

La educación afectivo-sexual en las personas con discapacidad intelectual y su relación con el Trabajo Social

Trabajo Fin de Grado

Autora: Inmaculada Alejandra Luis Casimiro.

Tutora: Celsa María Cáceres Rodríguez.

Fecha de entrega: 14 de julio de 2014.

Fecha de convocatoria: 23 de julio de 2014.

**Facultad de Ciencias Políticas y Sociales.
Departamento de Trabajo Social y Servicios Sociales.**

ÍNDICE

	Pág.
1. Introducción	2
2. Finalidad y motivos	3
3. Marco Teórico	4
1. Discapacidad y sexualidad	4
1.1 La discapacidad	4
1.2 La sexualidad	7
2. La sexualidad de las personas con discapacidad intelectual	11
2.1 Derechos sexuales y afectivos de las personas con discapacidad intelectual	11
2.2 Aproximación a la sexualidad de las personas con discapacidad intelectual	13
3. La educación afectivo-sexual en las personas con discapacidad intelectual	16
3.1 Concepto educación afectivo-sexual en personas con discapacidad intelectual	16
3.2 Aspectos generales de la educación afectivo-sexual en las personas con discapacidad intelectual	20
4. Modelos de educación afectivo-sexual en personas con discapacidad intelectual	21
4.1 El papel de las familias en la educación afectivo-sexual con personas con discapacidad	22
4.2 El papel de los y las profesionales en la educación afectivo-sexual de las personas con discapacidad	24
5. Programas de educación afectivo-sexual con personas con discapacidad intelectual	27
5.1 Talleres de educación afectivo-sexual	29
6. Trabajo Social en la educación afectivo-sexual con personas con discapacidad intelectual	31
6.1 Concepto de Trabajo Social	31
6.2 Trabajo Social en Educación	32
6.3 Competencias y funciones de los y las profesionales en el Trabajo Social en Educación	33
6.4 Modelo de educación que puede dar cobertura a los programas de educación afectivo-sexual	34
7. Intervención del Trabajo Social en los programas de educación afectivo-sexual para personas con discapacidad intelectual	35
4. Objetivos	35
5. Metodología	36
6. Resultados y discusión	40
7. Conclusiones y propuestas	49
8. Referencias bibliográficas	55
9. Anexos	60
9.1 Guión de las entrevistas	60
9.2 Síntesis de los resultados de las entrevistas	61
9.3 Tablas de resultados	68

1. Introducción.

A lo largo de la historia de la humanidad, estando de acuerdo con Cobo (2012) todo aquello que ha sido diferente o se ha salido de lo ordinario ha sido considerado motivo de discriminación y rechazo social. Bajo esta concepción social de la diversidad como algo negativo, durante siglos las personas con discapacidad han sufrido diversas formas de segregación y exclusión.

Sin embargo, con el paso del tiempo las personas con discapacidad se han convertido en un colectivo muy reivindicativo, consolidado y que cuenta con un marco legal de derechos reconocidos por la Convención Internacional de Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad aprobada por la ONU (2006 en Raya, Caparrós y Peña, 2012) que se basa en los principios de no discriminación, igualdad de oportunidades y accesibilidad, así como en promover, proteger y asegurar los derechos y las libertades de estas personas. Además, esta convención está estrechamente relacionada con el concepto de calidad de vida propuesto por Schalock y Verdugo (2003) que incluye las dimensiones de bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar material, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación, inclusión social y derechos.

Partiendo de este marco de derechos y calidad de vida se ha planteado esta investigación, considerando además la existencia de la Declaración de derechos sexuales de las personas con discapacidad de Sha'ked (1981) o la propuesta por López (2011).

Con la finalidad de realizar un acercamiento a la educación afectivo-sexual de las personas con discapacidad intelectual, derecho con el que deben contar dichas personas, se realizó esta investigación eminentemente cualitativa, compuesta por teorías de autores/as y la experiencia de profesionales que intervienen en la educación afectivo-sexual de estas personas, comprobándose que en los últimos años, desde las instituciones públicas y organizaciones tanto públicas como privadas se ha estado abordando otros ámbitos como la inclusión laboral de las personas con discapacidad, pero respecto a la materia a investigar existen muchas carencias de atención y concienciación social.

La sexualidad sigue estando considerada por la sociedad como un tema tabú, sobre el que gira alrededor muchos mitos, prejuicios, desinformación y una concepción sobre ella reduccionista a la zona genital, aunque en las últimas décadas, gracias a las

aportaciones de sexólogos y otros/as profesionales, se ha hecho un empeño en hablar sobre ello con información científica y rigurosa. En el caso de las personas con discapacidad intelectual estas barreras se acentúan, pues si hablar en general sobre la sexualidad cuesta, asociar la sexualidad a estas personas es todo un reto.

Es por ello, que a la hora de realizar una investigación sobre la educación afectivo-sexual en las personas con discapacidad y su relación con el Trabajo Social se encuentran barreras y escasez de información.

En el plano teórico, existen carencias de manuales, encontrándose algunas actuaciones puntuales llevadas a cabo en ciertas comunidades autónomas, como guías, protocolos, pero no es una apuesta generalizada a nivel nacional y en cuanto a la situación de la educación afectivo-sexual, tras haber realizado las entrevistas se denota como la sociedad no está abordando todo lo que debería la educación afectivo-sexual de las personas con discapacidad intelectual, existiendo falta de recursos de atención, formación y sensibilización. En lo que respecta a la implicación del Trabajo Social en este campo, se contempla un déficit de material escrito y en la realidad, por lo general, es un rol cedido a otros/as profesionales.

En las siguientes páginas se recogen los aspectos principales del Trabajo de Fin de Grado, en primer lugar se explica la finalidad y motivos, se continua con la fundamentación teórica, los objetivos, los resultados, las conclusiones y propuestas, para terminar con las referencias bibliográficas utilizadas.

2. Finalidad y motivos.

Mediante la realización de esta investigación se ha pretendido descubrir la relación existente entre la educación afectivo-sexual en las personas con discapacidad intelectual y el Trabajo Social con la finalidad de, primero, visibilizar la necesidad de este tipo de intervenciones para mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad intelectual y, segundo, poner en evidencia la importancia del abordaje de este reciente campo muy demandado en la actualidad por las propias personas con discapacidad y su familias desde el Trabajo Social.

Por otro lado, también puede ser de interés para profesionales y alumnado del Trabajo Social u otro tipo de disciplinas que deseen conocer la situación de la educación

afectivo-sexual en la actualidad y si así lo quieren, puedan ampliar el contenido de esta investigación.

Por último, mencionar que los motivos personales por los que se ha elegido este tema para la realización del Trabajo de Fin de Grado han sido, en primer lugar, por la enorme sensibilidad que tengo respecto al colectivo de las personas con discapacidad, considerando la discapacidad como una condición humana inherente universal, ya que todas las personas tenemos limitaciones y nadie está exento de que dicha condición quizás pueda algún día afectar a su participación en la sociedad y al desempeño de actividades de la vida diaria; y en segundo lugar, porque considero que la educación afectivo-sexual es un tema poco abordado por la sociedad y en el caso de las personas con discapacidad menos aún, puesto que en muchas ocasiones se les niega el derecho a desarrollar sus afectos y sexualidades de forma sana y satisfactoria.

3. Marco Teórico.

1. Discapacidad y Sexualidad.

1. 1 La discapacidad.

Para conceptualizar el término de discapacidad se seguirá a la Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF) como sucesora de la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM), ya que esta última poseía una concepción lineal sobre la discapacidad, basada en componentes negativos de la salud de la persona, le faltaba una estructura clara y contaba con algunos problemas en la definición y organización de los conceptos de discapacidades y deficiencias (Grupo Cantabria, 2003).

a) Concepto de discapacidad.

Se podría definir como el resultado de una compleja relación entre la condición de salud de una persona y sus factores personales y los factores externos que representan las circunstancias en las que vive esa persona. A causa de esta relación, los distintos ambientes pueden tener efectos distintos en un individuo con una condición de salud. Un entorno con barreras, o sin facilitadores, restringirá el desempeño/realización del individuo; mientras que otros entornos que sean más facilitadores pueden incrementarlo.

La sociedad puede dificultar el desempeño/realización creando barreras (edificios inaccesibles) o porque no proporcione elementos facilitadores (disponibilidad de dispositivos de ayuda) (CIF, 2001).

La CIF no solo hace alusión a las personas con discapacidad, sino a todas las personas ya que las alteraciones de la salud son una experiencia humana universal. Los principales componentes de ésta son:

1. Funcionamiento y Discapacidad:

1.1 Funciones y estructuras corporales:

- Funciones corporales: funciones fisiológicas de los sistemas corporales (incluyendo funciones psicológicas).
- Estructuras corporales: partes anatómicas del cuerpo, los órganos, las extremidades y sus componentes.
- Deficiencias: problemas en las funciones o estructuras corporales, desviación significativa o una “pérdida”.

1.2 Limitaciones en la actividad y la participación:

- Actividad: realización de una tarea o acción por una persona.
- Participación: es el acto de involucrarse en una situación vital.
- Limitaciones en la actividad: dificultades que una persona puede tener en el desempeño/ realización de las actividades (experiencia vivida de una persona en el contexto real en el que vive), aquí se incluyen los factores ambientales.
- Restricciones en la participación: problemas que una persona puede experimentar al involucrarse en situaciones vitales.

2. Factores contextuales:

Representan el trasfondo total de la vida de una persona y su estilo de vida. Se componen de los siguientes elementos:

2.1 Factores ambientales: ambiente físico, social y actitudinal en el que las personas viven y desarrollan sus vidas. Los factores son externos a los individuos y pueden tener una influencia negativa o positiva en el desempeño/realización del individuo como miembro de la sociedad, en la capacidad del individuo o en sus estructuras y funciones corporales. Hay dos tipos de factores ambientales:

- Individuales: contexto/entorno inmediato al individuo (hogar, lugar de trabajo o la escuela). Incluye las propiedades físicas y materiales del ambiente con las que un individuo tiene que enfrentarse, así como el contacto directo con la familia, amigos, compañeros y desconocidos.

- Sociales: estructuras sociales formales e informales, servicios o sistemas globales existentes en la cultura o comunidad, que tiene un efecto en las personas. Incluye organizaciones y servicios relacionados con el entorno laboral, actividades comunitarias, agencias gubernamentales, servicios de comunicación y transporte, redes sociales informales y también leyes, regulaciones, reglas formales e informales, actitudes e ideologías.

2.2 Factores personales: características del individuo que no forman parte de una condición o estado de salud (sexo, raza, educación, profesión, forma física, estilo de vida, personalidad, comportamiento, etc.)

b) Concepto Discapacidad intelectual.

Partiendo de la CIF una afección en las funciones intelectuales podría dar lugar a una Discapacidad Intelectual, entendiendo éstas como:

- Funciones intelectuales: funciones mentales generales necesarias para comprender e integrar de forma constructiva las diferentes funciones mentales, incluyendo todas las funciones cognitivas y su desarrollo a lo largo del ciclo vital.

- Incluye: funciones del desarrollo intelectual; retraso intelectual, retraso mental, demencia.
- Excluye: funciones de la memoria (b144); funciones del pensamiento (b160); funciones cognitivas superiores (164).

Además de la CIF, la Asociación Americana sobre Discapacidades Intelectuales y del Desarrollo (AAIDD) es de suma importancia para conceptualizar el término de Discapacidad Intelectual, entendiéndola como una “discapacidad caracterizada por limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual y la conducta adaptativa, expresada en las habilidades adaptativas conceptuales, sociales y prácticas. La discapacidad se origina antes de los 18 años” (AAIDD, 1992, en Verdugo y Gutiérrez, 2009, p.17).

c) Concepto y acercamiento al término Mujeres y Hombres con Diversidad Funcional.

Siguiendo a Romañach y Lobato (2005) en España a través del Foro de Vida Independiente en el año 2005, se propone y comienza a utilizar la terminología Mujeres y Hombres con Diversidad Funcional.

Este concepto plantea que la diversidad funcional es algo inherente al ser humano y que, en muchas ocasiones, puede ser de carácter transitorio o circunstancial y de forma directa, indirecta, transitoria o definitiva nos alcanza a todos (Romañach y Lobato, 2005).

El desglose de las palabras que componen este término hace referencia a lo siguiente:

- Mujeres y Hombres: refuerza la dignidad inherente de la esencia como seres humanos que nacen y quieren vivir con los mismos derechos y dignidad que el resto.
- Diversidad: diferencias respecto a la mayoría de los seres humanos.
- Funcional: referido a los órganos o partes del cuerpo y a las funciones que realizan habitualmente las personas (desplazarse, ver, comunicarse, etc.) .

Además, implícitamente aunque no se recoja en la terminología se hace referencia a la lucha contra la discriminación, algo que es evidente debido a la tradicional vinculación entre la diferencia y la discriminación social. Por primera vez en la Historia y a nivel mundial se aplica un término que no da un carácter negativo ni médico a la visión de una realidad humana, poniendo énfasis en la diversidad o diferencia, valores que enriquecen el mundo.

1.2 La sexualidad.

Para poder realizar una conceptualización sobre la sexualidad y sus características es necesario enmarcar este término bajo el paraguas de los derechos sexuales, ya que gracias a estos se puede ejercer el derecho universal de vivir una sexualidad placentera y satisfactoria.

a) Derechos sexuales.

La declaración de los derechos sexuales es recogida en el año 1999 por la *World Association for Sexual Health (WAS)* (Asociación Mundial para la Salud Sexual), declarando estos como: derechos humanos universales basados en la libertad, la dignidad e igualdad inherentes en todos los seres humanos. Son fundamentales para asegurar el desarrollo de una sexualidad saludable en los seres humanos y las sociedades y para conseguirlo, deben ser reconocidos, respetados, ejercidos, promovidos y defendidos por todas las sociedades con todos sus medios. Los principales derechos sexuales son los siguientes:

1. Derecho a la libertad sexual.
2. Derecho a la autonomía, integridad y seguridad sexual del cuerpo.
3. Derecho a la privacidad sexual.
4. Derecho a la igualdad sexual.
5. Derecho al placer sexual.
6. Derecho a la expresión sexual emocional (ternura, amor).
7. Derecho a la libre asociación sexual.
8. Derecho a la toma de decisiones reproductivas libres y responsables.
9. Derecho a la información sexual basada en el conocimiento científico.
10. Derecho a la educación sexual integral (durante toda la vida).
11. Derecho a la atención de la salud sexual.

b) Concepto sexualidad.

La Organización Mundial de la Salud (2006 en Sánchez, 2013) conceptualiza la sexualidad como un “aspecto central del ser humano, a lo largo de su vida, que abarca al sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. La sexualidad se vive y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales y está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales”(OMS, 2006 en Sánchez, 2013, p. 32).

Además, en el sex-diccionario de Redsexpresan (s/f) se ha llegado a la conclusión de que la sexualidad es una dimensión del ser humano amplia y rica que abarca todos

los aspectos de la vida. Determina el principio biológico de la reproducción y regula el factor psicológico que nos hace sentirnos hombres o mujeres, así como nuestras emociones y sentimientos, permitiéndonos expresarlos y compartirlos, ofrecer y recibir amor, afecto, ternura, intimidad, comunicación, compromiso, y sentir atracción, deseo, y placer, mediatizando la manera de relacionarnos con nuestro propio cuerpo, con las demás personas y el entorno. La sexualidad es la propia forma de ser y estar en el mundo.

Por otro lado, para Torices y Ávila (2007) la sexualidad es un aspecto inherente al ser humano que para algunos puede ser fuente de placer y aceptación, y para otros origina problemas y conflictos de diversa índole.

Para Barragán (1997 en Torices y Ávila, 2007) la sexualidad es la constitución de un conjunto amplio de manifestaciones comportamentales y actitudinales que fundamentalmente se estructuran por influencias culturales y sociales, más que por una determinación biológica.

Por último, para Seoane (2012) la sexualidad es una parte importante de la vida y que en torno a ella se definen muchos de los sueños, proyectos y búsquedas de las personas.

c) Características de la sexualidad.

Siguiendo a la Federación Española de Sociedades de Sexología (2014) todos los seres humanos nacemos sexuados, por lo tanto, esta diferenciación genética condiciona nuestra existencia y provoca la búsqueda de pareja emocional y sexual. El sexo es el instinto que nos lleva a la búsqueda de pareja. La sexualidad viene definida por la expresión del sexo: forma y manera en la que expresamos el hecho de ser sexuados.

La sexualidad tiene tres funciones: comunicación, placer y procreación.

La comunicación es la dimensión relacional: interacción y expresión de emociones, sentimientos y afectos. La comunicación puede ser expresada verbal, gestual o por contacto dérmico.

El placer es la función más cercana a la esencia del individuo y la más oscurecida culturalmente, suele ser conocida también como la dimensión recreativa según Cobo (2012). Es la más creativa y lúdica y la que permite al ser humano expresarse como individuo o con su pareja de forma libre y creativa.

La procreación, conocida también como dimensión reproductiva, según Cobo (2012) ha sido la función más usada para justificar la conducta sexual o para asustar a las personas de las nefastas consecuencias de la actividad sexual. Esta dimensión obliga a tomar decisiones de responsabilidad a la hora de elegir tener o no tener descendencia.

La interacción sexual es un hecho biopsicosocial, según Cobo (2012) debemos tener en cuenta tres realidades: a nivel biológico: sexuación; a nivel psicológico: sexualidad y a nivel social: erótica.

Estos tres conceptos cobran especial relevancia en 1979 cuando Efigenio Amezúa, director de los estudios de postgrado de Sexología del Instituto de Sexología-Universidad de Alcalá de Madrid, los diferencia entre sí, convirtiéndolos en tres conceptos básicos y centrales para el estudio de la sexualidad humana, sirviendo de guía para miles de sexólogos y profesionales interesados en este campo (Martínez, 2003).

