y proporcionado feedback.
Recursos	Una sala, sillas, papel, lápiz y pelota.
Responsables	2 psicopedagogos/as.
Tiempo	1 hora y 30 minutos.
Evaluación de la actividad.	Conversación guiada y grupal.

Al finalizar cada una de las sesiones, se sugiere realizar un breve resumen de lo trabajado, creando un clima de discusión en el que los participantes puedan exponer lo aprendido y transmitir dudas o sugerencias que le surjan. Además, se recomienda realizar preguntas como: ¿Os ha gustado la sesión? ¿Qué habéis aprendido? ¿Hay algo que no hayáis entendido? ¿Cambiaríais algo de la sesión?...

FASE DE FINALIZACIÓN

Sesión 22. Evaluación final.

Actividad 25. Evaluación final	
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluar los conocimientos de los adolescentes con Síndrome de Down adquiridos tras la participación en la intervención. - Evaluar la satisfacción de los participantes con la intervención.
Descripción de la actividad	Antes de comenzar la actividad, familias e hijos se situarán en forma de círculo, las psicopedagogas iniciarán una conversación grupal preguntando a los asistentes qué es lo que más les ha gustado, qué es lo

	<p>que menos les ha gustado del proyecto, qué aspectos cambiarían, qué aspectos les han resultado útiles... y, sobre todo, si los objetivos que se propusieron inicialmente se han logrado.</p> <p>A continuación, repartiremos tanto a los adolescentes como a las familias un cuestionario de satisfacción con el programa (Anexo 14), seguidamente a los adolescentes les entregaremos el mismo cuestionario que entregamos al principio para evaluar la evolución de sus conocimientos (Anexo 1).</p> <p>Del mismo modo, a las familias se les entregará, pasado un tiempo (2-3 meses), la misma entrevista que realizaron inicialmente para evaluar sus habilidades y actitudes a la hora de educar a sus hijos en materia afectivo sexual y valorar su evolución (Anexo 2).</p>
Recursos	Una sala y sillas
Responsables	2 psicopedagogos/as.
Tiempo	1 hora
Evaluación de la actividad	Conversación guiada y grupal, cuestionario de satisfacción, cuestionario de conocimientos y entrevista.

6.9 Recursos

Respecto a los recursos que la presente intervención requiere para poder elaborar cada una de las actividades diseñadas, pueden ser divididos en tres; recursos humanos, recursos organizativos y recursos materiales.

Entre los recursos humanos que favorecerán el desarrollo de la intervención se encuentran los siguientes; las/os dos psicopedagogas/os, estas serán las encargadas de implementar todas las actividades diseñadas, son las encargadas de guiar las sesiones y se responsabilizarán de adaptar los materiales y contenidos para que puedan ser comprendidos por los participantes, la/el sexóloga/o, esta figura tendrá especial consideración en una de las actividades propuestas, se ocupará de transmitir conocimientos específicos en materia de sexualidad a los destinatarios, la/el psicóloga/o, proporcionará conocimientos específicos a los participantes en una sesión concreta, con el objetivo de ofrecer recursos para controlar sus emociones. Por último, los adolescentes con Síndrome de Down y sus familias serán el principal recurso humano necesario para que pueda llevarse a cabo la propuesta.

En cuanto a los recursos organizativos que se gestionan en la intervención, destacamos, bajo el enfoque de tiempo, dos meses y medio aproximadamente para poner en práctica la intervención. Bajo el enfoque de espacios en los que se van a realizar las actividades, la intervención requerirá disponer de las salas que ofrece la Asociación.

Por último, considerando los recursos materiales como los elementos tangibles que servirán para que las actividades se puedan llevar a cabo, se contemplan como los más destacados los siguientes: sillas, papeles, impresora, lápices, gomas, rotuladores, pinturas, papel continuo, revistas...

6.10 Evaluación

El tipo de metodología que se va a emplear a la hora evaluar el proyecto puede ser calificada como cualitativa y cuantitativa. Por una parte, a través de una entrevista y un cuestionario inicial que se realizará de forma individual y escrita a los usuarios del proyecto, se recopilarán datos descriptivos y detallados de forma que se pueda conocer la situación problemática de la que parten cada uno de los participantes del proyecto con un poco más de profundidad y las experiencias detalladas de cada uno de ellos, de forma que podamos ajustar y adaptar las dinámicas en base a sus características y necesidades. Aportaremos a la entrevista realizada a los familiares un enfoque interpretativo, cuyo objetivo será que los usuarios lleven a cabo una reflexión de su problemática.

Por otra parte, a través de una escala Likert se recopilarán a través de datos numéricos una evaluación del grado de calidad del proyecto con el objetivo de conocer cuán satisfechos están con el proyecto. Este tipo de encuesta irá dirigida tanto a todos los destinatarios del proyecto, de forma que se recopilará información de ambos puntos de vista para que ésta sea mucho más completa. Aportaremos a las variables que se pretenden medir un enfoque positivista, de tal forma que la persona puntualice a través de un método cuantitativo los parámetros relacionados con el grado de satisfacción con el proyecto.