Asimismo, la sexuación, la sexualidad y la erótica partiendo de la revisión de autores como Cobo (2012), Martínez (2003) y Saínz (2011) consiste en:

- Sexuación: se refiere a construirse como hombre o como mujer, es decir, determinados modos de ser machos o determinados modos de ser hembras. La sexuación es fundamentalmente soporte biológico que sirve al propósito diferenciador, y a través de ella nos hacemos sexuados.
- Sexualidad: las vivencias personales, cómo nos vemos, sentimos y vivimos el ser sexuados. Es una categoría subjetiva, por lo que su principal característica es su pluralidad, ya que hay tantas sexualidades como personas. La sexualidad es fundamentalmente conciencia, significación y vivencia subjetiva de la condición sexuada.
- Erótica: es la forma de expresar lo anterior, lo que somos y lo que vivimos, con múltiples formas de expresión y que es personal y particular. Está influida por los valores y creencias, la forma de pensar y de entender las relaciones sexuales y las relaciones de pareja, los sentimientos y la importancia de la relación de pareja. Con todo ello, surge una erótica propia e individual con la que la persona debe sentirse bien: los deseos, las fantasías, los gestos, las conductas, las caricias, el abrazarse, el coger de la mano, el coito... La erótica es fundamentalmente acción y es interacción con “otros” -reales o simbólicos- que son “distintos y diferentes” a mí.

A modo de esquema, García (2007) plantea abordar la sexualidad desde el marco del “Hecho Sexual Humano”, es decir, como seres sexuados que son las personas, las cuales viven y se expresan como tales; teniendo en cuenta, como mencionaba anteriormente Cobo (2012), sus tres realidades: la sexuación, la sexualidad y la erótica, además de un concepto nuevo, la amatoria.

- Sexo: algo que se es... Procesos de sexuación
- Sexualidad: algo que se siente... Vivencias
- Erótica: algo que se desea... Deseos
- Amatoria: algo que se hace... Conductas

En definitiva, la sexualidad se trata de hablar sobre el “Hecho Sexual Humano”, es decir, hablar de sexualidades en plural: de personas, edades, culturas, capacidades y realidades diferentes (García, 2007).

2. La sexualidad en las personas con discapacidad intelectual.

2.1 Derechos sexuales y afectivos de las personas con discapacidad.

Todas las personas con discapacidad tienen derecho a una vida sexual y afectiva al igual que el resto de seres humanos.

Siguiendo a López (2011) a la hora de hablar sobre los derechos sexuales y afectivos de las personas con discapacidad se debe partir del principio básico de que las personas con discapacidad intelectual tienen derecho a conseguir el máximo nivel de integración y normalización posible, también en el campo de sus necesidades afectivas y sexuales. En unos casos, tal vez no manifiesten intereses sexuales o sus limitaciones no les permitan ir más allá de algunas conductas muy concretas y limitadas, por ejemplo, darse la mano o masturbarse; sin embargo, en otros, quizás se pueda establecer con apoyos una relación de pareja. Lo más importante es que sean las personas con discapacidad intelectual las que manifiesten o no sus intereses sexuales (respetando ambos casos), ayudándolos, sí la persona así lo desea, tanto la familia o tutores legales, como los y las profesionales a poder conseguir el mayor grado de integración posible.

Contar con los derechos sexuales y afectivos, supone amparar a las personas con discapacidad bajo un marco legal en el que estas puedan ejercer sus derechos sexuales y

afectivos, permitiéndoles la posibilidad de ser acompañados, vivir situaciones de aprendizaje significativas, así como integrar la dimensión afectivo-sexual a su ser personal y social a lo largo de las distintas etapas de su vida (Sánchez, 2013).

Según López (2011) algunos de estos derechos son:

1. Derecho a la integridad y propiedad de su cuerpo, de forma que nadie los instrumentalice o abuse sexualmente de ellos.
2. Derecho a recibir educación afectiva y sexual en la familia y formación en los centros, colaborando familias y centros para que, por un lado, puedan aprender a defenderse de posibles abusos y a pedir ayuda cuando la necesiten y, por otro, puedan conocer su cuerpo, sus emociones, sentimientos y afectos, aprendiendo a relacionarse con los demás de forma adecuada.
3. Derecho a tener la vida sexual y afectiva que deseen y sea posible, según sus características personales, con la ayuda de la familia o tutores legales y los profesionales. Esta puede ser muy diversa según las características de cada persona con discapacidad y según la disposición de la familia o tutor legal para afrontar esta temática. No todas las personas quieren y pueden hacer el mismo camino.

Por otro lado, a nivel internacional se cuenta con el marco legal de la “Carta de los Derechos Sexuales” de las personas con discapacidad de Sha’ked (1981 en Torices y Ávila, 2007) cuyos derechos declarados son:

1. Derecho a la expresión de su sexualidad: fantasías, masturbarse, decidir si tienen relaciones sexuales o no.
2. Derecho a enseñar a respetar su cuerpo y que hay conductas que deben hacerse en privado y otra no.
3. Derecho a jugar con la imaginación para buscar nuevas sensaciones de placer a través del oído, tacto, olfato, gusto y vista.
4. Derecho a la intimidad: formar una persona capaz de tomar sus propias decisiones coherentes y responsables.
5. Derecho a información sobre su sexualidad: buscar medios para que la persona viva su sexualidad de forma satisfactoria. En intelectual: educación adaptada a su nivel cognitivo (que le permita asimilar) y a su nivel social (ejecutar), para desarrollar una relación de respeto con los demás, posibilitar relacionarse con sus iguales, poder responder adecuadamente a las exigencias sexuales de su entorno,

alcanzar en la medida de lo posible una autonomía que le permita vivir en pareja, usar métodos anticonceptivos, ser independiente y ejercer la paternidad /maternidad.

6. Derecho a acceder a los servicios de salud: programas de atención a la salud sexual (prevención ITS, asesoría métodos anticonceptivos, ejercicio de la maternidad/paternidad, asesoría genética y sexo-terapéutica...)
7. Derecho a escoger el estado civil que les convenga: miedo a no adquirir las habilidades necesarias.
8. Derecho a la paternidad/maternidad: informar y explicar sobre las dificultades.
9. Derecho a desarrollar sus potencialidades: posibilidad de tener una vida de adulto de calidad.

2.2 Aproximación a la sexualidad de las personas con discapacidad intelectual.

La sexualidad de las personas con discapacidad intelectual, según los autores Escalera (1997 en Bermejo, 2010), Cobo (2012) y Navarro (2000 en Bermejo, 2010) no es diferente a la del resto de personas, detallándose las razones de ello a continuación:

Siguiendo a Escalera (1997 en Bermejo, 2010) durante el XIII congreso sobre sexualidad, uno de los acuerdos al que se llegó respecto a la sexualidad de las personas con discapacidad intelectual es el siguiente:

La sexualidad es una habilidad inherente de los seres humanos que no queda anulada por la discapacidad intelectual, pudiendo ser educada la conducta sexual de estas, de la misma manera que lo es cualquier tipo de conducta. Las personas con discapacidad tienen derecho a una educación integral que incluya también la educación sexual, adaptándola al tipo de discapacidad que tenga cada persona.

El desarrollo sexual de las personas con discapacidad intelectual difiere muy poco del desarrollo de las personas sin tal discapacidad. Mientras que los desfases en otros aspectos de la vida psíquica, emocional y social son muy llamativos, el desarrollo del impulso sexual no está demasiado retrasado respecto a las personas de su misma edad cronológica (Navarro, 2000 en Bermejo, 2010).

Por otro lado, Cobo (2012) desde un punto de vista del proceso de sexuación (construcción como hombre o mujer), las personas con discapacidad intelectual se diferencian entre sí y con las demás tanto como cualquier otra persona. El único aspecto

común entre las personas con discapacidad intelectual son las dificultades para el aprendizaje que también son variables entre ellas. No hay particularidades eróticas en las personas con discapacidad, más allá de la diversidad de la erótica humana.

Además, Cobo (2012) apunta que es la propia sociedad la creadora de las diferencias entre la sexualidad de las personas con discapacidad y la de las personas sin discapacidad, ya que lo diferente suele ser motivo de discriminación y rechazo.

Puede que esta afirmación hecha por Cobo (2012) sea debido a la “doble-conflictividad” de la asociación sexo y discapacidad, según cita Chieger (s/f en Cardenal, 2002), por un lado, la sociedad ve los temas sexuales como algo complicado, conflictivo, tema tabú, algo especial, problemático, requiere tratamiento especial y por otro lado, la discapacidad es algo que se sale de lo ordinario.

Por otro lado, según Garvía y Miquel (2009) las personas con discapacidad intelectual presentan dificultades en sus relaciones afectivas (enamorar, sentir atracción, deseo, protegerse, tener un proyecto de vida junto a otra persona, etc.) debido al trato infantil recibido, el exceso de celo y la sobreprotección de los familiares y educadores. Estas actitudes limitadoras del desarrollo afectivo-sexual de las personas con discapacidad intelectual basadas en falsos mitos, fantasmas y prejuicios, hacen que estas personas no vivan las situaciones necesarias para llegar a ser un adulto: tolerar frustraciones, elegir, aprender de los errores y de las experiencias, y amar como un adulto. Además, según Torices y Ávila (2007), la sociedad tiende a elaborar mitos acerca de comportamientos que no acepta o entiende y alrededor de personas que pertenecen a un grupo aislado, marginado o minoritario, los cuales tienen por base el desconocimiento y la falta de información objetiva, o historias y tradiciones que no coinciden con los hechos reales. Algunos de estos mitos se recogen en el siguiente cuadro:

Cuadro 1. Mitos.

Mitos	
<p>Son asexuales.</p> <p>Deben hacer su vida y unirse a personas como ellos.</p> <p>Son como niños.</p>	<p>La consideración de la sexualidad de forma exclusiva como genitalidad.</p> <p>La intervención sexual sólo despierta su sexualidad “dormida”.</p> <p>Las personas con discapacidad no resultan</p>

<p>Son como angelitos.</p> <p>Dependen de los demás y necesitan protección.</p> <p>La familia no desea darles educación de la sexualidad.</p> <p>La relación sexual que culmina con el orgasmo es esencial para el goce sexual.</p> <p>Si alguien con discapacidad presenta una disfunción sexual casi siempre se debe a su condición de discapacidad.</p> <p>Una persona sin discapacidad que mantiene relaciones con una persona con discapacidad es porque no puede atraer a personas sin tal discapacidad.</p>	<p>atractivas para otras personas.</p> <p>Las personas con discapacidad tienen una motivación sexual “incontrolada” y una importante falta de control de impulsos.</p> <p>No tienen fantasías sexuales.</p> <p>El cuerpo de una persona con discapacidad no puede producir placer.</p> <p>La única satisfacción sexual a la que puede aspirar es la de satisfacer a su pareja.</p> <p>Temor a la transmisión genética de la lesión.</p> <p>El uso de medios accesorios para el placer es pecaminoso o degradante.</p> <p>La masturbación es una enfermedad o un vicio.</p>
--	--

Fuente: elaboración propia a partir de Torices y Ávila (2007), Cobo (2012), De la Cruz y Cabezón (2006) y Garvía (2010).

Todo lo mencionado anteriormente impacta de forma significativa en la sexualidad de las personas con discapacidad intelectual siguiendo a Cobo (2012) y De la Cruz y Cabezón (2006) de la siguiente manera:

1. Deficiente socialización sexual: restricción del contenido sexual, resultando que casi siempre, la socialización sexual es escasa, torpe y nada o muy poco formalizada y elaborada. Debido principalmente a: la negación de su sexualidad, la represión de sus manifestaciones eróticas y la impermeabilización absoluta sobre cualquier contenido real o simbólicamente relacionado con la sexualidad.

2. Restringido acceso al universo de lo íntimo: el universo de lo íntimo es necesario para todas las personas. Ejemplos de esto son: las limitaciones que se les impone para el acceso a tiempos y espacios de absoluta privacidad o la capacidad en la toma de decisiones.

Para paliar este déficit sería recomendable promover espacios de interacción social, puesto que el “vacío” sobre estas materias supone que muchas de las personas con discapacidad no puedan cubrir adecuadamente estas necesidades, por diversas causas como: dificultades para acceder a contextos de interacción social donde surgen de modo natural las relaciones afectivo-sexuales, actitudes de sobreprotección, ausencia de espacios y tiempos privados, falta de educación sexual y de modelos de observación (mientras a los jóvenes sin discapacidad se ofrece cada vez una mayor información y

formación, las personas que requerirían un mayor esfuerzo pedagógico no disponen de ella), problemas de habilidades interpersonales y sociales derivados de sus déficits cognitivos, características de personalidad provenientes de la baja autoestima, de la dependencia de otras personas o de los problemas de conducta y mayor vulnerabilidad a los abusos, al acoso y a la violación.

Estas dificultades tienen sus consecuencias en las personas con discapacidad, llevándolas a poder padecer soledad emocional, baja autoestima, soledad social, falta de oportunidades de relación, soledad sensorial por falta de vínculos de pareja y placer sexual y una sexualidad no satisfactoria o inadecuada.

3. La educación afectivo-sexual en personas con discapacidad intelectual.

3.1 Concepto educación afectivo sexual en personas con discapacidad intelectual.

Siguiendo a Martínez (2003) la educación sexual desde la idea moderna del sexo es la vía para una modernización de los sexos. A través del asesoramiento sexual se pueden producir transformaciones de la educación de los sexos para un nuevo “*ars amandi*” entre ellos (encuentro de personas sexuadas en el que se produce una interacción o relación).

Por otro lado, según Redsexpresan (s/f) la educación afectivo-sexual es un programa educativo y todas las acciones y medidas que se pongan en marcha, desde cualquier ámbito o institución, con el objetivo de proporcionar conocimientos y desarrollar habilidades y actitudes básicas para vivir y ejercer la sexualidad de manera ética, consciente y libre. Una educación que permita construir el propio conocimiento sobre la sexualidad humana y convertir la vivencia sexual de las personas en una experiencia sana y gratificante.

Siguiendo a Torres y Beltrán (2002 en Sex-habilidad, s/f) se trata de un elemento de la educación en general, que busca cumplir con un objetivo de carácter formativo, creando en el individuo, sea niño/a, joven o adulto, una serie de actitudes, valores y comportamientos ante su propio cuerpo, hacia la realidad de sus sexo, así como de su rol actual y en el futuro.

Para Marcé (2013), es la educación universal de la sexualidad humana: el cuerpo, los sentimientos, las emociones, las actitudes y comportamientos, los valores sociales, el placer y los derechos humanos asociados a la sexualidad.

Además, Barragán (1997 en Torices y Ávila, 2007) cuenta que es un proceso lento, gradual y complejo que ha de facilitar la construcción de las diferentes nociones sexuales y ha de ayudar a comprender los procesos históricos y culturales por los que se han generado los conocimientos actuales y la organización social y sexual vigentes.

Asimismo, para De la Cruz y Cabezón (2006) educar y atender la sexualidad de chicos y chicas, de niños y niñas es ayudar a que se desarrollen de manera integral. Por otro lado, para Seoane (2012) la educación sexual es una de las herramientas necesarias para construir el proyecto de vida y debe estar al alcance de cada persona.

a) Objetivos de la educación afectivo-sexual.

El objetivo fundamental es contribuir a que las personas aprendan a conocerse: saber cómo son, cómo funcionan; a aceptarse: sentir que como hombres y como mujeres merecen la pena, se les quiere y se les acepta como son y a expresar su erótica de modo que se sientan felices: aprender que la sexualidad no ha de ser fuente de problemas y, sin embargo, si puede serlo de satisfacciones (García, 2007; Cobo, 2012; De la Cruz y Cabezón, 2003; Sex-habilidad, s/f; García y De Dios, 2007).

Otros objetivos específicos pueden ser: evitar los embarazos no deseados, la transmisión de infecciones y otros problemas que no se desean (García, 2007; Cobo, 2012; De la Cruz y Cabezón, 2003; Sex-habilidad, s/f).

Además, según la información recogida en *Better Health Channel* (2004) y Baxley y Zendell (2005 en Marcé, 2013) los objetivos de la educación afectivo-sexual son: impulsar una sexualidad saludable, evitar malos entendidos de índole sexual, favorecer relaciones saludables, evitar conductas inadecuadas por falta de información, prevenir embarazos no deseados, prevenir la transmisión de enfermedades, favorecer la adquisición de habilidades personales y relacionales, desarrollar una actitud positiva hacia uno mismo y otras personas y mejorar la autoestima, asertividad y comunicación.

Por último, para Sánchez (2013) se trata de:

- Aprender formas de expresar y sentir afecto, el placer y disfrute de la vida, valorar y respetar el propio cuerpo y al del otro u otra y aprender a tomar decisiones sin ceder a presiones o sometimiento.
- Aprender acerca de uno o una mismo/a, de la relación con otro u otra, con respeto y dignidad.
- Responder a las inquietudes e interrogantes que tienen las personas con discapacidad en torno a la sexualidad.

b) Realización de la educación afectivo-sexual con personas con discapacidad intelectual.

La educación afectivo-sexual se trata de una responsabilidad que empieza en el hogar y continúa a lo largo de la vida. Además, las escuelas, los medios de comunicación y las redes sociales tienen una enorme influencia en los jóvenes, por lo que también una parte de esta responsabilidad es compartida (Seoane, 2012).

Siguiendo a García y De Dios (2007) la educación sexual se hace siempre, educan los gestos, las palabras y los silencios.

Además, se debe diferenciar de la educación sexual en la infancia y en la adolescencia, lo ideal es comenzar desde temprana edad, ya que es durante estas edades cuando se pueden forjar los cimientos con los que construir muchas cosas, es buen momento para trabajar desde lo importante, sin prisas y sin urgencias, como suele ocurrir en la adolescencia (García y De Dios, 2007)

El contacto corporal y la comunicación con las figuras de apego puede ser decisivo para establecer una sexualidad sana. Es importante por parte de los educadores y educadoras y familiares mostrar afecto y permitir que manifiesten sus emociones.

Es relevante saber cómo se resolverá su curiosidad, como se responde y se abordan sus preguntas, la actitud de los educadores y educadoras ante sus tocamientos o modelos que se les ofrecen para que se identifiquen (García y De Dios, 2007).