Los coordinadores del proyecto, en este caso, llevarán a cabo la coordinación de ambas evaluaciones. Por una parte, se realizará una evaluación ex-ante a través de la entrevista y el cuestionario inicial dirigidos a los destinatarios del proyecto, esta evaluación tiene como objetivo anticipar la realidad y analizar las situaciones de partida de cada uno de ellos. Por otra parte, una vez finalice el proyecto, en la última sesión, se llevará a cabo una autoevaluación y evaluación del proyecto ex-post donde los usuarios volverán a repetir el cuestionario y la entrevista inicial con el objetivo de medir la evolución en cuanto a conocimientos y habilidades de los destinatarios a raíz de la implementación de este proyecto, de esta forma se analizarán retrospectivamente los resultados, impactos y desafíos a los que se ha enfrentado el proyecto durante todo el proceso, evaluando en qué medida se han alcanzado los objetivos previstos.

Asimismo, durante las actividades se llevará a cabo una continua evaluación a través de la observación sistemática. En un registro anecdótico se apuntarán hechos

significativos protagonizados por los participantes, las elaboraciones y dinámicas conformarán el principal objeto de evaluación.

Los resultados de las evaluaciones se añadirán en la memoria interna de la Asociación, permitiendo de este modo que se tengan en cuenta en otras ocasiones en las que se vuelva a poner en práctica este proyecto las debilidades y fortalezas que se han ido detectando. Del mismo modo, se ha que tener en cuenta que las habilidades y conocimientos adquiridos se valoran en el día a día de los participantes, por lo que los resultados de los cuestionarios y entrevistas finales no pueden considerarse del todo rigurosos, lo que conviene mantener la observación como técnica de evaluación tras haber completado la propuesta de intervención.

7. CONCLUSIONES

Tras una revisión sistemática de bibliografía actualizada sobre el Síndrome de Down y su manejo afectivo sexual, se observa que estas personas requieren una formación específica, además de ampliar la información que reciben sobre estos aspectos. Se ha observado, a través de diversas investigaciones las carencias que estas personas presentan en cuanto a habilidades y conocimientos de manejo afectivo sexual, en muchas ocasiones vinculadas a la pobreza en cuanto a contenidos que presentan este tipo de programas educativos que tratan en repetidas ocasiones temas muy superficiales. Implementar programas que incluyan información accesible y métodos adaptados resulta imprescindible para mejorar su calidad de vida y su inclusión en la sociedad.

En cuanto al papel de las familias, tras el análisis de diversos artículos y documentos, se considera que estas juegan un papel crucial en el desarrollo afectivo sexual de sus hijos y que, del mismo modo, se las debe ofrecer información y herramientas que sean capaces de habilitarlas a abordar estos temas de manera efectiva, promoviendo un entorno de apoyo, comunicación y comprensión.

Asimismo, aportar flexibilidad y adaptabilidad a este tipo de programas resulta esencial para poder así responder a la diversidad de necesidades y capacidades, por lo que los materiales y métodos utilizados deben ser ajustados en función de las características de los participantes y de los progresos que se van experimentando a lo largo de las sesiones. Además, utilizar materiales manipulativos y visuales y utilizar metodologías activas que involucren al participante refuerzan la integración de los conocimientos, así como la motivación de los participantes, por lo que estos aspectos se han tenido en cuenta a lo largo de la propuesta.

Teniendo en cuenta la evolución que han ido experimentando los temas afectivo sexuales en el plano de la normalización entre la población, reforzar este aspecto a través de un programa dirigido a adolescentes con Síndrome de Down puede resultar muy positivo y significativo en la vida de los individuos y las comunidades. Pues considero que, aunque ya se ha producido un avance considerable en los últimos años respecto a la normalización e integración de los temas afectivo sexuales en el día a día de las sociedades, las personas con discapacidad no han avanzado simultáneamente con

el resto de la sociedad, de forma que resulta beneficioso contrapesar esta disparidad a través de programas afectivo sexuales dirigidos a personas con discapacidad.

Al margen de estos aspectos, implementar esta intervención psicopedagógica, al igual que otras, con personas con Síndrome de Down requiere compromiso e implicación constante por parte de los adolescentes, por parte de las familias y por parte de los responsables para garantizar su efectividad, esta cooperación puede resultar muy enriquecedora puesto que favorece un clima de comunicación abierta y de confianza.

Aunque en la realidad no se llega a aplicar la presente intervención, resulta conveniente reflexionar y analizar qué objetivos de los propuestos se pueden alcanzar con la intervención diseñada. Por ello, se realizan las siguientes valoraciones;

1. **Objetivo general:** Ofrecer recursos tanto a las familias como a las personas con Síndrome de Down a través de una propuesta de intervención para facilitar los aspectos afectivo-sexuales de la vida de las personas con Síndrome de Down.
Se concluye que a través del diseño de una propuesta de intervención en la que se realizan diversas actividades se ha podido ofrecer herramientas y trabajar habilidades a través de diversos casos prácticos que puedan ser llevados a la realidad, con el objetivo de ayudar a gestionar aspectos afectivo sexuales de los participantes.
2. **Objetivo específico 1:** Analizar la aproximación afectivo-sexual en los adolescentes con Síndrome de Down desde un punto de vista de la literatura para el diseño de una intervención personalizada en base a sus características y necesidades.
Se concluye que las características, necesidades y desafíos que presentan los adolescentes con Síndrome de Down en aspectos afectivo sexuales han sido analizados y expuestos a lo largo de este documento gracias a una rigurosa revisión de literatura científica extraída de artículos, revistas, páginas web y libros actualizados que queda reflejada en las referencias bibliográficas, esta revisión y análisis ha sido indispensable para contextualizar y justificar el presente trabajo.
3. **Objetivo específico 2** Diseñar un plan de intervención psicopedagógico dirigido a adolescentes con Síndrome de Down sobre el manejo afectivo-sexual que

tenga como finalidad aprender a conocerse a uno mismo y vivir su propia sexualidad de forma saludable.

Se concluye que a través de la elaboración de un marco jurídico que respalda la importancia de llevar a cabo la presente intervención y su justificación, la elaboración del contexto donde esta propuesta puede llevarse a cabo, las características concretas de los destinatarios a los que se dirige dicha intervención, los objetivos que se propone, los contenidos que se van a tratar, la metodología que se va a emplear, la evaluación que se realiza para observar su imparto y la temporalización que se va a seguir, se diseña un plan de intervención psicopedagógico coherente y racional que argumenta las actividades diseñadas que tienen como propósito conocerse a uno mismo y vivir su propia sexualidad de forma saludable.

4. Objetivo específico 3 Seleccionar actividades dirigidas a las familias y a adolescentes con Síndrome de Down que permitan asesorar y orientar a ambas partes en materia de sexualidad.

Se concluye que mediante las actividades diseñadas que responden a los objetivos y contenidos preestablecidos se trabajan habilidades relacionadas con el asesoramiento y la orientación en temas afectivo sexuales de los participantes.

Mediante el diseño de una propuesta de intervención que considera los contenidos adecuados y relevantes a enseñar en base a la edad de los participantes y que establece una metodología que promueve en los participantes una previa exploración de los problemas y permite, de esta forma, una comprensión de la necesidad de participar en este programa, resulta justificable que se ha tratado, en todo momento, de lograr los objetivos elaborados inicialmente.

Asimismo, en cuanto a los objetivos de aprendizaje que se establecen en la fase del diseño de actividades que permitan lograr el objetivo general del presente Trabajo de Fin de Grado, se enuncian una serie de objetivos de aprendizaje dirigidos a los participantes que pretenden ser logrados con cada una de las actividades propuestas.

Del mismo modo, se concluye que a través de una sesión informativa, una entrevista y un cuestionario inicial a lo participantes, un análisis DAFO de la realidad y una actividad de propuesta de objetivos, se pretenden alcanzar los objetivos relacionados con ofrecer información específica a los participantes sobre la propuesta,

evaluar los conocimientos y habilidades que poseen ambos participantes en materia afectivo sexual, analizar las barreras que impiden un pleno desarrollo afectivo sexual, establecer propuestas de logro y, por ende promover una comunicación abierta y respetuosa entre familias e hijos a través de las actividades conjuntas. Respecto a la consecución de estos objetivos, se puede deducir que están relacionados con la metodología empleada y que pueden ser observados de forma objetiva, es decir, a través del empleo de entrevistas y cuestionarios es evidente que se van a evaluar los conocimientos y habilidades de los participantes, por lo que contribuye a la objetividad en la consecución de objetivos. No obstante, respecto a los objetivos que se pretenden alcanzar con las actividades llevadas a cabo durante la “fase de implementación de tareas” y que están relacionados con los contenidos establecidos, se llega a la conclusión de que su consecución puede ser media a largo plazo y en situaciones cotidianas de la vida, pues a través de un cuestionario final no puede medirse con exactitud si los objetivos establecidos en cada actividad se han alcanzado o no.

Cabe destacar, la doble discriminación que presentan las mujeres con discapacidad según la bibliografía revisada, por el hecho de ser mujeres y por el hecho de poseer una discapacidad. Esta circunstancia tiene especial consideración en la presente propuesta, ofreciendo cuatro sesiones en las que se trabajan los roles y estereotipos sexuales y la violencia de género, lo que pretende ayudar a identificar y a prevenir en los jóvenes este tipo de situaciones.

En cuanto a las limitaciones que esta propuesta puede presentar se analizan a continuación las siguientes:

- *Variabilidad cognitiva.* Existe una amplia variabilidad en las capacidades cognitivas de las personas con Síndrome de Down, por lo que no todos los materiales y métodos resultarán igualmente efectivos para todos los participantes.
- *Falta de participación familiar.* La falta de apoyo y compromiso por parte de la familia puede dificultar la aplicación de los conocimientos adquiridos por parte del adolescente y limitar la comunicación positiva.
- *Recursos limitados.* Implementar un programa requiere de recursos económicos, las Asociaciones disponen de recursos financieros limitados, lo que puede

dificultar que determinadas actividades que requieran más financiación se lleven a cabo.

- *Fecha de inicio y fin.* Para observar resultados positivos, se requiere mantener la continuidad, lo que precisa de financiación y en muchas ocasiones resulta complicado.

En cuanto a los alcances que pueden obtenerse a través de la presente propuesta, se analizan los siguientes:

- *Normalización de la temática.* A través de recursos y materiales explícitos se pretende alcanzar la normalización a la hora de abordar estos temas en jóvenes y familias. Un ejemplo es la utilización de un aparato reproductor femenino y otro masculino que se asemejen a la realidad, evitando en todo momento fotografías en dibujo que se alejen de la misma.
- *Fomento de la comunicación entre familias.* A través de actividades en las que pueden participar las familias se puede ir fomentando un clima de confianza y comunicación abierta respecto a estos temas.
- *Aumento de conocimientos.* Con la implementación de las actividades diseñadas se favorece la adquisición de conocimientos en materia afectivo sexual, además de poder ampliar información que desconocían.
- *Intercambio de experiencias.* Todas las actividades dedican un espacio de discusión, donde los participantes pueden aprender de otras experiencias y sentirse identificados con las mismas, esto les puede ayudar a implementar otro tipo de estrategias más fructíferas.