Los medios de comunicación van a proporcionar a las personas numerosos modelos de conducta sexual. El aprendizaje por observación es fundamental en sexualidad, pero en estos medios hay demasiadas ausencias, demasiadas distorsiones. Son de gran importancia los modelos reales, las figuras de apego o aquellas figuras de referencia para ellas. Con alguno de estos modelos puede producirse la identificación, que es más

potente que la imitación. Se trata de ofrecer modelos no perfectos y si reales (García y De Dios, 2007)

En la adolescencia hay que anticiparse y trabajar con conocimientos adecuados la diversidad y las particularidades, la falta de seguridad en sí mismos, enseñar a conocerse y aceptarse, conocer y aceptar a los demás; ayudar en dar respuestas a las dudas sobre la orientación sexual; permitirles sentir y descubrir; escuchar los deseos, enseñar a comunicarse y cultivar los criterios personales a través de información y reflexión. Además, el enamoramiento, el deseo y la atracción forman parte de la vida, por lo que hay que hablar también de convivencia, compartir, de los criterios propios de cada pareja, de los diferentes tipos de pareja y de la posibilidad de ser feliz también sin pareja (García y De Dios, 2007).

Por otro lado, siguiendo a De la Cruz y Cabezón (2003), en el caso de las personas con discapacidad intelectual la familia cobra un papel más relevante, ya que son el principal apoyo para estas personas. La educación sexual de sus hijos e hijas comienza por ir asumiendo la sexualidad del chico y de la chica con discapacidad, ir conociendo sobre sus peculiaridades y su desarrollo. Se trata de aprender a hablar del tema, para que sepan que también en esto pueden contar con su familia. Por supuesto que las familias tampoco deberían estar rodeadas de silencio, los profesionales deberían transmitirles información y criterios.

Las claves para la educación sexual se basan en aceptar, querer y valorar a la persona con discapacidad, no prohibir e indicar que ciertas conductas deben realizarse en la intimidad, ya sea a través del lenguaje “aquí no”, “en casa” o llevándoles al espacio para la realización de la masturbación. Lo importante es dotarles de un espacio de intimidad, porque este no solo sirve para la realización de dichas conductas, también es fuente de crecimiento personal (De la Cruz y Cabezón, 2003).

Otro aspecto clave es enseñar a moderar las expresiones de afecto en público (excesivos abrazos y besos), ya que la sociedad donde queremos integrar a estas personas tiene normas sociales respecto a ello. Además, se deben afrontar los miedos y actuar con naturalidad, aunque nos salgan los colores y titubeemos; enseñar a la persona a relacionarse con su entorno, sobre todo compartir y relacionarse con sus hermanos y hermanas de igual forma; desterrar los mitos y respetar el cuerpo desnudo (no exhibir su

cuerpo delante de personas innecesariamente), pues también sienten pudor y respetar su toma de decisiones (De la Cruz y Cabezón, 2003).

3.2 Aspectos generales de la educación afectivo-sexual en las personas con discapacidad intelectual.

López (2011) recomienda como metodología para la intervención afectivo-sexual la planificación centrada en la persona. Ya que este proceso tiene la misión de apoyar a la persona con discapacidad a elaborar, actualizar y desarrollar su proyecto de vida personal, tomando como principio básico que es a ella a la que le compete poner de manifiesto sus intereses y decidir sobre su vida afectiva y sexual, con la ayuda de la familia y de los profesionales.

Saínez (2011) añade que para realizar una actuación centrada en la persona, se deberán prestar los apoyos necesarios adaptados de forma individualizada, planificando las actuaciones, pensando en cada persona y haciéndole protagonista de su propia historia de vida. Se debe potenciar las habilidades de manejo y toma de decisiones, elección y defensa de intereses y motivaciones personales, habilidades sociales para la vida en comunidad, todo ello para que puedan vivir la sexualidad de forma única, personal, responsable y sin invadir espacios de otros.

Según Luckasson (2002 en Schalock, 2009) si se ofrecen y utilizan apoyos de manera continuada, el funcionamiento de una persona con discapacidad intelectual mejorará.

Los apoyos pueden ser: intermitentes (solo cuando es necesario), limitados (por un tiempo limitado), extensos (con diferentes intensidades, pero de tiempo ilimitado) y generalizados, los cuales pueden ser intensos e ilimitados (Antequera et al. 2008).

En el terreno de la educación afectivo sexual estos apoyos significan adaptarse a cada persona, personalizando la atención y viviendo la diferencia como un valor; adaptarse a sus circunstancias personales, familiares, de pareja; adaptarse a las necesidades individuales, de espacios, tiempo, recursos; adaptarse a situaciones personales en función de necesidad de apoyos, su frecuencia, intensidad, tipología, adaptarse a situaciones de mayor vulnerabilidad, en las que habrá que poner aún más empeño para atender situaciones de mujeres, personas inmigrantes, personas mayores, de núcleos rurales, homosexuales, etc. (Saínez, 2011).

Por otro lado, es importante realizar una intervención afectivo-sexual desde un enfoque positivo, es decir, confiando en los potenciales de aprendizaje y las capacidades de las personas, para que aprendan a conocerse tanto como sea posible. Y, trabajando desde las posibilidades y no únicamente desde la prevención de peligros (Saínz, 2011).

Por último, recalcar que cualquier intervención debe realizarse dentro de las dimensiones de calidad de vida, que según Schalock y Verdugo (2002) son: bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar material, desarrollo personal, autodeterminación, inclusión social y derechos; abordándose desde las áreas de habilidades adaptativas necesarias para la vida de la persona en sociedad, ya que lo sexual no puede ser ajeno al resto de aprendizajes. Para facilitar que las personas con discapacidad intelectual logren una integración plena en los distintos ámbitos: social, laboral y familiar (Saínz, 2011).

4. Modelos de educación afectivo-sexual en personas con discapacidad intelectual.

Siguiendo a López (2006) existen cuatro tipos de modelos de intervención afectivo-sexual:

1. El modelo moral: orientado a reprimir y controlar la sexualidad de las personas con discapacidad intelectual, reduciendo la legitimidad de la actividad sexual únicamente al matrimonio heterosexual y con fines procreadores.
2. El modelo médico o de riesgos: intervenciones dirigidas exclusivamente a prevenir o tratar riesgos como el embarazo o las infecciones de transmisión sexual.
3. El modelo revolucionario: afirma que todas las personas tienen que tener una actividad sexual explícita de una forma u otra.
4. Modelo Biográfico y Profesional: es un modelo que parte de determinados hechos científicos y define de una nueva forma el rol de las personas (las personas con discapacidad, sus tutores y los profesionales).

En este último modelo se profundizará más, ya que es considerado por López (2006) un modelo integrador y realista.

Cuando se dice que es un modelo biográfico se refiere a que no hay una única historia sexual que se deba imponer a las personas (abstinencia o la actividad sexual, por

ejemplo), sino que existen numerosas biografías sexuales que pueden ser saludables (con o sin masturbación, con o sin actividad coital, etc.). Cada persona con discapacidad intelectual debe organizar su biografía sexual, según sus posibilidades. Los y las padres y madres pueden ayudar a construir la biografía sexual de sus hijos e hijas, dependiendo del grado de autonomía o dependencia que tengan, ayudándolos en la toma de decisiones que ellos no puedan tomar con suficiente conocimiento o responsabilidad, teniendo en cuenta que sobre algunas decisiones hay obligaciones y procesos legalmente regularizados (López, 2006).

Por otro lado, los profesionales deben ser mediadores que no hacen uso de sus creencias personales, sus opiniones o propia biografía sexual para orientar o regular la sexualidad de las personas con discapacidad. Deben ponerse a su servicio y al de la familia, actuando como mediadores que ofrecen conocimientos, evaluaciones precisas y ayudas profesionales (López, 2006).

En este modelo, a las personas con discapacidad y a sus tutores/padres/madres (justo en la medida que tengan limitaciones en uno u otro sentido sus hijos e hijas), les corresponde tomar las decisiones, con los conocimientos y ayuda de los y las profesionales. Los y las profesionales no organizan la vida sexual de nadie, ayudan a que la vida sexual que quieren llevar las personas con discapacidad intelectual sea posible, saludable y satisfactoria (López, 2006).

4.1 El papel de las familias en la educación afectivo-sexual de las personas con discapacidad intelectual.

a) Funciones.

Los padres y las madres o tutores tienen la función esencial de facilitar que sus hijos e hijas puedan vivir como deseen su sexualidad, compensar limitaciones, ofrecer ayudas específicas, protegerles para que no sufran riesgos y participar en determinadas decisiones (López, 2006).

Para De la Cruz y Cabezón (2006) es fundamental que tanto los y las padres/madres como los y las profesionales proporcionen intimidad, independencia y autonomía (no exponer su cuerpo en público, dotarles de un espacio propio de intimidad, un cajón donde guardar recuerdos, una pared donde colgar fotos, permitir que tomen pequeñas

decisiones, por ejemplo, elegir su ropa). Consideran que es muy importante que la persona perciba que se respeta su espacio.

Además, los y las padres y madres deben facilitar la autonomía e intimidad en su higiene y aseo, su independencia, ofrecer una educación emocional, establecer límites en el contacto y afecto, enseñar habilidades sociales y permitir que tengan relaciones y momentos de ocio (Ruíz, 2011 en Marcé, 2013).

b) Las familias como apoyo al desarrollo afectivo-sexual de sus hijos e hijas.

Siguiendo a López (2011) los y las padres y madres que apoyan el desarrollo afectivo-sexual de sus hijos e hijas son aquellos que actúan como adecuadas figuras de apego (confían en sus hijos e hijas, los estiman y les proporcionan afectos; son incondicionales y eficaces en sus cuidados, y respetan la intimidad de la persona).

Además, son modelos aceptables (poseen un concepto profundo sobre el ser humano, valoran los vínculos afectivos y la intimidad, no hacen un trato sexista entre los hijos e hijas y expresan mutuamente sus afectos). Y, protegen de riesgos reales e imaginarios (abusos sexuales), responden a las preguntas y se adelantan a los sucesos evolutivos más importantes, no se obsesionan con perseguir una sexualidad infantil saludable, hablan abiertamente de los riesgos y ofrecen ayudas, colaboran con la escuela, buscan ayuda, aprenden a desvincularse sin hacer daño a los y las hijos e hijas y no ejercen maltrato sexual.

Por otro lado, Bermejo (2010) sugiere que una actitud facilitadora de los y las padres y madres se produce cuando estos están atentos para saber reconocer las primeras manifestaciones sexuales de sus hijos en el hogar, dan seguridad y confianza a sus hijos para que expresen sus dudas en este tema, ofrecen explicaciones a lo que ellos preguntan adecuadas a su nivel de conocimiento y comprensión, no dan más información de la que demandan, les dicen siempre la verdad de forma concisa y clara, cuando no saben darles una respuesta en el momento en que ellos formulan la pregunta, comentan a sus hijos e hijas que necesitan tiempo para poder explicársela y no se olvidan de hacerlo en cuanto se haya elaborado la respuesta y consultan a profesionales en caso de tener dudas o detectar anomalías en las conductas de sus hijos.

c) Las familias como obstáculo del desarrollo afectivo-sexual de sus hijos e hijas.

Un error frecuente es reprimir y perseguir la sexualidad de sus hijos e hijas, bajo el supuesto (propio del modelo moral) de que en ningún caso pueden acceder a conductas sexuales. Además, otro error que suelen cometer es la limitación de la posibilidad de autonomía, por una sobreprotección mal entendida, reduciendo su vida al contexto familiar y al centro o institución al que asisten, a pesar de que poseen cierto grado de autonomía que les permitiría asistir a ciertos lugares y asociaciones de ocio y participación en la comunidad (López, 2006).

Además, García (2005) añade que muchos padres y madres piensan que los y las profesionales desconfían de ellos y a su vez, esta percepción es recíproca en los otros.

Por otro lado, según Bermejo (2010) unos padres y madres que obstaculizan el desarrollo afectivo-sexual de sus hijos e hijas son aquellos que reprimen sus manifestaciones sexuales como si fueran algo sucio, les impiden hablar o preguntar sobre el tema, no contestan a sus preguntas, les dan una explicación excesivamente técnica o desadaptada a su nivel de comprensión, ofrecen más información de la que demandan y castigan o engañan sobre lo que les puede ocurrir si realizan determinadas conductas sexuales.

4.2 El papel de los y las profesionales en la educación afectivo-sexual de las personas con discapacidad intelectual.

Tomando como referencia el modelo Biográfico Profesional propuesto por López (2006) el papel de los y las profesionales que trabajan en los centros donde se encuentran internadas o acuden muchas personas con discapacidad intelectual, como en otros servicios de atención y asistencia, consiste en rasgos generales, en las propuestas que hacen García y De Dios (2007) y Perdomo (2013).

En primer lugar, es importante incidir y aclarar, antes de continuar, en la insuficiente socialización de muchas de las personas con discapacidad intelectual debido a que pasan la mayor parte del tiempo de su vida entre el centro y el hogar familiar, por lo que estos dos agentes tienen un papel importante en cuanto a la educación, formación e información afectivo-sexual, será la colaboración mutua entre ellos la que garantizará el éxito de la intervención.

Desde el centro, se debe establecer una estrategia de intervención en conjunto con la familia, llegando a consensos sobre las medidas a tomar y acuerdos-contratos sobre la forma de intervenir en el núcleo familiar y en el centro.

Es importante establecer un “contrato educativo” entre la familia y el centro, estableciendo acuerdos y consensos, objetivos y un compromiso de responsabilidad mutua en la educación afectivo-sexual. La existencia de este “contrato” hace que se ponga el foco de atención sobre la sexualidad de las personas con discapacidad intelectual y se implique a la familia en el abordaje de este tema. Además, es fundamental establecer un mecanismo de evaluación y un programa de seguimiento conjunto, que permitirá ir ajustando objetivos e intervenciones de forma progresiva.

Para lograr este “contrato” es esencial que los y las profesionales se pongan en el lugar de la familia, y no juzguen actitudes ni comportamientos, valorando los esfuerzos que sin duda todas han llevado a cabo, centrando la intervención en los puntos fuertes y su autoestima, sin olvidar que los y las padres y madres son expertos/as en muchísimas áreas y tienen bastantes fortalezas que se deben identificar, aprovechar y potenciar. Es recomendable, huir de las prisas y dar el tiempo preciso a cada persona para que piense y reflexione, estando siempre abiertos a hablar de nuevo si los familiares lo precisan.

Por otra parte, en los centros existen diferentes programas en los que puede incluirse de forma transversal aspectos relacionados con la educación sexual, favoreciendo así un proceso continuo, coherente y ajustado a las diferentes dimensiones de la sexualidad humana.

a) Objetivo principal de los y las profesionales y los centros en la educación afectivo-sexual.

El y la profesional debe ser un referente, una persona cercana y estable, que acompañe y apoye a la persona, en todas las etapas de su vida, especialmente en los procesos de cambio (García y De Dios, 2007; Perdomo, 2013).

b) Competencias y funciones de los y las profesionales.

Siguiendo a Cobo (2012) debe ser resolutivo, tener un pensamiento positivo y actitud proactiva, debe siempre abrir puertas que generen nuevas iniciativas familiares, no dar nada por sentado, evitar actitudes defensivas, proteger la intimidad y confidencialidad, ofrecer a las familias herramientas de resolución de conflictos y

posibilidades de interacción con su hijo o hija, dejar espacio tanto para el diálogo como para los silencios y tener disponibilidad en la medida de lo posible.

Además, los y las profesionales deben actuar como un apoyo en el que consultar dudas, temores, obtener información, más allá del propio rol profesional de cada uno: psicólogo/a, trabajador/a social, etc. y no caer en el error de sustituir en la toma de decisiones (Cobo, 2012).

Y, promover la accesibilidad informativa para que las personas conozcan las posibilidades de ayuda que tienen a su alcance, debe conocer, informar y asegurarse de que se ha entendido la información acerca de la red de recursos, servicios y apoyos disponibles y, utilizar modelos que ofrezcan un soporte fundamentado, más allá de la opinión subjetiva, exactamente, el biográfico profesional (Cobo, 2012).

Según Perdomo (2013) y López (2006) los y las profesionales deben actuar como mediadores a lo largo del proceso y estar motivados para apoyar la vida sexual y afectiva de las personas con discapacidad. Su actividad profesional es lo que les une, más allá de sus ideologías y vida personal, y ésta debe llevarles a que todas las prácticas tengan como objetivo básico el bienestar de la persona con discapacidad intelectual. Su función mediadora tiene que estar al servicio de la persona con discapacidad y sus familias o tutores legales, ofreciendo conocimientos, evaluaciones precisas y apoyos profesionales.

Por último, siguiendo a De la Cruz y Cabezón (2006) los y las profesionales deben actuar de la misma forma que en el papel de los padres, no dejando que las prisas por atender a varias personas, sobre todo, en los casos de las personas internas en centros, priorice sobre la intimidad de la persona con discapacidad, dándose situaciones de exposición pública del cuerpo de la persona con discapacidad intelectual.

c) Barreras de los y las profesionales.

Según Perdomo (2013), algunas de las barreras puestas por los profesionales son:

- Generalizaciones inadecuadas y estereotipos: los mitos, prejuicios, y generalizaciones inadecuadas, la actitud es la barrera más difícil de romper y conlleva a una escasa sensibilidad humana, y deteriorar la cualificación del profesional.
- Contundencia y seguridad en consideraciones y juicios: esto dificulta el diálogo, entendimiento y avance con las familias, la postura debe ser neutra, de mediadores y

proporcionando el apoyo necesario en cada caso. Además, se debe evitar la “jerga” profesional que complica la comunicación y deteriora la relación con los familiares.

-Los padres y madres son adversarios/as: muchos/as profesionales creen que sus intereses son contrapuestos a los de las familias, y adoptan una actitud defensiva que impide la colaboración.

-Expectativas muy altas: a veces se espera que los familiares se comporten como profesionales o técnicos y progresen rápidamente, no podemos olvidar las circunstancias personales, sociales, económicas, culturales, de formación, ideológicas, etc. que se dan en cada caso.

5. Programas de educación afectivo-sexual con personas con discapacidad intelectual.

Los programas son un conjunto de estrategias, contenidos y metodologías que pueden ser adaptados a diferentes contextos. Pueden darse diferentes tipos de propuestas de intervención, pero por lo general, los contenidos del programa que detallaremos a continuación se pueden seguir en la mayoría de los casos en los que la persona con discapacidad va a un centro ocupacional, está en una residencia o integrado en un centro educativo normalizado (cambiando en este último caso, que deba recibir la educación sexual formal con el resto de compañeros y compañeras del colegio, con las ayudas especiales que puedan necesitar la familia y el propio niño o niña con discapacidad) (López, 2002).