Para concluir el presente Trabajo de Fin de Máster, cabe mencionar la relevancia que ha tenido la elaboración de este trabajo tanto en aspectos profesionales como en la forma de percibir la realidad. He sido capaz de comprender, abordar y analizar desde una perspectiva más profunda la realidad que experimentan las personas con Síndrome de Down en aspectos afectivo sexuales, además de los estigmas, mitos y estereotipos a los que les somete la sociedad. Asimismo, considero que el foco debería trasladarse a la sociedad, trabajando la eliminación de estos conceptos erróneos que impiden el desarrollo pleno de la sexualidad de las personas con discapacidad para conseguir la plena inclusión social.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Amor, D. J. (2018). Investigating the child with intellectual disability. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 54(10), 1154-1158.

Adams, A. D., Guedj, F., y Bianchi, D. W. (2020). Placental development and function in trisomy 21 and mouse models of Down syndrome: Clues for studying mechanisms underlying atypical development. *Placenta*, 89, 58-66.

Antonarakis, S. E., Skotko, B. G., Rafii, M. S., Strydom, A., Pape, S. E., Bianchi, D. W., ... y Reeves, R. H. (2020). Down syndrome. *Nature Reviews Disease Primers*, 6(1), 9.

Alexander, N. y Taylor, M. (2017). Pleasure, sex, prohibition, intellectual disability, and dangerous ideas. *Reproductive Health Matters*, 25(50), 114-120. Recuperado a partir de: <https://doi.org/10.1080/09688080.2017.1331690>

Alzyoud, N. F. (2023). Investigating The Social and Psychological Factors Affecting Behavior Disorders of Down Syndrome: From The Point Of View Of The Parents. *Journal of Positive School Psychology*, 7(8), 210-222.

APA. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5* (5a. ed. --.) American Psychiatric Association. Madrid: Editorial Médica Panamericana

Asociación Mundial para la Salud Sexual. (2014). *Declaración de los Derechos Sexuales*. Recuperado a partir de: https://worldsexualhealth.net/wpcontent/uploads/2013/08/declaracion_derechos_sexuales_sep03_2014.pdf

Berástegui, A. y González, M. D. (2017). Educación afectivo-sexual de los niños y adolescentes con discapacidad intelectual. *Padres Y Maestros / Journal of Parents and Teachers*, 372, 24–30. <https://doi.org/10.14422/pym.i372.y2017.004>

Bernales, M., Germain, R., Leiva, C. y López, F. (2021). El impacto de la educación sexual en personas con síndrome de Down.

BOE 2008/6963, de 13 de diciembre, Instrumento de Ratificación de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad. *Boletín Oficial del Estado*, 96, de 21 de abril de 2008. [https://www.boe.es/eli/es/ai/2006/12/13/\(1\)](https://www.boe.es/eli/es/ai/2006/12/13/(1))

De Enciclopedia Significados, E. (2023). *Etapas del Desarrollo Humano: cuáles son, edades y sus características*. Enciclopedia Significados. <https://www.significados.com/etapas-del-desarrollo-humano/>

Díaz, S., Yokoyama, E. y del Castillo, V. (2016). Genómica del síndrome de Down. *Acta Pediatr Mex*, 37(5). Recuperado a partir de: <https://www.scielo.org.mx/pdf/apm/v37n5/2395-8235-00289.pdf>

Down España. (2018). *¿Qué es el Síndrome de Down? - Down España*. <https://www.sindromedown.net/sindrome-de-down/que-es-el-sindrome-de-down/>

Down España. (2022). *Educación afectivo-sexual para adolescentes*. DOWN ESPAÑA. https://www.sindromedown.net/wp-content/uploads/2022/02/SEXUALIDAD_06.pdf

- Diamandopoulos, K., y Green, J. (2018). Down syndrome: An integrative review. *Journal of neonatal nursing*, 24(5), 235-241
- Dieleman, L. M., De Pauw, S. S., Soenens, B., Van Hove, G., y Prinzie, P. (2018). Behavioral problems and psychosocial strengths: unique factors contributing to the behavioral profile of youth with down syndrome. *American journal on intellectual and developmental disabilities*, 123(3), 212-227.
- Esbensen, A. J., Schworer, E. K., Lee, N. R., Hoffman, E. K., Yamamoto, K., y Fidler, D. (2024). Implications of Using the BRIEF—Preschool With School-Age Children With Down Syndrome. *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities*, 129(1), 41-55.
- Estruch, V., Cervigón, V., Fernández, O., Elipe, M. y Gil, M. D. (2021). Metodología de los programas de educación afectivo-sexual para personas con diversidad funcional intelectual: una revisión sistemática. *Revista INFAD De Psicología. International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2(2), 421–432. <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2021.n2.v2.2250>
- Fallas, M. A., Artavia, C. y Gamboa, A. (2012). Educación sexual: Orientadores y orientadoras desde el modelo biográfico y profesional. *Revista Electrónica Educare*, 16, 53-71. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=194124704004>
- Fernández, A.D. (2016). Aspectos generales sobre el síndrome de Down. *Revista Internacional de apoyo a la inclusión, logopedia, sociedad y multiculturalidad*, 2(1), 33-38.
- Flórez, J. (2018). La comprensión actual de la discapacidad intelectual. *Sal Terrae*, 106, 479-492.