Siguiendo a Morentín, Rodríguez, Arias y Aguado (2006), Rodríguez, López, Morentín y Arias (2006), López (2002) y López (2011) cómo deben ser y los contenidos que deben tener los programas son los siguientes:

1. Ser coherentes con la perspectiva actual de discapacidad y asumir un enfoque positivo de la sexualidad (prestación de apoyos y con una planificación centrada en la persona, eliminando la visión reduccionista y proteccionista donde las personas con discapacidad son vistas como víctimas potenciales).

2. Intervención multifocal: trabajar con profesionales y familiares. Lograr la comprensión y apoyo de los padres es un aspecto fundamental. La familia debe informar adecuadamente y facilitar espacios para el encuentro, para las relaciones interpersonales, propiciando oportunidades de interacción.

Las acciones a realizar con los padres consisten en dar información y formación sobre el programa: objetivos, contenidos y metodología, solicitando la colaboración para la realización de algunas sesiones y la generalización de los aprendizajes. Además de la realización de actividades de sensibilización y promoción de actitudes abiertas y positivas hacia la afectividad y la sexualidad (desmitificación).

El trabajo con los y las profesionales consiste en la realización de actividades de formación y sensibilización, eliminando barreras actitudinales y dotando de estrategias y habilidades pedagógicas, materiales, metodología y criterios a utilizar. Se trata de consensuar con los y las profesionales los principios y criterios de intervención, con el fin de llegar a criterios comunes de actuación, sin dejar que sean sus propios valores y actitudes individuales, la propia biografía o la “inspiración del momento” los que guíen la intervención. Además, es fundamental planificar el desarrollo de estrategias de seguimiento y coordinación, estableciendo reuniones periódicas (por ejemplo, un día al mes), para tratar las dificultades y necesidades que les vayan surgiendo, así como las propuestas que se les ocurran.

Previo al comienzo del programa, debería llegarse a un consenso entre padres y profesionales en las cuestiones más relevantes, por ejemplo, sobre qué información dar, qué criterios educativos seguir, qué actitudes y prácticas sexuales son las más adecuadas, qué lugares y momentos son los adecuados.

3. Se debe realizar una planificación estructurada y sistemática, a través de la formulación de unos objetivos (adaptados a las capacidades, intereses, motivaciones, experiencias, expectativas, necesidades de apoyo y actitudes de las personas con discapacidad intelectual, flexibles y que permitan ser evaluados) y contemplando unos contenidos (coherentes con los objetivos, dirigidos hacia las actitudes y comportamientos y que sean pertinentes y adecuados a las necesidades de las personas).

Además, la metodología debe ser activa y participativa, adaptada y flexible, que facilite la creación de grupos homogéneos, las actividades de relación y participación grupal, los espacios abiertos y flexibles, la discusión, la comunicación abierta, el debate, el entrenamiento en habilidades interpersonales, la búsqueda autónoma de información y lectura grupal y el visionado de videos. Contando con una serie de técnicas cognitivo-conductuales (instrucción verbal y gestual, modelado, *role-playing*, *feed-back*, reforzamiento y generalización, etc.).

En la programación de la metodología es recomendable tener en cuenta los siguientes aspectos: los profesionales deben estar familiarizados con las técnicas y estrategias metodológicas que vayan a aplicarse, las propuestas pueden ser planificadas individualmente o en grupo, deben reflejarse los requisitos, la adquisición de hábitos debe hacerse de manera individual, la implicación de la familia, decir el objetivo de la sesión al principio y al final de la sesión, entregar el material a las personas con discapacidad y realizar una evaluación inicial para determinar los objetivos.

En cuanto a la planificación formal se debe tener en cuenta lo siguiente: el establecimiento de los grupos, la planificación de los recursos disponibles, la determinación de espacio, la temporalización y establecimiento de horarios y determinar los profesionales que lo van a llevar a cabo.

Por último, recalcar que la evaluación de las intervenciones debe ser continua y realizarse una autoevaluación.

5.1 Talleres de educación afectivo-sexual con personas con discapacidad intelectual: una actividad especial dentro de los programas.

Una de las actividades más habituales para realizar la intervención afectivo-sexual dentro de los programas es la impartición de talleres de educación afectivo-sexual a personas con discapacidad intelectual.

Siguiendo a García (2007), para desarrollar un taller de educación afectivo-sexual debe existir previamente una sensibilización de los diferentes agentes educativos que están en contacto directo y continuado con las personas con discapacidad. Es fundamental un trabajo con profesionales y con familias tratando de conseguir su apoyo e implicación en este proceso educativo.

Se parte de una evaluación inicial sobre cuáles son las condiciones del grupo de personas con el que se va a trabajar, conocer los recursos educativos y las características de los diferentes grupos. El taller de educación sexual destinado a personas con discapacidad se desarrolla siguiendo una metodología que promueve la participación, partiendo de las necesidades y la realidad de cada grupo. La persona que dirige el grupo desarrolla su papel como facilitadora del proceso de reflexión del grupo, centrando su trabajo en las actitudes de los participantes y proporcionando información sobre los

diferentes contenidos del programa. Es la encargada de evaluar el desarrollo del programa.

Según a García (2007) algunas cuestiones interesantes a tener en cuenta en la realización del taller son:

1. Organizar el espacio: el entorno físico en una sala de trabajo puede estimular o bloquear la participación y el desarrollo del taller. El círculo es una buena organización del espacio para fomentar la interacción, la participación y los debates en grupo. En algunos casos el mobiliario puede recolocarse con facilidad para crear diferentes escenarios.

2. Llamar a los participantes por su nombre, para hacerlos sentir importantes, tenidos en cuenta, presentes dentro del grupo.

3. Preguntar para identificar las expectativas de los participantes: plantear algunas preguntas para identificar sus expectativas e intereses respecto al taller, por ejemplo: ¿Qué te han dicho de este taller? ¿Qué te gustaría saber sobre este tema?

4. Creación de un ambiente adecuado: lograr un buen ambiente de grupo para abordar los temas con claridad, sinceridad y tranquilidad. Recoger sus propuestas en este tema que contemplen aspectos como: confidencialidad, franqueza, hablar desde el yo, derecho de pasar, anonimato, aceptación, derecho a la discrepancia, derecho a sentirse incómoda, siempre teniendo en cuenta cada situación individual, las propias necesidades y las distintas realidades.

5. Fomentar la participación: la persona que dirige el grupo debe ser facilitadora del proceso de participación. Para ello, se aplica teniendo en cuenta el objetivo, el grupo y el tiempo algunas técnicas: de “presentación”, “para tratar un tema”, de “representación”, “corporales” y otras de ellas que además de facilitar la participación, facilitan los procesos enseñanza-aprendizaje, como son: la fotografía, el dibujo, la música, el teatro, el cine y el video.

6. El lenguaje es el principal vehículo para desarrollar el tema de la sexualidad: por medio de la palabra, y de otros vehículos de comunicación (imagen, música...) se procura dar una visión abierta, positiva y realista de la sexualidad (de ambos sexos, del deseo, y de las conductas sexuales), adecuando la información a la capacidad intelectual y al vocabulario de los usuarios.

7. Abordaje serio pero con sentido del humor, de forma lúdica y educativa.

A modo de resumen, algunos aspectos claves a contemplar para trabajar en un taller de educación sexual son: la participación, el respeto a las propias ideas y experiencias, la utilización de información basada en referentes científicos, el discurso normalizador, las actividades significativas, la información y valoración y la potenciación de actitudes.

Por último, según (García, 2007) mencionar que otra de las actividades dentro de los programas de educación afectivo-sexual para personas con discapacidad intelectual más utilizadas son las dinámicas de sexuación (conocimiento de las partes del cuerpo, la menstruación, etc.), de sexualidad (la amistad, imágenes sobre sexualidad, la pareja, higiene, etc.), y de la erótica, conducta y pareja (abrazos, besos, saludo, abuso-afecto, reproducción, anticonceptivos, orientación sexual, la familia, roles, normas sociales y normas sexuales, habilidades de negociación y comunicación en la pareja, los regalos, los secretos, etc.).

6. Trabajo Social en la educación afectivo-sexual con personas con discapacidad intelectual.

En relación a la intervención del Trabajo Social en la educación afectivo-sexual con personas con discapacidad intelectual, se recoge desde la declaración de los principios éticos por la Federación Internacional de Trabajadores Sociales y la Asociación Internacional de Escuelas de Trabajo Social y por la intervención del Trabajo Social en Educación.

6.1 Concepto de Trabajo Social.

La declaración de los principios éticos de los y las trabajadores/as sociales aprobados por la Asamblea General de la Federación Internacional de Trabajadores Sociales y la Asociación Internacional de Escuelas de Trabajo Social en Adelaida, Australia en octubre de 2004, define el Trabajo Social como aquella disciplina que promueve el cambio social, la resolución de problemas en las relaciones humanas y el fortalecimiento y la liberación de las personas para incrementar el bienestar. Utilizando teorías sobre el comportamiento humano y los sistemas sociales, para intervenir en los puntos en los que las personas interactúan con su entorno. Teniendo de base los principios de los Derechos Humanos y Justicia Social.

6.2 Trabajo Social en Educación.

Siguiendo a Puyol y Hernández (2009) y Nogales (2007) se debe partir del entendimiento de la educación como un proceso que debe ser realizado a lo largo de toda la vida. La educación debe permitirnos conocer, aprender hacer, aprender a convivir, y aprender a ser. Por lo que, el sistema educativo es más amplio que el sistema escolar y traspasa la barrera de la educación formal. Limitar el término al sistema escolar sería errado y reduccionista. Así, el sistema educativo incluirá la educación formal y no formal, en tanto que se trata de procesos intencionales de educación, influyendo en ambas la educación informal (términos que se explicarán más adelante).

El Trabajo Social en educación, partiendo de la existencia de necesidades sociales, es un conocimiento y acción útil que facilita dinámicas de expansión de posibilidades, de capacitación de los recursos humanos, de democratización del conocimiento y de conformación de estructuras sociales más avanzadas y libres., que requiere de otras disciplinas que apoyen y complementen su intervención, ya que la disciplina sola, difícilmente podría conseguir objetivos de mejora de la sociedad (Puyol y Hernández, 2009).

Por otra parte, según el ámbito de intervención educativo, el Trabajo Social en Educación se puede entender de una forma u otra:

En el sistema reglado o formal el Trabajo Social se entiende como el conjunto de actuaciones específicas que, en el marco de la red de Servicios de Orientación, ya sean en los Equipos de Orientación Educativa y Psicopedagógica o los departamentos de orientación, son realizadas por los diplomados/graduados en Trabajo Social, dirigidos a reducir y prevenir situaciones de riesgo o carencias sociales y personales que puedan afectar negativamente el proceso educativo de los menores/ alumnos (Nogal, 2007).

En la educación no formal el Trabajo Social es la disciplina que promueve y organiza actividades formativas para desempleados, personas con discapacidad, con drogodependencia, mujeres víctimas de violencia doméstica o inmigrantes, entre otros sectores (Puyol y Hernández ,2009).

En la educación informal es la disciplina que opera o actúa en los contextos familiares, institucionales, comunitarios y en los sistemas sociales donde vive y aprende la gente (Puyol y Hernández ,2009).

6.3 Competencias y funciones de los y las profesionales en el Trabajo Social en Educación.

Todos los profesionales del Trabajo Social, aunque desempeñen sus tareas en el ámbito sanitario, laboral o de los servicios sociales, están realizando funciones en el campo de la educación (sobre todo en lo que se refiere a la educación no formal e informal) (Nogal, 2007).

Desde una visión de la profesión menos dependiente del tipo de vínculo formal y más abierta a las necesidades educativas generales de la población, según Espinoza, Mateo y De Felipe (1990 en Puyol y Hernández, 2009) las funciones de un/a trabajador/a social serían las siguientes: detectar y difundir los recursos existentes en la zona de actuación, la elaboración del mapa de necesidades y recursos, colaborar en la elaboración de los Proyectos Educativos de Centros (condiciones socioculturales del entorno y los aspectos sociales y familiares del alumnado), contribuir a la potenciación de la acción tutorial, información y orientación a los padres, detección y valoración social funcional de alumnos con necesidades educativas especiales, colaborar en la realización de adaptaciones curriculares para el alumnado que lo precise, facilitar información al profesor tutor en relación a los aspectos sociales y familiares de los alumnos, realización del estudio y valoración social y familiar de los alumnos, derivar y canalizar adecuadamente, según la demanda y necesidades detectadas, apoyo a las familias desestructuradas, orientaciones y pautas de actuación en situaciones problemáticas, individuales o grupales y colaboración en las funciones generales transdisciplinar de equipo.

Además, según Díaz y Cañas (2003 en Puyol y Hernández, 2009) el/la trabajador/a social es una figura que en el sector educativo se encarga de hacer de puente entre el ámbito escolar, el familiar y el social.

En el ámbito de la educación formal: es un adulto de referencia, que transmite determinados conocimientos, habilidades y actitudes pro-sociales. Tiene una función de modelado y es responsable, con otros profesionales de los centros, de la calidad de la convivencia o la preparación de padres. También, actúa como educador o docente, en el ámbito de la formación profesional y en el espacio universitario formando a las nuevas promociones de titulados en Trabajo Social.

En la educación no formal, se encarga de diseñar e impartir cursos de habilidades sociales y cognitivas, de técnicas de resolución de problemas, de escuelas de padres, de comunicación o de técnicas de búsqueda de empleo, entre otros.

En el campo de la educación informal, mediante la palabra, el acompañamiento, la demostración o el ejemplo ayudan a otras personas a aprender conocimientos, habilidades y actitudes esenciales para mejorar sus relaciones de pareja, saber separarse de forma no traumática, defender sus derechos como consumidores, o saber decir no a las drogas y ser capaces de vencer la presión del grupo de iguales o de los medios de comunicación (Puyol y Hernández, 2009).

6.4 Modelo de educación que puede dar cobertura a los programas de educación afectivo-sexual.

Siguiendo a Torices y Ávila (2007), como ya se comentaba anteriormente, la educación es una fuente de socialización muy importante que se aplica, tanto desde la educación formal (en la escuela) como de la educación informal (la familia, medios de información y los/ las amigos/ amigas). Por lo tanto, desde cualquiera de los ámbitos educativos nombrados (formal e informal) o desde la educación no formal, esta última citada por Puyol y Hernández (2009), se puede realizar la educación afectivo-sexual.

No obstante, el reto de la educación afectivo-sexual es establecer y llevar a la práctica, una educación formal, considerando las diversas disciplinas que intervienen para dar una información objetiva y científica, dirigida a toda persona sin distinción de género. Además, proporciona a la persona todos los elementos de juicio necesarios para la toma de una decisión en cuanto a su conducta y actitudes (Álvarez-Gayou, 1990 citado en Torices y Ávila, 2007).

La educación sexual desde la educación formal palía las deficiencias de una educación sexual llevada a cabo desde el ámbito informal donde la familia en ocasiones puede ser una fuente de generación de actitudes y comportamientos en las personas marcados por los roles de género asignados a hombres y mujeres (Torices y Ávila, 2007).

En cuanto a la educación no formal Puyol y Hernández (2009), mencionan el trabajo realizado en este ámbito con personas con discapacidad, por lo que se puede incluir también en éste la realización de programas de educación afectivo-sexual con dichas personas.

7. Intervención del Trabajo Social en los programas de educación afectivo-sexual para personas con discapacidad intelectual.

La intervención del Trabajo Social en la educación afectivo sexual, Torices y Ávila (2007) mencionan que la figura de los y las trabajadores y trabajadoras sociales forma parte del equipo interdisciplinar formado por médico, terapeutas (físico, lenguaje, ocupacional, laboral), educador especial, maestro en discapacidad y sexualidad, enfermero, etc., siendo su papel esencial para obtener información sobre la persona: pasado, familia, recursos económicos, reacción a la discapacidad y tratamiento.

La interdisciplinariedad e incluso la transdisciplinariedad son formas de trabajar en equipo que permiten acceder a la realidad de forma integral e implica la colaboración y entendimiento entre las distintas disciplinas, ya que, muchas veces ver la realidad desde una única disciplina distorsiona dicha realidad e impide planteamientos serios y acertados de intervención (Puyol y Hernández, 2009).

Además, la intervención en este campo del Trabajo Social se apoya en la declaración de los principios éticos de los y las trabajadores/as sociales aprobados por la Asamblea General de la Federación Internacional de Trabajadores Sociales y la Asociación Internacional de Escuelas de Trabajo Social en Adelaida (2004), según los principios de respeto a la autodeterminación, promover la participación, tratar a la persona como un todo e identificar y desarrollar sus fortalezas.

4. Objetivos.

1. Descubrir la relación entre la educación afectivo-sexual, la discapacidad y la educación en el Trabajo Social.
2. Conocer experiencias de trabajadores y trabajadoras sociales, así como de otros expertos, en el ámbito de la educación afectivo-sexual con personas con discapacidad intelectual.
3. Hacer propuestas de intervención desde el Trabajo Social para mejorar lo descubierto.

5. Metodología.

Se realizó una investigación cualitativa de tipo descriptivo que consistió en una revisión teórica y un acercamiento a la realidad de carácter exploratorio.

5.1 Revisión teórica.

La revisión teórica consistió en realizar una búsqueda bibliográfica a través de diferentes fuentes secundarias: libros de textos, revistas sociales, guías, protocolos de actuación, artículos, etc. sistematizando y sintetizando la información recabada, utilizándose como técnica para ello el análisis documental.

La búsqueda de información se realizó a través de la consulta de diferentes fuentes, utilizándose las palabras clave en español discapacidad y sexualidad, sexualidad y discapacidad, discapacidad intelectual, sexualidad, afectividad y discapacidad, sexo y discapacidad, sexualidad + discapacidad, sexualidad + discapacidad intelectual y en inglés *sexuality and disability*, *intellectual disability* y *affectivity and disability*, además se utilizaron los operadores booleanos AND, OR y NOT. El criterio de selección fue el año de publicación, seleccionando aquellos documentos publicados entre el año 2000-2014 (excepto algún documento como la declaración de los derechos sexuales que por su relevancia ha sido imposible descartar) y por su relación con los objetivos de estudio. Las fuentes seleccionadas, el número de resultados obtenidos y elegidos se recogen en el siguiente cuadro:

Cuadro 2. Fuentes, nº de resultados y nº elegidos.

Fuentes	Nº Resultados totales	Nº Elegidos
Rebiun	10	2
Punto Q	36 en Primo Central y 58 en todos los recursos.	1 en Primo Central y 2 en todos los recursos.
Google Scholar	95	13
Dialnet	17	3
Catálogo bibliotecario de la Universidad de La Laguna	10	4
Elsevier	59	1
Riberdis	15	7
Redsexpresan	17	5

Además, se recurrió a otras fuentes como el material del curso online “Sexualidad y Afectividad en Personas con Discapacidad Intelectual” realizado en la ESSCAN durante el año 2013 por la autora.

Asimismo, los pasos del procedimiento del análisis documental fueron: sistematización de la información recabada a través de las fuentes secundarias (libros, revistas, protocolos, guías, etc.), síntesis de la información seleccionada, redacción de la información y elaboración del marco teórico. Esta parte del Trabajo de Fin de Grado se realizó entre los meses de enero a abril de 2014.

5.2 Trabajo de campo (estudio exploratorio).

El estudio exploratorio consistió en la realización de entrevistas a testigos clave como pueden ser trabajadores/as sociales o expertos en intervención afectivo-sexual con personas con discapacidad intelectual, utilizándose como técnica para ello una entrevista semiestructurada, cuyo instrumento para su realización fue un guión de preguntas abiertas.

Por otro lado, en cuanto a las características de la población entrevistada los datos se recogen en la siguiente tabla:

Tabla 1. Datos sociodemográficos de la población entrevistada.

Código de entrevista	Sexo	Edad	Denominación del puesto de trabajo	Organización a la que pertenece	Nº de años en el puesto	Experiencia en educación afectivo-sexual con personas con discapacidad intelectual
E1	Mujer	32	Trabajadora social/sexóloga/profesora.	FEAPS/ Malegría/ Universidad Las Palmas de Gran Canaria.	1	Talleres a personas con discapacidad y familia. Asesoramiento sexológico.
E2	Hombre	29	Trabajador social.	FEAPS Canarias.	1	Talleres a personas con discapacidad.
E3	Mujer	48	Coordinadora educativa.	Trisómicos La Laguna.	24	Asesoramiento familiar, formación directa con la persona con discapacidad y a otros profesionales.
E4	Hombre	54	Psicólogo/ director.	Prominsur	17	Intervención directa con las

						personas del centro.
E5	Mujer	46	Trabajadora social del equipo de orientación y psicoterapéutico de la zona noroeste de Tenerife.	Colegio de Educación Especial Inés Fuentes.	15	Acciones puntuales y curso de formación específico.
E6	Mujer	42	Militante: responsable del servicio de orientación y terapia afectivo-sexual.	Harimaguada	17	Trabajo con familia y tutores. Sensibilización y elaboración de materiales específicos.
E7	Hombre	27	Responsable del Servicio de Vida Adulta y del Voluntariado/ profesor de taller.	Apanate	5	Realización de programas y talleres de educación afectivo-sexual con personas con discapacidad.
E8	Mujer	32	Educadora	Apanate	9	Intervención directa con las personas del centro.
E9	Mujer	33	Profesora de taller.	Apanate	6	Poca
E10	Mujer	34	Psicóloga.	Probosco	8	Ocasionalmente
E11.1	Hombre	64	Orientador.	CEE Hermano Pedro.	38	Participación en programas.
E11.2	Mujer	37	Trabajadora social.	CEE Hermano Pedro.	6	Participación en programas.

En total se realizaron once entrevistas, contando con la participación de doce personas, ya que la última de las entrevistas se hizo en conjunto por dos profesionales. En cuanto al sexo de la población entrevistada un 67% fueron mujeres, contando con una frecuencia de ocho mujeres, mientras que un 33% de las personas entrevistadas fueron hombres con una frecuencia de cuatro hombres. La edad media de las personas entrevistadas fue 39,83 años, es decir, 40 años; la persona más joven tenía 27 años, mientras que la mayor tenía 64 años. En referencia al puesto de trabajo desempeñado hubo cuatro trabajadores/as sociales, dos psicólogos/as, tres profesores/as de taller, una coordinadora educativa, una sexóloga, un orientador y un responsable del servicio de orientación y terapia afectivo-sexual, como dato relevante aquí, señalar la existencia de personas con dos profesiones relacionadas con la educación afectivo-sexual. Respecto al número de años en el puesto, la media fue de 12,25 años, siendo el número de años menor de 1 año y el mayor de 38 años. En la experiencia en educación afectivo-sexual hubo cinco personas que trabajaron en talleres y formación con personas con

discapacidad y familias, una persona realizó asesoramiento sexológico, una persona formó a profesionales, dos personas realizaron intervención directa con personas con discapacidad, una persona realizó acciones de sensibilización y elaboró materiales específicos de educación afectivo-sexual y tres personas realizaron acciones puntuales.

Asimismo, los pasos del procedimiento de las entrevistas han sido:

En primer lugar, se eligieron las ideas a contrastar extraídas del marco teórico y se elaboró el guión de la entrevista en base a las ideas anteriores.

En segundo lugar, se realizó la elección de los testigos clave por su relevancia y relación profesional con el objeto de estudio, realizándose un rastreo por las diferentes organizaciones de la isla de Tenerife que trabajan con personas con discapacidad intelectual, teniendo en cuenta a nivel regional FEAPS Canarias, y a nivel nacional a la Asociación Estatal de Discapacidad y Sexualidad como principales representantes en Canarias y España de la intervención afectivo-sexual con las personas con discapacidad intelectual.

El siguiente paso fue ponerse en contacto con los testigos clave, lo cual se hizo de diferentes formas: se llamó por teléfono a todas las organizaciones, se escribió vía e-mail y Facebook a tres de ellas y en uno de los casos se acudió al centro de trabajo para solicitar su colaboración en esta investigación. Las distintas organizaciones con las que se contactó fueron: Fundación Tutelar Sonsoles Soriano, Probosco, Apanate, Prominsur, Asociación Estatal de Discapacidad y Sexualidad, FEAPS Canarias, Trisómicos La Laguna, Asociación Orobal, Colegio de Educación Especial Inés Fuentes, Centro de Educación Especial Hermano Pedro, Aspronte, Harimaguada y Asinladi.

Como se dijo anteriormente, se realizaron once entrevistas, contando con la colaboración de las siguientes organizaciones: Probosco, Apanate, Prominsur, FEAPS Canarias, Trisómicos La Laguna, Colegio de Educación Especial Inés Fuentes, Centro de Educación Especial Hermano Pedro y Harimaguada. En algunas de ellas, se realizaron varias entrevistas a personas de la misma organización, con la finalidad de obtener una visión más completa, ya que aunque pertenezcan al mismo centro de trabajo sus funciones y competencias pueden ser distintas, y las distintas versiones de los y las profesionales, como personas que son, enriquecen el contenido de este estudio.

La forma de realizar las entrevistas, en algunos casos, concretamente en cuatro organizaciones, debido a la distancia o los problemas de agenda de los y las profesionales fue por correo electrónico. No obstante, otras cuatro entrevistas se pudieron realizar presenciales, se registró el contenido a través de una grabación de voz en una de ellas mientras en las tres restantes se hizo tomando notas de la información porque los y las profesionales no querían ser grabados. Una vez realizadas las entrevistas, se sistematizó la información recogida, organizándose las notas de las entrevistas que no pudieron ser grabadas, transcribiéndose las grabaciones del resto e incorporándose las realizadas por escrito por los testigos seleccionados.

Posteriormente, se realizó la triangulación de la teoría con las informaciones extraídas de los discursos de las entrevistas, quedando esto plasmado en el apartado de resultados y discusión de este Trabajo de Fin de Grado. Para finalizar, se realizaron las conclusiones y propuestas. Estas actividades se realizaron entre los meses de abril a junio de 2014.

6. Resultados y discusión.

A continuación, se presenta la triangulación de la teoría con las principales aportaciones de los entrevistados a las preguntas formuladas. En el apartado de anexos se encuentra las síntesis de dichas preguntas y las tablas que contienen los extractos de las entrevistas realizadas.

En primer lugar, en referencia al concepto de sexualidad, la mayoría de las personas entrevistadas tienen una visión de la sexualidad positiva y responden a la esencia del concepto descrito en la definición realizada por Redsexpresan (s/f) y la Organización Mundial de la Salud (2006, en Sánchez, 2013) contemplada en el marco teórico de este estudio, viendo la sexualidad como un aspecto central del ser humano y una dimensión amplia compuesta por factores biológicos, psicológicos y sociales, estos últimos nombrados en las características de la sexualidad por Cobo (2012).

En segundo lugar, tres personas entrevistadas consideran la sexualidad una necesidad y un derecho, algo que es cierto y está enmarcado en la declaración de los derechos sexuales recogida en el año 1999 por la *World Association for Sexual Health* (WAS).

Sin embargo, una de las personas entrevistadas, aporta una concepción de la sexualidad relacionada directamente con el acto físico o coital, visibilizando su visión genitalista y estrecha de la sexualidad que se opone a la conceptualización amplia de la misma descrita en el marco teórico del estudio por los autores Cobo (2012), Martínez (2003) y Saínez (2011) en la cual se explica que existen tantas sexualidades como personas y diferentes formas de expresarla (la erótica), ya sea a través de besos, caricias, abrazos, etc.

En relación al concepto de educación afectivo-sexual en las personas con discapacidad intelectual, en líneas generales, las personas entrevistadas coinciden con la teoría de los autores Seoane (2012) y García y de Dios (2007), ya que se relaciona con la obligación de atender y resolver las necesidades afectivo-sexuales de vínculo e intimidad que tiene cualquier ser humano y que debe ser realizada a lo largo de toda la vida. En cuanto a la forma de realizar educación afectivo-sexual, tres de las personas entrevistadas coinciden con López (2011) y Saínez (2011), puesto que debe realizarse desde una intervención centrada en la persona y garantizando los apoyos necesarios.

Por otro lado, coincidiendo con los autores Torices y Ávila (2007), Cobo (2012), De la Cruz y Cabezón (2006) y Garvía (2010) dos personas entrevistadas hacen hincapié en que la educación afectivo-sexual es la asignatura “pendiente”, no se habla, no se atiende ni educa, es un tema olvidado que está compuesto por mitos y tabúes, y en el que influye de manera negativa el entorno, actuando como barrera para el desarrollo afectivo-sexual de las personas con discapacidad intelectual.

En cuanto a la consideración sobre la sexualidad de las personas con discapacidad intelectual, las personas entrevistadas coinciden con los autores Escalera (1997 en Bermejo, 2010), Navarro (2000 en Bermejo, 2010) y Cobo (2012), pues para ellas es algo innato en el ser humano, por lo que no existen diferencias respecto a las demás personas. Por otro lado, una de las personas entrevistadas añade que la sexualidad es un tema tabú y que la sociedad no aborda este tema, dejando desatendidas a las personas con discapacidad intelectual coincidiendo con Cobo (2012) en que es la sociedad la creadora de las diferencias entre la sexualidad de las personas con discapacidad y el resto.

Respecto a los modelos de intervención afectivo-sexual con personas con discapacidad, la mayoría de las personas entrevistadas no conocía los modelos

establecidos en el marco teórico, pero indirectamente lo asociaron al modelo biográfico profesional al contestar que debería ser una intervención centrada en la persona, una de las características de dicho modelo; el resto que sí conocía los modelos optó también por el nombrado anteriormente, coincidiendo con López (2006) en que es el modelo más integral (persona, familia y profesionales) y realista.

En relación a las estrategias, técnicas e instrumentos, varias de las personas entrevistadas respondieron que estas se basan en las necesidades de las personas y en la consideración de la persona como un ser digno y valioso, claves para la intervención afectivo-sexual mencionadas por De la Cruz y Cabezón (2003).

En cuanto a algunas técnicas e instrumentos utilizados la mayoría de las personas entrevistadas señalaron el uso de *roll-playing*, material audiovisual (videos, imágenes, audio, viñetas), modelado, instrumentos artificiales que puedan ayudar a mantener una relación sexual e instrumentos u objetos que puedan manipular, hablar y dirigir a la persona hacia el espacio donde debe realizar la conducta sexual, coincidiendo con Morentín, Rodríguez, Arias y Aguado (2006), Rodríguez, López, Morentín y Arias (2006), López (2002), López (2011) y De la Cruz y Cabezón (2006).

No menos importante, una de las personas entrevistadas señaló como estrategia a seguir la combinación del círculo de apoyo entre profesionales y familia, colaboración importantísima siguiendo el modelo biográfico profesional de López (2006).

Haciendo mención a los recursos existentes, la mayoría de las personas entrevistadas contestaron que no existen recursos específicos para la atención de la sexualidad de las personas con discapacidad, salvo acciones puntuales o la labor realizada por los centros a los que acuden dichas personas, echando en falta la realización de programas como los descritos por Morentín, Rodríguez, Arias y Aguado (2006), Rodríguez, López, Morentín y Arias (2006), López (2002) y López (2011) o talleres y dinámicas como los propuestos por García (2007).

Sobre los procedimientos, cuatro de las personas entrevistadas contestaron que el procedimiento a seguir debe partir de las necesidades y la demanda de las personas, como se comentó anteriormente y que coincide con los planteamientos de Saínz (2011). Un punto importante, que se planteó por cinco de las personas entrevistadas, es el trabajo paralelo con las familias, contando con su consentimiento y apoyo para

normalizar la situación y realizar una intervención transversal que no solo sean intervenciones puntuales, tratando que aquellas familias que no quieren hablar del tema colaboren y desmitifiquen sus creencias, realizando una intervención desde una visión de la sexualidad como la unión entre la sexualidad y la afectividad; estos planteamientos son recogidos en cómo deben ser y los contenidos que tienen los programas de Morentín, Rodríguez, Arias y Aguado (2006), Rodríguez, López, Morentín y Arias (2006), López (2002) y López (2011) desde la intervención multifocal basada en el trabajo con los y las profesionales y la familia, centrada en esta última, sobre todo, en desmitificar e informar y formar en los objetivos, contenidos y metodología del programa, solicitando su colaboración en la realización de algunas sesiones y generalización de los aprendizajes.

Además, para otras personas entrevistadas el procedimiento a seguir una vez identificada la necesidad, es marcar un objetivo y trazar un plan de acción donde se trabaje a nivel individual y grupal, a través del asesoramiento o por intervención directa (enseñar a masturbar). Todas estas formas, son legítimas y se recogen en la realización de programas de Morentín, Rodríguez, Arias y Aguado (2006), Rodríguez, López, Morentín y Arias (2006), López (2002) y López (2011). Por otro lado, una de las personas entrevistadas cuenta que la educación afectivo-sexual se incluye en la programación del aula, aspecto que se relaciona con la inclusión de la educación afectivo-sexual en la educación formal citado en (Álvarez-Gayou, 1990 en Torices y Ávila, 2007).

En relación a las actividades realizadas, en líneas generales, las personas entrevistadas señalaron que se están realizando talleres de educación sexual puntuales y se comparten materiales sobre educación afectivo-sexual por internet, por lo que la misma se aplica también desde el ámbito no formal e informal explicado por Torices y Ávila (2007) y Puyol y Hernández (2009).

Respecto a la formación necesaria para impartir educación afectivo-sexual a personas con discapacidad intelectual, la mayoría de las personas entrevistadas hicieron hincapié en la necesidad de formarse en discapacidad y tener conocimientos en sexualidad, a través del posgrado en Sexología, aspectos que son considerados como básicos y fundamentales, pero en esta investigación se abre el abanico a la interdisciplinariedad que según (Puyol y Hernández, 2009) permite acceder a la realidad

de forma integral e implica la colaboración de varias disciplinas, coincidiendo una de las personas entrevistadas al relacionar la formación con el trabajo interdisciplinar.

Haciendo referencia al papel del trabajador/a social, la mayoría de las personas entrevistadas señalaron que es informar y asesorar sobre los recursos a la familia y la persona con discapacidad, hacer de mediador o ejercer de nexo de unión entre la familia y el centro, aspectos que no son recogidos en esta investigación porque aunque es cierto que una de las funciones de los y las trabajadores/as sociales se corresponde con lo planteado, esta relación sería muy simple y sesgaría el abanico de posibilidades de intervención de los y las trabajadores/as sociales que podrían intervenir desde un equipo interdisciplinar como mencionan Torices y Ávila (2007) y que desde los principios de la FITS de respeto al derecho de autodeterminación de las personas, promover su participación, tratar a la persona como un todo e identificar y desarrollar sus fortalezas, se avala la intervención de los y las trabajadores/as sociales en educación afectivo-sexual con personas con discapacidad intelectual.

Por último, considerando las experiencias positivas y negativas vividas por los y las profesionales entrevistados/as como un acercamiento y muestra de la realidad sobre la educación afectivo-sexual que se realiza en la actualidad se procede a llevar a cabo la siguiente relación de la teoría con la realidad extrayendo los aspectos negativos y positivos de la misma.

Aspectos positivos: poder ayudar a una persona a encontrar placer masturbándose y realizarlo en el espacio adecuado, favorecer las relaciones afectivas, ayudar a las personas a través de talleres de diversidad sexual a identificar y poner nombre a lo que sienten que en ocasiones relacionaban con algo negativo, asesorar en métodos anticonceptivos, realizar intervención psicoterapéutica con las familias, considerándolas como el agente social más implicado en investigar y crear. Este apartado engloba la labor de los y las profesionales como facilitadores del desarrollo afectivo-sexual de las personas con discapacidad intelectual, siendo un referente, cercano/a, estable y acompañando y apoyando a la persona a lo largo de su vida como menciona García y De Dios (2007), y como las familias también son consideradas por algunos/as profesionales como fuente principal de apoyo y desarrollo de la sexualidad de sus hijos e hijas, coincidiendo con la definición de López (2011), actuando como adecuadas figuras de

apego (confiando, estimando, proporcionando afectos, cuidando y respetando la intimidad de sus hijos e hijas).