Frawley, P. y O'Shea, A. (2020). 'Nothing about us without us': Sex education by and for people with intellectual disability in Australia. *Sex Education*, 20(4), 413-424. Recuperado a partir de: <https://doi.org/10.1080/14681811.2019.1668759>

García, G., y Bejan, R. (2018). "Early Sexual Education for Children with Down Syndrome: A Review of Methods and Outcomes." *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 31(5), 872-883.

Garvía, B. (2014). *Relaciones afectivas y sexualidad*. Fundación Catalana Síndrome de Down. https://www.sindromedown.net/storage/2014/09/87L_relaciones.pdf

Gil, M. D., Díaz, I. M., Ceccato, R., Ballester, R. y Giménez, C. (2014). Conocimientos, actitudes hacia la orientación sexual, comportamientos de riesgo y abusos sexuales en mujeres con discapacidad intelectual. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(2), 397-406

Gómez, C. y Otaola, M. P. (2022). Apuntes sobre “mujeres con valor”: El estudio acerca la realidad de las mujeres con síndrome de Down en España. *Actas de Coordinación Sociosanitaria*, 2(31), 114-126. https://doi.org/10.48225/ACS_31_114

Gomiz, M. P. (2016): La sexualidad y la maternidad como factores adicionales de discriminación (y violencia) en las mujeres con discapacidad. *Revista Española de Discapacidad*, 4 (2): 123-142. <https://doi.org/10.5569/2340-5104.04.02.07>

González A, Marrero J, Lugo C, González C. (2022). Sexualidad en personas con discapacidades. Síndrome de Down. El papel de la familia. *Revista Sexología y Sociedad*. 28 (2) Disponible en: <https://revsexologiaysociedad.sld.cu/index.php/sexologiaysociedad/article/view/753>

Hermosillo, A.M. y Martínez, F. J. (2020). Sexualidad, discapacidad y derechos humanos. *Revista Electrónica De Psicología Iztacala*, 23(2). Recuperado a partir de <https://www.revistas.unam.mx/index.php/repi/article/view/76182>

Ke, X. y Liu, J. (2017). *Manual de Salud Mental Infantil y Adolescente de la IACAPAP*. <https://iacapap.org/Resources/Persistent/9bb8e4d220ccfd6585053b90116d2a2345f3ef60/C.1-Discapacidad-Intelectual-SPANISH-2018.pdf>

Landestoy, P. L. (2018). *La esterilización de las personas con discapacidad intelectual*. Ediciones Olejnik.

Ley Orgánica 1/2023, de 28 de febrero, por la que se modifica la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. *Boletín Oficial del Estado*, 51, de 1 de marzo de 2023. <https://www.boe.es/eli/es/lo/2023/02/28/1/con>

MacLennan, S. (2020). *Down's syndrome*. *InnovAiT*, 13(1), 47-52.

Macías, A. M., Albornoz, E. J. y Guzmán, M. C. (2021). Socialización educativa en niños con Síndrome de Down: un camino hacia la inclusión. *Revista Metropolitana de Ciencias Aplicadas*, 5(1), 73-82.

Madrigal, A. (2016). *El Síndrome de Down*. http://sid.usal.es/idocs/F8/FDO10413/informe_down.pdf

Meneses, N. y Becerra, M. T. (2020). Estudio bibliométrico sobre la sexualidad en el síndrome de Down. *Revista Española de Discapacidad*, 8(2). Recuperado a partir de: <https://doi.org/10.5569/2340-5104.08.02.09>

Ministerio de Educación. (2013). Formación en sexualidad, afectividad y género. Recuperado de: <https://media.mineduc.cl/wp-content/uploads/sites/28/2017/07/Formación-enSexualidad-Afectividad-y-Género.pdf>

Montero, T., Rodríguez, A. y Romero, J. (2020). La sexualidad y su educación en los púberes. Varona. *Revista Científico Metodológica*, 70(1), 78-81. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1992-82382020000100078&lng=es&tlng=es

Moreno, A. y Pérez, H. (2022). *Investigación sobre la situación de las mujeres con discapacidad intelectual y del desarrollo en relación con sus derechos sexuales y reproductivos*. Plena inclusión España.

Odinokova, G. Y. (2024). Behavioral Challenges in Young Children with Down Syndrome. *In Educational Management and Special Educational Needs* (pp. 13-24). Cham: Springer Nature Switzerland.

Ojeda, G., Bogueño, P., González, T. y Hernández, T. (2014). *Elementos que dificultan a los padres la enseñanza sobre la sexualidad de sus hijos preadolescentes con Síndrome de Down*. Universidad UCINF.