Aspectos negativos: el impedimento de los familiares a que su hijo/a reciba educación afectivo-sexual, la sociedad, reducir la sexualidad a la concepción genitalista-coital y la frustración de los y las profesionales. Respecto a este apartado, en primer lugar, se observó la doble función de las familias en el desarrollo afectivo-sexual de sus hijos e hijas, como antes actuaron como facilitadoras y ahora como barreras debido a los mitos existentes respecto a la sexualidad de las personas con discapacidad intelectual “son asexuados”, “son angelitos”, “se pueden descontrolar si se les habla sobre sexualidad”, etc. recogidos por los autores Torices y Ávila (2007), Cobo (2012), De la Cruz y Cabezón (2006) y Garvía (2010).

En segundo lugar, se observó cómo la sociedad no presta atención a esta dimensión esencial de los seres humanos y no dota a las personas de los recursos necesarios para su abordaje, como menciona Cobo (2012) y Chieger (s/f en Cardenal, 2002) la sexualidad es un tema tabú y todo lo que se sale de lo ordinario es sinónimo de rechazo y discriminación. Por último, en cuanto a la frustración de los y las profesionales, es algo percibido como negativo por los y las mismos/as, pero esto significa que ven a la persona con discapacidad como un ser valioso, principio clave de la educación afectivo-sexual propuesto por de la Cruz y Cabezón (2003).

A continuación se presentan los resultados de la última pregunta, en la que se indagó sobre la percepción de los entrevistados sobre el estado de tema estudiado, a partir de la que se ha construido la matriz DAFO y su relación con las aportaciones de los y las autores y autoras.

Tabla 2. Matriz DAFO.

MATRIZ DAFO		
LA EDUCACIÓN AFECTIVO-SEXUAL PARA LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL.		
¿Cómo es la situación de la educación afectivo-sexual para las personas con discapacidad intelectual?		
	CIRCUNSTANCIAS NEGATIVAS	CIRCUNSTANCIAS POSITIVAS
CIRCUNSTANCIAS INTERNAS	<p>DEBILIDADES</p> <p>No es una apuesta generalizada (E1).</p> <p>Falta y desconocimiento de recursos especializados (E2, E7, E10).</p> <p>Falta de formación de los profesionales que trabajan en este campo (E3).</p> <p>Falta de formación familiar (E11).</p> <p>Colectivo fragmentado y con disparidad de criterios (E4).</p> <p>Dificultades en el intercambio de información (E5 y E7).</p> <p>Dificultades de comprensión por el nivel cognitivo de las personas con discapacidad intelectual (E7 y E10).</p>	<p>FORTALEZAS</p> <p>Es una herramienta fundamental para la calidad de vida y la autodeterminación (E1).</p> <p>Ayuda a las personas a conocerse, las hace mejores personas sociales y abre la mente (E3).</p> <p>Colectivo con demandas racionales de información y formación, pasando por la reivindicación de los derechos humanos y civiles de las personas con discapacidad. Movimiento asociativo, este movimiento está consolidado, aunque precise motivación (E4).</p> <p>Tenemos un camino andado, mensaje más abierto de las distintas capacidades de los seres humanos, las relaciones afectivo-sexuales merecen la pena, tenemos un imaginario, unas herramientas, recursos, creemos que la intervención no es solo de los profesionales (E6).</p> <p>Entidades privadas que apuestan por programas afectivo-sexuales entre sus programaciones; nuevas visiones de las familias con respecto al tema afectivo-sexual (E7).</p> <p>Evoluciones de los profesionales del sector. Profesionales más preparados y formados (E2, E5, E6, E7, E10, E11).</p>

CIRCUNSTANCIAS EXTERNAS	<p>AMENAZAS</p> <p>Demasiado centrada en los riesgos y en una concepción genitalista de la sexualidad (E1)</p> <p>Tema tabú “prejuicios” (E2, E7)</p> <p>Poca formación a las personas sobre educación afectivo-sexual en el sistema educativo (E3, E11)</p> <p>Vuelta a una concepción católica moralista de la sexualidad (E4, E11).</p> <p>Falta de tiempo y la orientación para adoptar la propuesta de trabajo (E5).</p> <p>Desmantelamiento de los recursos existentes (E6, E7).</p> <p>Utilización de la crisis para dejar de abordar aquellos elementos que nos pueden ayudar a salir de ella, reactivación de mitos, vulnerabilidad de las personas con discapacidad (E6).</p> <p>La familia, piensan que su hijo/a no tiene necesidades sexuales (E10).</p>	<p>OPORTUNIDADES</p> <p>Cada vez hay más sensibilidad sobre este tema (E1).</p> <p>Cambio de perfil de las familias de las personas con discapacidad intelectual facilitando el trabajo en esta área (E2).</p> <p>Movimiento consolidado, con infraestructura (E4).</p> <p>Poder dar una respuesta integral a la persona y a la familia (E5).</p> <p>Se cuenta con experiencias de intervención (E6).</p> <p>Marco legal de aprobación de Derechos (E6, E7).</p> <p>Creación de recursos de cara a las elecciones que tendrán lugar en 2015 (E7).</p> <p>Favorecer un cambio de pensamiento progresivo sobre este tema, mentalidad más abierta de la sociedad (E10, E11).</p>
--------------------------------	--	--

Respecto a las debilidades, tres personas entrevistadas respondieron la falta y desconocimiento de recursos especializados y otras dos personas entrevistadas contestaron las dificultades en el intercambio de información. Por otro lado, dos personas entrevistadas señalaron las dificultades de comprensión por el nivel cognitivo de las personas con discapacidad intelectual, por lo que se denota la carencia de apoyos individualizados que son necesarios para este tipo de intervención mencionados por Saíenz (2011); una persona entrevistada apuntó que no es una apuesta generalizada y otra de ellas que el colectivo de las personas con discapacidad está fragmentado y existen disparidad de criterios. Por último, una persona entrevistada hizo alusión a la falta de formación de los profesionales que trabajan en este campo y otra persona entrevistada señaló la falta de formación familiar.

En relación a las amenazas, en la mayoría de las respuestas se puso en el punto de mira las carencias sociales en cuanto a la atención y comprensión de las necesidades sexuales-afectivas de las personas con discapacidad. Por un lado, cinco personas hicieron alusión a la sexualidad como un tema tabú donde existen muchos prejuicios, la vuelta a una concepción católica moralista de la sexualidad y genitalista, y un tratamiento de la sexualidad centrado en los riesgos. Relacionando este párrafo con la teoría veíamos como Cobo (2012) y Chieger (s/f en Carnedal, 2002) decían que era la sociedad la creadora de las diferencias y de que no se hable sobre la sexualidad y mucho menos se atiende la sexualidad de las personas con discapacidad porque lo diferente es sinónimo de rechazo, y que esto en parte está influenciado por el modelo moral de la sexualidad que reduce a esta a la reproducción y los genitales o el modelo médico que se centra en prevenir o tratar riesgos de embarazo o infecciones de transmisión sexual como describía López (2006).

Por otro lado, tres personas entrevistadas señalaron el desmantelamiento de los recursos existentes, la utilización de la crisis para dejar de abordar esta materia y la vulnerabilidad de las personas con discapacidad, además de la poca formación que se da a las personas sobre educación afectivo-sexual en el sistema educativo. Por otra parte, una persona entrevistada consideró a la familia como una amenaza, debido a que algunas de ellas piensan que su hijo/a no tiene necesidades, esto último se relaciona con el papel de las familias como obstáculo para el desarrollo afectivo-sexual de sus hijos e hijas, siguiendo a López (2006), un error frecuente cometido por las familias es reprimir la

sexualidad de las personas con discapacidad bajo la creencia de que no pueden tener conductas sexuales (creencias propias del modelo moral).

Haciendo mención a las fortalezas, seis personas entrevistadas respondieron que los profesionales del sector están más preparados y formados. Además, una persona entrevistada indicó que la educación afectivo-sexual es una herramienta fundamental para la autodeterminación, dimensión dentro del concepto de calidad de vida propuesto por Schalock y Verdugo (2003) con el que se debe contar para realizar cualquier intervención afectivo-sexual; otra persona añadió que ayuda a las personas a conocerse, primer objetivo de la educación afectivo-sexual según García (2007), Cobo (2012), De la Cruz y Cabezón (2003), Sex-habilidad (s/f) y García y De Dios (2007).

Por otra parte, una persona entrevistada dijo que hay un mensaje positivo de la sexualidad, herramientas y recursos, y existe una creencia de que la intervención no es solo de los profesionales, las familias también intervienen, siguiendo el modelo biográfico profesional propuesto por López (2006). Por último, una de las personas entrevistadas apuntó la labor que están realizando algunas entidades privadas que apuestan por programas afectivo-sexuales entre sus programaciones y las nuevas visiones de las familias con respecto al tema afectivo-sexual, actuando como apoyo al desarrollo afectivo-sexual de sus hijos e hijas, confiando, estimando, cuidando y respetando la intimidad de la persona, como señala López (2011).

Haciendo referencia a las oportunidades, tres personas entrevistadas señalaron la existencia de un marco legal de aprobación de derechos como son los Derechos de las Personas con Discapacidad aprobados por la ONU (2006) que posibilita la creación de un movimiento asociativo consolidado con una infraestructura. Otra persona añadió el poder contar con experiencias de intervención en este terreno, ejemplo de ello son programas de educación afectivo-sexual realizados por García y de Dios (2007); López (2002).

7. Conclusiones y propuestas.

Siguiendo a autores/as como Martínez (2003), Redsexpresan (s/f), Torres y Baltrán (2002 en Sex-habilidad (s/f), Marcé (2013), Barragán (1997 en Torices y Ávila, 2007), De la Cruz y Cabezón (2006), Seoane (2012), García (2007), Cobo (2012), García y de

Dios (2007), Sánchez (2013) y Better Channel (2004) y Baxley y Zendell (2005 en Marcé, 2013) se puede concluir que la educación afectivo-sexual en las personas con discapacidad intelectual se refiere a cualquier programa educativo, acciones o medidas que se pongan en marcha desde cualquier ámbito o institución, que deben realizarse a lo largo de toda la vida y permitan construir el propio conocimiento sobre la sexualidad humana (cuerpo, sentimientos, emociones, actitudes, comportamientos, valores sociales, placer y derechos humanos), favoreciendo el desarrollo integral de la persona y que pueda construir su proyecto de vida, convirtiendo la vivencia sexual en una experiencia sana y gratificante. El objetivo general es contribuir a que las personas aprendan a conocerse (saber cómo son y funcionan), aceptarse (sentirse valiosos como hombres y mujeres, sintiéndose queridos y aceptados por los demás como son) y aprender a encontrar la satisfacción en su expresión de la erótica para intentar lograr la felicidad. No menos importantes, son otros objetivos específicos como impulsar una sexualidad saludable, favorecer relaciones saludables, evitar embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual, mejorar la autoestima y comunicación, favorecer la adquisición de habilidades personales y sociales, etc.

Describir la educación afectivo-sexual y la educación afectivo-sexual en personas con discapacidad es lo mismo, pues su significado y objetivos son similares a los mencionados anteriormente, lo que cambia son las formas, por lo general, de realizar las intervenciones, pues en las personas con discapacidad intelectual, siguiendo a los y las autores/as De la Cruz y Cabezón (2003), López (2011) y Saínz (2011), la familia y los y las educadores/as de los centros a los que suelen acudir o están internadas dichas personas, cobran un papel relevante, ya que son el principal apoyo y en muchos casos son los tutores legales de las mismas, estando bajo su responsabilidad la vida de estas personas, y dependiendo de su autorización y motivación poder desarrollar una educación afectivo-sexual satisfactoria para las personas con discapacidad intelectual. Las pautas clave para poder llevarse a cabo son aprender a hablar del tema y valorar a sus hijos e hijas/ o usuarios/as como personas dignas y merecedoras de vivir una sexualidad sana y satisfactoria al igual que el resto de personas.

Por otro lado, una intervención en educación afectivo-sexual con personas con discapacidad intelectual debe realizarse desde una planificación centrada en la persona donde se le preste los apoyos necesarios para conseguir esa satisfacción afectivo-sexual de manera individualizada y desde un enfoque positivo donde se confíe en los

potenciales de aprendizaje y sus capacidades, así como en las posibilidades más que en los riesgos. Además, cualquier intervención desde abordarse dentro de las dimensiones de calidad de vida lo que supone el bienestar emocional, favorecer las relaciones interpersonales, el bienestar material, el desarrollo personal, la autodeterminación, la inclusión social y la garantía de los derechos de estas personas.

En referencia al primer objetivo que se ha propuesto, sobre descubrir la relación entre la educación afectivo-sexual, la discapacidad y la educación en el Trabajo Social, dicha relación se ha logrado conocer y según lo estudiado consiste en lo siguiente.

En la relación entre la educación afectivo sexual y la discapacidad se hace mención al concepto de discapacidad propuesto por la CIF (2001), la cual se definía como la compleja relación entre la condición de salud de una persona, sus factores personales y sus factores externos, en la que un entorno con barreras o sin facilitadores restringirán el desempeño/realización de la persona, mientras que un entorno facilitador puede incrementarlo. Pues bien, si se aplica este concepto al ámbito de la educación afectivo-sexual de las personas con discapacidad intelectual, describiendo ésta última, según la AAIDD (1992, en Verdugo y Gutiérrez, 2009) como una discapacidad caracterizada por limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual y la conducta adaptativa, la condición de salud de estas personas que sería la discapacidad o dificultades en el aprendizaje/adaptación a las normas sociales respecto a la sexualidad, estaría influenciada por sus condiciones personales (personalidad, creencias, valores, sexo, formas de expresar su erótica, etc.) y sobre todo por el entorno, ya que contar con una familia, educadores/as o una sociedad facilitadora permitiría el desarrollo afectivo-sexual de la persona y un entorno con barreras o sin facilitadores impediría el desarrollo afectivo-sexual de la misma.

Respecto a la relación de la educación afectivo-sexual y el Trabajo Social en Educación, como se mencionaba antes, la educación afectivo-sexual se realiza durante toda la vida y desde cualquier ámbito. En educación existen tres ámbitos o tipos de educación, la formal (escuela), no formal (cursos, programas, etc.) y la informal (el hogar, la sociedad), desde cualquiera de estos tres se puede realizar educación afectivo sexual, quedando esta idea recogida por los y las autores/as Torices y Ávila (2007) y Puyol y Hernández (2009).

Por último, respecto al segundo objetivo planteado, conocer experiencias de trabajadores y trabajadoras sociales, así como de otros expertos, en el ámbito de la

educación afectivo-sexual con personas con discapacidad intelectual, siguiendo el análisis DAFO realizado, las personas entrevistadas de forma global, describen la situación de la educación afectivo-sexual de la siguiente manera.

Por un lado, es débil por la carencia de recursos especializados y el desconocimiento respecto a ellos si los hay, la existencia de dificultades en el intercambio de información y se dan complicaciones a la hora de realizar una intervención afectivo-sexual debido a las dificultades de comprensión de las personas con discapacidad intelectual por su nivel cognitivo; además no es una apuesta generalizada sino que se centra en acciones puntuales dentro de un colectivo fragmentado donde existen disparidad de criterios y hay una falta de formación de los profesionales que trabajan en este campo y formación familiar.

Por otro lado, su situación está amenazada por las carencias sociales en cuanto a la atención y comprensión de las necesidades sexuales-afectivas de las personas con discapacidad, debido a que la sexualidad es un tema tabú donde existen muchos prejuicios, sigue existiendo una concepción católica moralista de la sexualidad y se realiza un tratamiento de la sexualidad centrado en los riesgos y en una concepción genitalista de la sexualidad. Además, se han desmantelado los recursos existentes y se está utilizando la crisis para dejar de abordar la educación afectivo-sexual de las personas, provocando esta situación la reactivación de mitos y la vulnerabilidad de las personas con discapacidad. También, existe poca formación de las personas sobre educación afectivo-sexual en el sistema educativo y se considera a aquellas familias que no son facilitadoras como una amenaza.

Sin embargo, también se cuenta con unas fortalezas en la educación afectivo-sexual, produciéndose evoluciones de los profesionales del sector (más preparados y formados), se considera a la educación afectivo-sexual como una herramienta fundamental para la calidad de vida y la autodeterminación que ayuda a las personas a conocerse, las hace mejores personas sociales y les abre la mente. Hay un camino andado, un mensaje más abierto de las distintas capacidades de los seres humanos, se sabe que las relaciones afectivo-sexuales merecen la pena ser vividas, hay herramientas y recursos (aunque sean por internet, de forma puntual o de manera privada) y existe una creencia de que la intervención no es solo de los profesionales, sino que implica a toda la población. Todo esto dentro de un colectivo consolidado como son las personas con discapacidad, donde la familia ha jugado un papel ejemplar, creador, investigador, luchador y reivindicativo

que tiene una nueva visión sobre la sexualidad y que cada vez demanda más la atención de esta dimensión humana olvidada, aunque existen aún familias creyentes de esos fantasmas, mitos y miedos limitadores del desarrollo afectivo-sexual de las personas con discapacidad intelectual.

Por último, en este ámbito también se dan oportunidades, ya que la existencia de un marco legal de derechos ha posibilitado la creación de un movimiento asociativo consolidado con una infraestructura donde se puede contar con experiencias de intervención en este terreno. Además, cada vez hay más sensibilidad sobre este tema, dándose un cambio de perfil de las familias que facilita el trabajo en esta área y favorece un cambio de pensamiento progresivo sobre este tema y una mentalidad más abierta de la sociedad. Por otro lado, la existencia de una educación afectivo-sexual posibilita poder dar una respuesta integral a la persona y a la familia, y existe la posibilidad de que se creen recursos por las elecciones que se producirán en el 2015.

A continuación, sobre la base de lo descubierto se enuncian algunas propuestas.

En primer lugar, se propone ampliar la cobertura de la educación afectivo-sexual para lograr atender el mayor número posible de demandas, consiguiendo mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad intelectual. Para conseguir lo anteriormente mencionado, es necesario apostar por la realización de una educación afectivo-sexual en personas con discapacidad intelectual que se haga de forma generalizada, no solo a través de acciones puntuales de determinados programas de organizaciones públicas o privadas, por lo que las instituciones públicas deben hacerse cargo del abordaje y atención de esta dimensión humana, apostando por la creación de recursos de sensibilización y concienciación sobre la sexualidad humana y la educación afectivo-sexual en general, incidiendo en el caso de las personas con discapacidad intelectual, partiendo del modelo de intervención biográfico profesional, en implicar a la familia y educadores/as de las mismas. Estas intervenciones deben realizarse siempre desde un enfoque positivo de la sexualidad y que englobe a todos los ámbitos educativos (formales, no formales e informales). Además, es una responsabilidad y obligación de las instituciones públicas crear recursos de atención afectivo-sexual especializados para personas con discapacidad intelectual, puesto que la sexualidad y la afectividad son derechos de dichas personas, al igual que el derecho a la inclusión

social o laboral, debiendo ser atendidas con la misma importancia que el aprendizaje del habla, habilidades sociales, etc.

En segundo lugar, se propone que los y las trabajadores y trabajadoras sociales reivindiquen intervenir en el ámbito de la educación afectivo-sexual. Por un lado, porque según la declaración de los principios éticos de los y las trabajadores/as sociales aprobados por la Asamblea General de la FITS y la AIETS (2004), estos/as profesionales deben promover el cambio social, el cual supondría en este caso, garantizar los derechos sexuales recogidos por la WAS y el derecho a la inclusión social, respetar la autodeterminación de las personas con discapacidad intelectual, promover la participación de la persona en la toma de decisiones, tratarla como un todo e identificar y desarrollar sus fortalezas, permitiendo su desarrollo afectivo-sexual saludable y satisfactorio. Por otro lado, porque en el plan de estudios del Grado en Trabajo Social figura el aprendizaje de conocimientos teórico-prácticos en discapacidad a través de la asignatura Trabajo Social en Discapacidad, por el que se forma a los y las futuros profesionales en la materia, aunque en atención a la educación afectivo-sexual los contenidos dados son escasos. Sin embargo, esto no significa que siendo graduado/a en Trabajo Social no se pueda realizar una intervención en educación afectivo-sexual con personas con discapacidad, ya que tras la obtención de dicho título y adquiriendo formación reglada a través del máster oficial en Sexología o no reglada mediante los cursos para profesionales que realizan diferentes organizaciones como la Asociación Estatal de Discapacidad y Sexualidad, se puede intervenir de manera especializada o en un equipo interdisciplinar, aunque en todo caso, el título capacita para ejercer la función docente que permite planificar y ejecutar acciones de formación en esta materia.

Asimismo, sería interesante realizar un estudio sobre la influencia de las familias de las personas con discapacidad intelectual como facilitadores o barreras de un desarrollo afectivo-sexual saludable y satisfactorio de las mismas, ya que como se ha comentado a lo largo de esta investigación las familias son el principal apoyo y responsable de estas personas influyendo en la toma de decisiones.

Por otro lado, también se sugiere a futuros investigadores que deseen profundizar en este tema, que estén dispuestos a romper con esquemas tradicionales sobre la sexualidad humana y sobre todo, sobre la relación discapacidad y sexualidad, ello les

ayudará a disfrutar de una experiencia enriquecedora que permite el aprendizaje de nuevos conocimientos que facilitan vivir la vida de una manera más igualitaria, satisfactoria y justa para todos/as.

8. Referencias bibliográficas.

Antequera, M., Bachiller, B., Calderón, M^a T., Cruz, A., Cruz, P.L., García, F.J, Luna, M., Montero, F., Orellana, F. M^a, Ortega, R., Martínez, A. y Soto, E. (2008). *Manual de atención al alumnado con necesidades específicas de apoyo educativo derivadas de discapacidad intelectual*. Edita: Junta de Andalucía.

Bermejo, B. (2010). *Habilidades sociosexuales en personas con discapacidad intelectual*. Madrid: Pirámide.

Cardenal, F. (2002). Discapacidad, sexualidad y familia. Núm. 51-52 (pp. 84-90). Madrid: Artegraf.

Cobo, C. (Coord.). (2012). *Protocolo sobre relaciones interpersonales y sexualidad en personas con discapacidad intelectual, trastornos del Aspecto Autista y otras discapacidades con déficit cognitivo usuarias de centros residenciales* [versión electrónica]. Recuperado el 17 de enero de 2014 de: http://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/Personas_Discapacidad_Protocolo_sobre_relaciones_interpersonales_y_sexualidad_pdint.pdf

Declaration of Sexual Rights. Adopted in Hong Kong at the 14th World Congress of Sexology, August 26, 1999. Recuperado el 17 de febrero de 2014 de:

<http://www.worldsexology.org/resources/declaration-of-sexual-rights/>

De la Cruz, C. y Cabezón, O. (2006). *Apuntes de Educación Sexual. Sobre la sexualidad de los niños y niñas con discapacidad* [versión electrónica]. Recuperado el 18 de febrero de 2014 de:

<http://www.juntadeandalucia.es/educacion/webportal/ishare-servlet/content/8089d36a-e0fa-434f-8f90-41215a8e9c68>

Federación Española de Sociedades de Sexología. (2014). *Dossiers de sexología*.

Recuperado el 25 de febrero de 2014 de: <http://www.fess.org.es/dossiers-sexologia.php>

García, M. (2007). *Educación sexual y discapacidad. Talleres de educación sexual con personas con discapacidad. Material Didáctico* [versión electrónica]. Recuperado el 17 de enero de 2014 de:

http://www.asturias.es/Asturias/descargas/PDF_TEMAS/Asuntos%20Sociales/Calidad/publicaciones/Programa_educacion_sexual_en_discapacidad_intelectual.pdf

García, M. y De Dios, R. (2007). *Discapacidad intelectual y sexualidad: programa de educación sexual en centros de atención a personas adultas* [versión electrónica]. Recuperado el 24 de febrero de 2014 de:

http://www.asturias.es/Asturias/descargas/PDF_TEMAS/Asuntos%20Sociales/Calidad/publicaciones/Programa_educacion_sexual_en_discapacidad_intelectual.pdf

García, J.L. (2005). Sexualidad, afectividad y síndrome de Down: Se hace camino al andar: Revista Down España, 28, 22- 27. Recuperado el 24 de febrero de 2014 de:

<http://riberdis.cedd.net/bitstream/handle/11181/3330/Sexualidad%2c%20afectividad.pdf?sequence=1&rd=0031793637298979>

Garvía, B (2010). Sexualidad y síndrome de Down: Revista médica internacional sobre el síndrome de Down, 14(3), 47-49. Recuperado el 18 de febrero de:

http://www.fcsd.org/es/sexualidad-y-s%C3%ADndrome-de-down_14456.pdf

Garvía, B. y Miquel, M.J. (2009). *La vida sexual y afectiva de las personas con síndrome de Down*: Revista Down España, 43, 12-17. Recuperado el 20 de febrero de 2014 de:

<http://riberdis.cedd.net/bitstream/handle/11181/3342/La%20vida%20sexual%20y%20afectiva.pdf?sequence=1&rd=0031776181122637>

Grupo Cantabria en Discapacidades (2003). *Programa docente y de difusión de la CIF*. Recuperado el 20 de enero de 2014 de:

<http://usuarios.discapnet.es/disweb2000/cif/materiales.htm>

López, F. (2002). *Sexo y afecto en personas con discapacidad*. Madrid: Biblioteca Nueva.

López, F. (2006). *La educación sexual de personas con discapacidad*. Siglo Cero: Revista española sobre discapacidad intelectual, 37 (1), 217, 5- 22. Recuperado el 14 de febrero de 2014 de: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1998054>

López, F. (2011). *Guía para el desarrollo de la afectividad y de la sexualidad en personas con discapacidad intelectual. Desarrollo de la Planificación y tutorización individual* [versión electrónica]. Recuperado el 14 de enero de 2014 de:

<http://sid.usal.es/idocs/F8/FDO26070/Gu%C3%ADa%20afectividad%20felix%20lopez.pdf>

López, F. (2011). *Educación sexual de los hijos* [versión electrónica]. Recuperado el 24 de febrero de 2014 de:

<https://www.msps.es/ca/ssi/familiasInfancia/parentalidadPos2011/Docs/Ponencias/EducacionSexualEnLaFamiliaFLopez.pdf>

Marcé, A. (2013). *Desarrollo de la afectividad y sexualidad entendido como una dimensión más de la persona* [versión electrónica]. Recuperado el 20 de febrero de 2014 de:

http://discapacidad.fundacionmapfre.org/escuelabienestar/es/imagenes/T142_VD_tcm207-34382.pdf

Martínez, F. (2003). *La erótica del encuentro* [versión electrónica]. Recuperado el 20 de febrero de 2014 de:

http://www.cocemfeasturias.es/archivos/251_discapacidad-vida-sexual--la-erotica-encuentro-.pdf

Morentín, R., Rodríguez, J. M., Arias, B. y Aguado, A. (2006). *Pautas para el desarrollo de programas eficaces de educación afectivo-sexual en personas con discapacidad intelectual*. Siglo Cero: Revista española sobre discapacidad intelectual, 37, 217, 41-58. Recuperado el 14 de febrero de 2014 de:

http://dialnet.unirioja.es/buscar/documentos?querry=Dismax.DOCUMENTAL_TODO=pautas+para+el+desarrollo+de+programas+eficaces

Nogal, E. (2007). *Trabajo Social y Educación* [versión electrónica]. Madrid: Colegio Oficial de trabajadores sociales y asistentes sociales. Recuperado el 25 de febrero de 2014 de:

[file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Monografico-I-2007%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Monografico-I-2007%20(1).pdf)

Perdomo, M. (2013). *Sexualidad y afectividad en la discapacidad. La inclusión del entorno institucional en el modelo psico-afectivo-sexual*. Escuela de Servicios Sanitarios y Sociales de Canarias.

Principios éticos del Trabajo Social. (2004) [versión electrónica]. Australia: Federación Internacional del Trabajo Social y Asociación de Escuelas Internacionales del Trabajo Social. Recuperado el 27 de febrero de 2014 de:

<http://www.pol.una.py/sites/default/files/files/bienestar/PRINCIPIOS%20ETICOS%20DEL%20TRABAJO%20SOCIAL.pdf>

Puyol, B. y Hernández, M. (2009). *Trabajo Social en Educación*. Revista Currículum, 22, 97-117. Recuperado el 20 de enero de 2014 de:

<http://publica.webs.ull.es/upload/REV%20CURRICULUM/22%20%202009/05%20Puyol%20y%20Hern%C3%A1ndez.pdf>

Raya, E., Caparrós, N. y Peña, G.B. (2012). *Atención social de personas con discapacidad. Hacia un enfoque de derechos humanos*. Buenos Aires: Lumen.

Redsexpresan, recurso multimedia para la educación afectivo-sexual. Recuperado el 18 de febrero de 2014 de:

<http://www.harimaguada.org/sexpresan/multimedia/sexpresan.swf>

Rodríguez, J. M., López, F., Morentín, R. y Arias, B. (2006). *Afectividad y sexualidad en personas con discapacidad intelectual. Una propuesta de trabajo*. Siglo Cero: Revista española sobre discapacidad intelectual, 37, 217, 23-40. Recuperado el 14 de febrero de 2014 de:

http://dialnet.unirioja.es/buscar/documentos?querry=Dismax.DOCUMENTAL_TODO=pautas+para+el+desarrollo+de+programas+eficaces

Romañach, J. y Lobato, M. (2005). *Diversidad Funcional, nuevo término para la lucha por la dignidad en el ser humano*. Foro de vida independiente, 1-8. Recuperado el 26 de febrero de 2014 de:

<http://centrodocumentaciondown.com/uploads/documentos/1dcb1a899435d2b2806acdf5dbcf17aa941abd8d.pdf>

Saíenz, M. (Coord.) (2011). *En el plural de las sexualidades. Atender, educar y prestar apoyos a la sexualidad de las personas con discapacidad intelectual* [versión electrónica]. Recuperado el 17 de enero de 2014 de:

http://www.sexualidadydiscapacidad.es/archivos/en_el_plural_de_las_sexualidades_sexualidad_y_discapacidad_intelectual_fundadeps_web_pp.pdf

Seoane, J. (2012). *Es parte de la vida* [versión electrónica]. Recuperado el 24 de febrero de 2014 de:

http://www.unicef.org/uruguay/spanish/Es_parte_de_la_vida_tagged.pdf

Sánchez, C. (2013). *Sexualidad y afectividad en la discapacidad. De la negación a la afirmación*. Escuela de Servicios Sanitarios y Sociales de Canarias.

Sánchez, C. (2013). *Sexualidad y afectividad en la discapacidad. Educación afectivo-sexual*. Escuela de Servicios Sanitarios y Sociales de Canarias.

Sex-habilidad (sin fecha). Programa de promoción de la educación de la sexualidad humana y la diversidad funcional. La educación sexual. Recuperado el 23 de febrero de 2014 de: <http://sex-habilidad.webs.com/educacionsexual.htm>

Schalock, R. (2009). *La nueva definición de discapacidad intelectual, apoyos individuales y resultados personales*. Revista Española sobre Discapacidad Intelectual, vol. 40 (1). Núm. 229.

Schalock, R. L. y Verdugo, M. A. (2002). *The concept of quality of life in human services: A handbook for human service practitioners*. Washington, DC: American Association on Mental Retardation. (Traducción al castellano en 2003, Alianza Editorial).

Torices, I. y Ávila, G. (2007). *Orientación Sexual para personas con discapacidad*. Sevilla: Trillas.

Vázquez-Barquero, J.L. (coord.) (2001). *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud de la Organización Mundial de la Salud*. Madrid: Grafo.

Verdugo, M. A. y Gutiérrez, B. (2009). *Discapacidad intelectual. Adaptación social y problemas de comportamiento*. Madrid: Pirámide.

9. Anexos.

9.1 Guión de la entrevista.

Entrevista sobre la intervención en la educación afectivo-sexual con personas con discapacidad intelectual y su relación con el Trabajo Social.

Hola, soy Alejandra una alumna de 4º de Grado en Trabajo Social de la Universidad de La Laguna. Para mi trabajo de fin de grado estoy realizando una investigación sobre la educación afectivo-sexual con personas con discapacidad intelectual para averiguar cómo se aborda el tema desde las distintas Organizaciones que trabajan con personas con discapacidad intelectual y el papel que desempeñaría el Trabajo Social en este ámbito. La información recabada en esta entrevista se utilizará solo a efectos de la investigación manteniéndose en todo momento el anonimato de los participantes. Si tiene alguna duda sobre las preguntas puede ponerse en contacto conmigo, bien a través de correo electrónico alejandra_812@hotmail.com o por teléfono 690 299 806. Puede remitirla completa a la misma dirección de correo electrónico. Muchas gracias por su colaboración.

Datos sociodemográficos:

- Sexo:
- Edad:
- Denominación puesto de trabajo:
- Institución/ empresa/ asociación/ ONG a la que pertenece:
- Número de años en el puesto:
- Experiencia en la educación afectivo-sexual con personas con discapacidad (impartiendo talleres, participación en programas, asesoría sexual):

Preguntas:

1. ¿Cómo definiría la sexualidad? ¿Y la educación afectivo-sexual en las personas con discapacidad intelectual?
2. ¿Cuál es su consideración sobre la sexualidad de las personas con discapacidad intelectual?
3. ¿Qué modelo de intervención considera más adecuado para la intervención en educación afectivo-sexual con personas con discapacidad intelectual? ¿Por qué?
4. ¿Qué estrategias, técnicas e instrumentos se utilizan para llevar a cabo una intervención en educación afectivo-sexual con personas con discapacidad intelectual? ¿Qué estrategia, técnica e instrumento considera más eficaz?

5. ¿Qué recursos existen para atender las necesidades afectivo-sexuales de las personas con discapacidad? ¿Cómo se puede realizar una demanda de educación afectivo-sexual? ¿A qué sitios hay que acudir? ¿Cuánto tiempo se tarda en responder a la demanda?
6. ¿Qué formación es necesaria para realizar una intervención afectivo-sexual con personas con discapacidad intelectual? ¿Existe una formación específica? ¿Cuál es?
7. ¿Cuál cree usted que es el papel de un/a trabajador/a social en la intervención afectivo-sexual con personas con discapacidad intelectual?
8. ¿Cuál es el procedimiento para la realización de una intervención afectivo-sexual con una persona con discapacidad intelectual en su organización? ¿Existe algún tipo de programa o taller afectivo-sexual para personas con discapacidad intelectual específico? ¿Qué actividades relacionadas con la intervención afectivo-sexual con personas con discapacidad intelectual suelen hacer?
9. ¿Podría describir alguna de sus experiencias vividas (por ejemplo, la más positiva y la más negativa) en intervención afectivo-sexual con personas con discapacidad intelectual?
10. En relación a la situación actual de la educación afectivo-sexual para las personas con discapacidad intelectual, podría indicar las Debilidades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades:
 1. Debilidades:
 2. Amenazas:
 3. Fortalezas:
 4. Oportunidades:

9.2 Síntesis de las entrevistas realizadas.

a) Concepto de sexualidad.

Respecto al concepto de sexualidad, cinco personas entrevistadas lo relacionaron con la globalidad del ser humano, un concepto amplio que abarca todas las dimensiones humanas: biológica, psicológica y social, aportando otra de las personas entrevistadas que la sexualidad implica también poder conocernos en todas las dimensiones mencionadas anteriormente y relacionarnos con otros. Además, para dos personas entrevistadas la sexualidad es una necesidad de las personas, añadiendo otras dos personas entrevistadas, que la sexualidad aporta bienestar físico y emocional.

Por el contrario, una de las personas entrevistadas relacionó la sexualidad con la concepción estrecha genitalista de la misma, relacionándola directamente con el coito.

b) Concepto educación afectivo-sexual en las personas con discapacidad intelectual.

En relación al concepto de educación afectivo-sexual en las personas con discapacidad intelectual, dos personas entrevistadas lo relacionaron con atender y resolver las necesidades de cualquier ser humano, necesidades afectivo-sexuales de vínculo e intimidad; aportando otra de las personas entrevistadas que significa también permitir y enseñar para encontrar la satisfacción. Además, dos personas entrevistadas, señalaron que la educación afectivo-sexual debería realizarse durante la infancia y no esperar a la adolescencia. En cuanto a la forma de realizar educación afectivo-sexual, tres de las personas entrevistadas apuntaron que debe incorporarse en los programas educativos de las personas con discapacidad intelectual, ejerciéndose de manera obligatoria, personalizada y a través de programas de asesoramiento. Para dos de las personas entrevistadas la efectividad de una intervención afectivo-sexual dependerá del grado de comprensión de la persona, por lo que se debe facilitar los apoyos necesarios para que ésta pueda comprenderla.