Organización Mundial de la Salud. (2011). La salud sexual y su relación con la sexualidad reproductiva: un enfoque operativo. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274656/9789243512884-spa.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (2023). *Educación sexual integral*. World Health Organization. <https://www.who.int/es/news-room/questions-and-answers/item/comprehensive-sexuality-education>

- Patel, DR, Cabral, MD, Ho, A. y Merrick, J. (2020). Una introducción clínica a la discapacidad intelectual. *Pediatría traslacional* , 9 (Suplemento 1), S23.
- Palomer, M., Berger, B., Romero, V. y Lizama, M. (2022). ¿Qué saben de pubertad, relaciones de pareja y reproducción, un grupo de jóvenes chilenos con Síndrome de Down?. *Siglo Cero*, 53(2), 21–39. <https://doi.org/10.14201/scero20225322139>
- Perera, J. y Rondal, J.A. (2016). *Qué sabemos hoy del Síndrome de Down: perspectivas terapéuticas*. Madrid: Ciencias de la Educación Preescolar y Especial.
- Portal de Educación de la Junta de Castilla y León. (2024). *Calendario escolar 2024-2025*. <https://www.educa.jcyl.es/es/informacion/calendario-escolar-2024-2025>
- Quintanal, J., Altés, J.M., Amodia, J., Gómez, M.J., Mudarra, M.J., Rodríguez, P. y Sánchez, J.C. (2018). *El síndrome de Down: En la familia y la escuela*. Editorial Sanz y Torres sl.
- Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social. *Boletín Oficial del Estado*, 289, de 3 de diciembre de 2013. <https://www.boe.es/eli/es/rdlg/2013/11/29/1>
- Rivas Bejarano, E.M., Álvarez Hernández, J., Aguilar Parra, J.M., y Trigueros Ramos, R. (2019). Estudio comparativo de las actitudes de los padres y madres en la educación sexual de las personas con síndrome de Down. *Revista de Educación Inclusiva*, 12(1),311-330.

Schaafsma, D., Kok, G., Stoffelen, J. M. T., y Curfs, L. M. G. (2015). Identifying effective methods for teaching sex education to individuals with intellectual disabilities: A systematic review. *Journal of Sex Research*, 52(4), 412-432. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/00224499.2014.919373>

Schaafsma, D., Stoffelen, J. M. T., Kok, G. y Curfs, L. M. G. (2013). Exploring the development of existing sex education programmes for people with intellectual disabilities: An intervention mapping approach. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 26(2), 157-166. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/jar.12017>

Schalock, R. L., Luckasson, R., y Tassé, M. J. (2021). An overview of intellectual disability: Definition, diagnosis, classification, and systems of supports. *American journal on intellectual and developmental disabilities*, 126(6), 439-442.



Spellun, A., Harstad, E., Hojlo, M., Milliken, A., Pawlowski, K., Sideridis, G., y Baumer, N. (2022). Cross-Sectional Analysis of Caregiver-Reported Expressive Language Profiles and Associated Covariates in Individuals with Down Syndrome. *Journal of Developmental y Behavioral Pediatrics*, 10-1097.

Strippoli, P., Pelleri, M. C., Piovesan, A., Caracausi, M., Antonaros, F., y Vitale, L. (2019). Genetics and genomics of Down syndrome. In *International review of research in developmental disabilities* (Vol. 56, pp. 1-39). Academic Press.

Vicarret, J.J. (2007). *Modelos y Métodos de intervención en Trabajo Social*. Alianza.

9. ANEXOS

Anexo 1

CUESTIONARIO INICIAL – USUARIOS/AS (adolescentes)		
Nombre y apellidos:		
Fecha de nacimiento:		
La sexualidad es solo tener relaciones sexuales. (Falso)		
Es normal sentir emociones como tristeza, alegría o enfado. (Verdadero)		
Si te sientes incómodo o inseguro con una situación, no debes decírselo a un adulto de confianza. (Falso)		
El clítoris es un órgano del pene que da placer. (Falso)		
Es normal que tu pareja te controle y te diga con quién puedes hablar. (Falso)		
Es normal tener curiosidad sobre el cuerpo de uno mismo y de los demás durante la adolescencia. (Verdadero)		
Solo se puede querer a una persona de una manera romántica. (Falso)		
Hablar sobre sexualidad es importante para aprender y estar informado. (Verdadero)		
Tu cuerpo es solo tuyo y tienes derecho a decir "no" si alguien te pide hacer algo que no quieres. (Verdadero)		
Solo los chicos pueden ser fuertes y las chicas deben ser delicadas. (Falso)		
Es normal que nuestros sentimientos y deseos cambien a medida que crecemos. (Verdadero)		
Debo aprender a controlar mis emociones negativas para no lastimar a nadie. (Verdadero)		
Está bien sentir diferentes emociones como alegría, tristeza o miedo. (Verdadero)		
Los estereotipos de género pueden limitar tus oportunidades y sueños. (Verdadero)		
El desarrollo afectivo y sexual ocurre igual para todos. (Falso)		

Anexo 2

ENTREVISTA INICIAL – USUARIOS/AS (familias)

Nombre y apellidos:

Fecha de nacimiento:

Ocupación:

¿Qué importancia le da usted a la educación afectivo-sexual en la vida de su hijo/a

¿Ha recibido alguna formación específica sobre cómo abordar la educación afectivo-sexual con su hijo/a?

¿Cómo suele hablar de temas afectivo-sexuales con su hijo/a? ¿Con qué frecuencia lo hace?

¿Qué tan cómodo/a se siente hablando de temas afectivo-sexuales con su hijo/a?

¿Ha tenido alguna experiencia previa hablando de temas afectivo-sexuales con su hijo/a? ¿Cómo fue esa experiencia?

¿Cuáles son sus principales expectativas sobre la educación afectivo-sexual de su hijo/a?

¿Qué preocupaciones tiene acerca de la sexualidad de su hijo/a?

¿Qué desafíos ha encontrado al tratar estos temas con su hijo/a?

¿Hay algún aspecto de la educación afectivo-sexual en el que le gustaría recibir más información o formación?

¿Qué estrategias ha utilizado para educar a su hijo/a sobre el afecto y la sexualidad?

Anexo 3

NACER: salir una persona o animal del vientre de su madre. Salir un animal de un huevo o una planta de una semilla.

NOVIO/A: Persona que mantiene una relación de amor con otra.

ORIENTACIÓN SEXUAL: atracción emocional, romántica, sexual o afectiva duradera hacia otros.

PRIVADO: hecho íntimo, particular y personal de cada persona.

RELACIONES SEXUALES: conjunto de comportamientos que implican dos personas con el objetivo de dar o recibir placer.

SENOS: pecho de una mujer

SALUD: estado de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.

RESPECTO: sentimiento que tiene alguien hacia otra persona o cosa que la lleva a una persona a actuar bien. Lo hace con cuidado de no ofenderla, dañarla o desobedecerla porque es importante para ella o tiene mucho valor.

EYACULACIÓN: expulsar con fuerza semen de los testículos.

TESTÍCULOS: glándula sexual masculina de forma redondeada que produce los espermatozoides.

SENTIMIENTOS: autopercepción de una determinada emoción.

VIOLENCIA DE GÉNERO: tipo de violencia física o psicológica ejercida contra cualquier persona o grupo de personas sobre la base de su orientación o identidad sexual, sexo o género.

MASTURBACIÓN: estimulación de los órganos sexuales con el fin de obtener placer sexual, generalmente hasta alcanzar el orgasmo. Esta estimulación puede ser realizada por uno mismo o por otra persona.

FECUNDACIÓN: unión del espermatozoide con el óvulo de manera que da lugar a un nuevo ser vivo.

ABRAZO: rodear con los brazos a alguien como muestra de afecto, cariño, felicitación...

AMIGO: que mantiene una relación de amistad con otra u otras personas.

BESO: acto que además de producir placer, desencadena la excitación sexual, emociona, motiva para acercarse y aumenta el sentido del tacto en ese momento.

CARICIA: contacto físico suave y delicado que se hace deslizando la mano o los dedos sobre un cuerpo, generalmente como muestra de cariño.

CONSENTIMIENTO: permiso para hacer algo.

CUERPO: conjunto de las partes que forman una persona.

DERECHOS: aquellos que toda persona, sin importar su raza, sexo, etnia, lengua, nacionalidad o religión posee como derechos inherentes desde su nacimiento.

OVARIOS: glándula sexual femenina en la que se producen los óvulos y las hormonas sexuales.

ABUSO: aprovecharse de forma excesiva de una persona.

EMBARAZO: estado en el que se encuentra una mujer mientras lleva y alimenta en el útero un feto hasta el parto.

ENAMORAMIENTO: estado emocional que produce alegría, nos sentimos atraídos hacía otra persona.

FAMILIA: conjunto de personas relacionadas entre sí por parentesco de sangre o legal.

HOMOSEXUALIDAD: atracción sexual que una persona siente hacia otra del mismo sexo.

INTIMIDAD: parte de la vida de una persona que se considera que no ha de ser observada desde el exterior, y afecta solo a la propia persona.

MENSTRUACIÓN: sangrar por la vagina de manera natural, se produce cada mes.

MÉTODO ANTICONCEPTIVO: método, medicamento o dispositivo que se usa para prevenir el embarazo.

MUJER: persona de sexo femenino





Anexo 7





INFANCIA 0-6 años

- Comienza a comer alimentos sólidas
- Primeras palabras
- Interactúa con el mundo físico y social

NIÑEZ 0-12 años

- Desarrollo de habilidades para reconocer colores, escritura, lectura...
- Mucha interacción, comienzan a formarse vínculos



ADOLESCENCIA 12-20 años

- Aumento de estatura, cambios de peso y talla, vello corporal, aumento de pecho en la mujeres
- Inicio de la menstruación en mujeres
- Deseo sexual
- Distanciamiento del núcleo familiar
- Emociones intensas

JUVENTUD 20-25 años

- Desarrollo físico completo
- Madurez emocional
- Visión más clara de sí mismo



ADULTEZ 25-60 años

- Cambios emocionales
- Disminución del deseo sexual
- Aparición de canas y líneas de expresión
- Cambio de peso y talla

VEJEZ 60 años en adelante

- Empeoran las capacidades físicas y cognitivas (memoria...)
- Pérdida de la masa ósea (huesos) y muscular
- Disminución de la visión y la audición



Anexo 9

¿Qué es este objeto y para qué sirve?

¿Por qué me sale vello en el pubis?

Cada día oigo menos...

¿Por qué a veces se pone erecto mi pene?

Mis primeras palabras

¡¡Cada día estoy más alta!!

Tengo claro lo que quiero hacer con mi vida

¿Qué significa sentirme atraído por alguien?

¡Mis primeras canas!

Antes podía contar historias, ahora ya no me acuerdo...

¿Por qué me sale sangre de la vagina?

Ahora tengo que empezar a llevar sujetador

Hoy he conocido un niño nuevo

¿Por qué me salen granitos en la cara?

Prefiero salir con mis amigos

Anexo 10

- Mantener relaciones sexuales sin método anticonceptivo.
- Mantener una conversación con un amigo.
- Sentir presión por parte de una pareja para mantener relaciones sexuales cuando uno no lo desea.
- Enviar fotos o vídeos íntimos a otras personas.
- Enviar una foto de mi mascota a otras personas.
- Salir a comprar el pan.
- Ser tocado de manera sexual sin consentimiento por parte de un conocido.
- Tener contacto sexual con adultos cuando se es menor de edad.
- Mantener relaciones sexuales consentidas con preservativo.
- Dar un abrazo a mi hermano.
- Respetar un “no” y no presionar a nadie a que participe en una actividad que no desea.
- Mantener relaciones sexuales sin que yo quiera mantenerlas.
- Que mi pareja eyacule dentro sin mi consentimiento.
- Ir al cine de la mano con mi pareja.
- Mantener una conversación online con alguien que no conozco.
- Chatear con mis amigos.



Anexo 12

GREEN FLAGS

1. Aun que se que no lo haces con mala intención, me molesta que reacciones de este modo ¿puedes cambiar eso?
2. Diviértete con tus amigos.
3. Entiendo que quieras estar sola, nos vemos otro día.
4. Yo pienso es esto es mejor, ¿qué opinas tu?
5. Cuando haces eso no me siento bien.
6. Estás preciosa. Ese vestido te asienta muy bien.
7. Dime ¿cómo puedo ayudarte?
8. Quisiera saber tu opinión en cuanto a...
9. Vamos a hablar, seguro lo podremos solucionar.
10. Cuando tú me hablas mal, yo me siento triste porque eres importante para mí. Te pediría que, si tienes un mal día, me lo digas para que pueda ayudarte.
11. Vamos a usar preservativo y protegernos mutuamente.
12. Para mí es incómodo hablar de esto, pero lo hago porque me importas.

RED FLAGS

1. "No voy a cambiar, así soy"/ "Acéptame como soy"/ "Ni tú ni nadie me hará cambiar mi forma de ser"
2. "Siempre exagera todo"
3. "¡No llores, eres muy sensible!"/ "¡Qué sensible eres! De todo lloras"/ "¿Otra vez vas llorar?, ya no puedo decirte nada"
4. "Eso no importa", "no es relevante", "Ahora eso no importante"
5. "Eres mi media naranja, sin ti no podría vivir"
6. "Oye cariño, ¿no estabas estudiando? Te veo mucho en línea eh."
7. "Mándame una foto porque seguro que no estas con tus amigas..."
8. "¿Vas a ir así vestida? Yo creo que deberías taparte más."
9. "¿Por qué estás en línea y no contestas? ¿Con quién hablas?"
10. "¿Para qué quieres tener amigas si me tienes a mí?"

11. Déjame tu teléfono para demostrarme que me quieres y no tienes nada que ocultar.
12. ¿Por qué te arreglas tanto?
13. No entiendo que quieras quedar con los de la oficina si estas todo el día con ellos.
14. Tus celos me demuestran que me quieres.
15. Si me quieres, cambiarás por mí.
16. Yo no uso preservativo porque no siento.
17. El amor duele.
18. Se pone nervioso si no contesto a tiempo al WhatsApp.
19. Pasamos más tiempo discutiendo que disfrutando de nuestro tiempo juntos.
20. Me echa en cara errores del pasado cuando en su día tuvimos una conversación sobre ellos y parecía que habían quedado zanjados.
21. Minimiza o invalida mis emociones.
22. Cuando me muestro preocupada me llama dramática o intensa.
23. Le parece que paso demasiado tiempo con mis amigos y mis amigas.

Anexo 13

- Hacemos diferentes actividades; jugamos al fútbol, nos vamos a bailar, nos vamos al parque...
- Mantenemos relaciones sexuales.
- Me ayudan a decidir sobre mi futuro y sobre lo que quiero hacer.
- Decidimos comprarnos una casa.
- Nos damos besos en la boca.
- Decidimos casarnos.
- Demuestro mi amor con abrazos.
- Nos vamos a bailar a un garito.
- Compartimos hobbies.
- Decidimos tener un hijo.

Anexo 14

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN - USUARIOS/AS				
	Muy en desacuerdo 1	En desacuerdo 2	De acuerdo 3	Muy de acuerdo 4
Mi experiencia en este proyecto ha sido positiva				
El proyecto cumple con mis expectativas				
El proyecto me ha ayudado a ampliar mis conocimientos				
El apoyo que he recibido durante este proyecto ha sido satisfactorio				
Considero que he ampliado mis conocimientos afectivo sexuales				
El proyecto ha tenido un impacto positivo en mi día a día, proporcionándome habilidades positivas				
Existen aspectos en las que el proyecto podría mejorar para cubrir mejor mis necesidades				
Considero que los técnicos que han llevado a cabo este proyecto tienen los conocimientos suficientes				
Existe una comunicación efectiva entre los usuarios y los técnicos que conforman el proyecto				
Otras consideraciones.				