Sin embargo, para dos personas entrevistadas la educación afectivo-sexual es la asignatura “pendiente”, de la que no se habla, no se permite, no se da espacio, no se atiende ni educa y es un tema olvidado que está compuesto por mitos y tabúes. Una de las personas entrevistadas, indicó que es el entorno de la persona el que en mayor medida impide el desarrollo afectivo-sexual de la misma, por lo que se debe realizar una intervención integral incluyendo al entorno para poder vivir la sexualidad con normalidad.

c) Consideración sobre la sexualidad de las personas con discapacidad intelectual.

En cuanto a la consideración sobre la sexualidad de las personas con discapacidad intelectual, para todas las personas entrevistadas es algo innato en el ser humano, por lo que no existen diferencias y es igual para todas las personas; cuatro de las personas entrevistadas señalaron que es necesario ofrecer a las personas con discapacidad intelectual apoyos adaptados a sus peculiaridades para que puedan entender cómo se da la sexualidad, beneficios, riesgos, cuidados, etc. Además, dos personas entrevistadas indicaron que es un derecho que debe abordarse desde los criterios de autodeterminación, inclusión social y calidad de vida.

Por otro lado, una de las personas entrevistadas añadió que la sexualidad es un tema tabú y que en las personas con discapacidad intelectual la educación afectivo-sexual el abordaje es mínimo, “como sociedad hemos dejado desatendidas a estas personas”.

d) Modelo de intervención más adecuado para la intervención en educación afectivo-sexual con personas con discapacidad intelectual.

En relación al modelo de intervención más adecuado para la intervención en educación afectivo-sexual con personas con discapacidad intelectual, cuatro de las personas entrevistadas conocían los modelos de educación afectivo-sexual con personas con discapacidad mencionados en la teoría, y respondieron que el más adecuado sería el modelo biográfico-profesional, porque atiende la biografía de la persona, trabaja con información rigurosa científica, promueve relaciones positivas, saludables y placenteras e incluye a la familia. Además, para ocho personas entrevistadas, debía realizarse una intervención centrada en las características de la persona. Por el contrario, una de las personas entrevistadas consideró que no existe un modelo que sirva para todo.

e) Estrategias, técnicas e instrumentos que se utilizan para llevar a cabo una intervención en educación afectivo-sexual con personas con discapacidad intelectual.

En relación a las estrategias, técnicas e instrumentos, cinco de las personas entrevistadas respondieron que la mejor de ellas es la que parte de las necesidades de las personas. Además, dos personas entrevistadas añadieron que lo más importante no son las técnicas a utilizar sino los valores, actitudes y habilidades a cultivar, considerando a la persona como un ser digno y valioso. En cuanto a algunas técnicas e instrumentos utilizados seis personas entrevistadas mencionaron el uso de *roll-playing*, material audiovisual (videos, imágenes, audio, viñetas), modelado, instrumentos artificiales que puedan ayudar a mantener una relación sexual e instrumentos u objetos que puedan manipular. Además, dos personas entrevistadas indicaron que una de las técnicas utilizadas es hablar y dirigir a la persona hacia el espacio donde debe realizar la conducta sexual. Por otro lado, una persona entrevistada aportó como estrategia a seguir la combinación del círculo de apoyo entre profesionales y familia.

f) Recursos que existen para atender las necesidades afectivo-sexuales de las personas con discapacidad. Cómo se puede realizar una demanda de educación afectivo-sexual, a qué sitios hay que acudir y cuánto tiempo se tarda en responder a esa demanda.

En relación a los recursos, cinco de las personas entrevistadas respondieron que no hay recursos específicos para la atención afectivo-sexual de las personas con discapacidad intelectual, como señaló una de las entrevistas “si la educación sexual es una deuda de la sociedad, para las personas con discapacidad es la “re-deuda”; tres personas entrevistadas mencionaron que conocen como recursos los ofrecidos por ayuntamientos y el Cabildo de Tenerife, pero que no son específicos para las personas con discapacidad; tres personas entrevistadas aportaron que esta necesidad es abordada por los centros a los que las personas con discapacidad suelen acudir o en el caso de Apanate desde el Plan Individual de Apoyo.

En cuanto a la forma de realizar la demanda una persona entrevistada contestó que se realiza por derivación; una persona entrevistada que se hace a través del centro; y otras dos personas que lo hacen inmediatamente y por observación de las conductas o por demanda expresada verbalmente por la persona.

g) Formación necesaria para realizar intervención afectivo-sexual con personas con discapacidad intelectual.

Con respecto a la formación necesaria para impartir educación afectivo-sexual a personas con discapacidad intelectual, para cinco de las personas entrevistadas es fundamental estar formado en discapacidad intelectual. Y, cuatro personas entrevistadas señalaron que hace falta formación específica en sexología, a través del posgrado en Sexología. Además, dos personas entrevistadas responden que lo más importante es leer y buscar información sobre materiales de la materia (guías, programas) sobre todo por internet, y tener el deseo de aplicar esta información; una de las personas entrevistadas señaló que hay cursos de formación.

Por otro lado, otra persona entrevistada añadió la importancia del papel de la familia y los educadores en la educación afectivo-sexual y, dos personas entrevistadas mencionaron la necesidad de realizar una intervención realizada desde el trabajo en

equipo interdisciplinar, llevado a cabo por pedagogos/as, trabajadores/as sociales, educadores/as, etc.

h) Papel de un/a trabajador/a social en la intervención afectivo sexual con personas con discapacidad intelectual.

En relación al papel del trabajador/a social, nueve de las personas entrevistadas contestaron que es informar y asesorar sobre los recursos a la familia y la persona con discapacidad, ejerciendo además de nexo de unión entre las familias y el centro al que suelen acudir dichas personas.

Por otro lado, para dos de las personas entrevistadas, los y las trabajadores/as sociales hacen de mediador y para otra persona entrevistada, en el caso de que no esté especializado/a en sexología interviene en un equipo interdisciplinar.

En contraposición, una de las personas entrevistadas señaló que el papel del y la trabajador/a social es buscar los medios, la intervención afectivo-sexual debe realizarla pedagogos, educadores, etc.

i) Procedimiento, programa y actividades para la realización de una intervención afectivo-sexual con una persona con discapacidad intelectual en la Organización.

En cuanto a los procedimientos, cuatro de las personas entrevistadas respondieron que el procedimiento a seguir debe partir de las necesidades y la demanda de las personas. Cinco personas entrevistadas plantearon el trabajo paralelo con las familias, ya que se debe contar con su consentimiento y apoyo para normalizar la situación y hacer una intervención transversal que no solo sean intervenciones puntuales; mientras que una de las personas entrevistadas, contó que las familias no quieren hablar del tema. La intervención con la familia, aconsejó una de las personas entrevistadas, se debe trabajar desde una visión de la sexualidad como la unión entre la sexualidad y la afectividad, ya que resulta más fácil de entender y permite una mayor colaboración de los familiares, así como la desmitificación.

Además, para tres personas entrevistadas el procedimiento a seguir una vez identificada la necesidad, es marcar un objetivo y trazar un plan de acción donde se trabaje a nivel individual y grupal. Tres personas entrevistadas, contestaron que la intervención afectivo-sexual se realiza a través del asesoramiento, además una de las

personas hace intervención directa (enseñar a masturbar). Y, por último, una de las personas entrevistadas comentó que la educación afectivo-sexual se incluye en la programación del aula.

En relación a las actividades realizadas, dos personas entrevistadas respondieron que están realizando talleres de educación sexual a través del Proyecto de Apoyo a la Mujer con discapacidad intelectual, y talleres de diversidad sexual, además de formación a profesionales. Dos personas entrevistadas contestaron la realización de talleres puntuales y otra de ellas, señaló que a través de Redsexpresan se comparten materiales sobre educación afectivo-sexual.

Por el contrario, una de las personas entrevistadas apuntó que no hay procedimientos recetarios, se debe entender la sexualidad como una fuente de recursos y mirar a las personas como válidas, realizando las intervenciones desde todas las áreas, trabajando en red.

j) Experiencias vividas (la más positiva y la más negativa) en intervención afectivo-sexual con personas con discapacidad intelectual.

A continuación, se presentan las vivencias de los y las profesionales más negativas y positivas experimentadas por estas personas.

Las más positivas: para dos de las personas entrevistadas la experiencia más positiva fue poder ayudar a una persona a encontrar placer masturbándose y realizarlo en el espacio adecuado. Otras dos personas entrevistadas señalaron poder haber ayudado a favorecer las relaciones afectivas (amistad, besos, caricias). Una persona entrevistada comentó la magnífica labor realizada en los talleres de diversidad sexual, donde muchas personas aprendieron identificar y ponerle nombre a lo que sentían que en ocasiones relacionaban con algo negativo. Otra persona entrevistada, nombró la efectividad del asesoramiento en métodos anticonceptivos. Por último, para una de las personas entrevistadas la experiencia más positiva fue la intervención psicoterapéutica con las familias.

Las más negativas: para cuatro personas entrevistadas las experiencias negativas fueron las vividas por el impedimento de los familiares a que su hijo/a recibiera educación afectivo-sexual. Dos personas entrevistadas contestaron que la barrera de la educación afectivo-sexual es la sociedad porque no aborda este tema, no dota de los

recursos y espacios necesarios a las familias y las personas, y el tratamiento de la sexualidad que ejercen algunas entidades, reduciendo la sexualidad a la concepción genitalista-coital. Además, una persona entrevistada mencionó la frustración de no haber conseguido que una chica tuviera una relación de amistad con el chico que le gustaba. Y, otra de las personas entrevistadas comentó como un chico con alta desinhibición sexual le propuso al profesional mantener una relación sexual. Por otro lado, una de las personas entrevistadas, comentó la alta prevalencia de abusos y la desinformación sobre este tema.

9.3 Tablas de Resultados.

Concepto sexualidad.										
E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10	E11
	Dimensión fundamental de toda persona, espacio propio que debe conocer, sentir y experimentar toda persona a nivel personal y su expresión social con los demás.	Globalidad del ser humano, que se debe abordar desde un enfoque amplio y no reduccionista a la zona genital.	Una necesidad	Deseo físico y emocional de satisfacción.	Concepto muy amplio que abarca todas las dimensiones humanas, biopsicosociales. La sexualidad es la forma que tenemos de expresar ser hombres y mujeres y resolver las necesidades de vínculo, cuidado, seguridad, intimidad, red social y contacto corporal.	La sexualidad lo es todo. Todo aquello que gira en torno a las personas: cambios físicos, psíquicos y sociales, vivencias y experiencias, relaciones, etc.	Una de las principales necesidades que tiene el ser humano. Aporta placer y mejora el bienestar emocional y físico de la persona cuando ésta se da sin dificultades.	Acto físico al que todas las personas tienen derecho a disfrutar.	Conocer a nivel corporal, emocional y actitudinal las características de los individuos y la relación entre ellos.	Una faceta más de la persona.

Concepto educación afectivo-sexual en las personas con discapacidad intelectual.										
E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10	E11
En estas personas la sexualidad es un aspecto que no se atiende ni educa, convirtiéndose en demasiadas ocasiones en un tema olvidado	No se habla, ni permite y no se da espacio. Es necesario una	Significa trabajar todos los cambios corporales, el funcionamiento del cuerpo, las emociones, el enamoramiento, la satisfacción corporal, el		Es permitir y enseñar cómo encontrar ese grado de satisfacción.	Ayudar a abordar a las personas sus intereses afectivo-sexuales, que son comunes a todos con o sin diferentes	Educación que la persona debe tener a lo largo de su vida que va dirigida a ayudarla a entender su desarrollo como ser humano. Al	Dependerá mucho de la capacidad de comprensión y abstracción que tiene la persona.	Debería llevarse a cabo antes que la persona tomara interés por la misma. Es decir, en los últimos años	Facilitar los apoyos necesarios para que las personas con discapacidad intelectual entiendan estas cuestiones.	La enseñanza de cómo actuar ante una manifestación sexual, prevenir embarazos no deseados y aprender a

<p>y en el que proliferan mitos y tabúes. La educación sexual es deficitaria y prevalece una educación sexual basada en los peligros a evitar más que en los valores a cultivar.</p>	<p>intervención global que incluya al entorno.</p>	<p>placer, las interacciones con los demás, la pareja y los derechos para acceder a una vida plena.</p>			<p>variabilidades funcionales, necesidades de intimidad y vínculo. Todas las personas tienen necesidades afectivo-sexuales, pero hemos tenido una visión tan reduccionista, de procreación, que hemos tratado a las personas con discapacidad a que no tenían derecho a procrear y no tenían sexualidad, mandando mensajes negativos, punitivos.</p>	<p>igual que pasa con cualquier aprendizaje, la educación afectivo-sexual para personas con discapacidad intelectual no debe ser diferenciada de la del resto de personas, ya que no estamos refiriendo a una educación relacionada con nuestras necesidades humanas, por lo que debe ser una educación obligatoria y personalizada, teniendo en cuenta la adaptación de las explicaciones para que pueda entenderla e interiorizarla.</p>		<p>de la infancia y antes de que empezara la adolescencia.</p>	<p>relacionarse. Es necesaria y debe contemplarse dentro del programa educativo de las personas con discapacidad intelectual.</p>
--	--	---	--	--	--	--	--	--	---

Consideración sobre la sexualidad de las personas con discapacidad intelectual.

E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10	E11
<p>Aspecto fundamental en sus vidas, es un derecho y es necesario atenderlo adecuadamente desde criterios de inclusión social, autodeterminación y calidad de vida.</p>	<p>Exactamente igual que la sexualidad de las personas sin discapacidad intelectual. Es una dimensión fundamental en su vida que debe de desarrollarse y vivirse al igual que el resto de dimensiones.</p>	<p>En este terrenos deben ser respetados y atendidos como cualquier ser humano. Ofreciendo apoyo cuando lo necesiten siempre desde el respeto, contando con la opinión de la persona y pidiéndole permiso para ayudarle.</p>	<p>Normalidad</p>	<p>No existen diferencias. Tienen los mismos deseos y aspiraciones.</p>	<p>En las personas con discapacidad intelectual el abordaje es mínimo, como sociedad las estamos dejando desatendidas, que resuelvan sus necesidades sin pautas educativas positivas y saludables que les ayuden a resolver sus necesidades,.</p>	<p>La sexualidad es algo que todas las personas vivimos desde que nacemos, por lo que debe ser abordada desde pequeños y con la naturalidad, normalidad e importancia que tiene el tema. Lo que habría que cuidar es el cómo se aborda, ya que debido a las necesidades de comprensión de las personas con discapacidad intelectual, las explicaciones deberán ser adaptadas individualmente.</p>	<p>Tienen derecho como cualquier otra persona, a disfrutar de la sexualidad como algo innato en el ser humano, contando con los apoyos para entender cómo se da la sexualidad, beneficios, riesgos, cuidados, etc.</p>	<p>La sexualidad deberá poderla disfrutarla todas las personas tanto con discapacidad intelectual, como los que no, ya que es un derecho que tienen todas las personas.</p>	<p>La sexualidad ha de ser igual para todas las personas, teniendo en cuenta sus necesidades de apoyo, facilitarles información y asegurar que han entendido el término y lo que conlleva.</p>	<p>Tienen una sexualidad igual a la nuestra, la diferencia es que no siguen las “normas sociales”.</p>

Modelo de intervención más adecuado para la intervención en educación afectivo-sexual con personas con discapacidad intelectual.

E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10	E11
Modelos: sexológico o del Hecho Sexual Humano, el biográfico-profesional y desde la perspectiva de la Planificación Centrada en la Persona. Porque ponen a la persona con discapacidad intelectual en el centro de las intervenciones, atienden a su biografía particular, se parte de una mirada diversa y positiva de la sexualidad como un aspecto central de la calidad de vida, se favorece la autodeterminación y los apoyos.	El modelo bio - psico-social, pues aglutina todos los aspectos de la persona no dejando ninguno de ellos.	Depende del nivel de discapacidad que tenga la persona, pero por lo general, la intervención suele ser enfocada desde el modelo constructivista, siendo una atención individual y centrada en la persona.	No creo que haya un modelo que sirva para todo, cada persona tiene sus necesidades y las expresa individualmente, depende también de las concepciones que tienen los familiares de la sexualidad de sus hijos.	Centrado en la persona y atención individual.	El biográfico, porque atiende a la biografía de cada persona, considerándolas dignas, válidas, trabaja con información rigurosa científica, y se encarga de trabajar desde una ética relacional válida y una serie de principios básicos que ayudan a resolver nuestras necesidades y promueven relaciones positivas, saludables.	A través de un modelo integral e individualizado. Asimismo, debe ser un modelo integral que cubra todos los aspectos de la vida de la persona. También debe ser un modelo que no sólo trabaje con la persona sino también con su entorno, ya que es importante que todos estemos concienciados y predispuestos a colaborar en lo que sea necesario.	Tener en cuenta la persona y sus necesidades y abordarlo desde su propio plan individual de apoyos, estableciendo metas y estrategias, en la medida de lo posible y con la ayuda necesaria, contando con la participación de la persona con discapacidad.	Un modelo lo más normalizado posible, siempre adaptado a las circunstancias y características de las personas.	Dependiendo del su nivel cognitivo, puede ir desde talleres con adaptaciones visuales y cognitivas hasta tertulias donde se cuenten experiencias, visionados de películas, grupo pequeños de debate, etc.	El modelo biográfico profesional, es el más realista, ya que se centra en la persona, todos las personas no son iguales, hay que atenderlas acorde a sus características individuales.

Estrategias, técnicas e instrumentos que se utilizan para llevar a cabo una intervención en educación afectivo-sexual con personas con discapacidad intelectual.

E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10	E11
<p>Considero que las técnicas son variables, no existen recetas a modo de técnicas, sí contenidos, valores, actitudes y habilidades a cultivar. Las técnicas como instrumento, dependerán de cada persona o grupo, de sus características, del tipo de discapacidad, etc.</p>	<p>Es necesario en la intervención ser lo más concretos posibles, utilizar siempre lectura fácil y adaptar la intervención al nivel del grupo o la persona con la que se va a trabajar. El uso de pictogramas, lectura fácil, dinámicas, etc. favorece la consecución de los objetivos de la intervención.</p>	<p>Las estrategias a seguir son: mantener una actitud tranquilizadora y escuchar y saber hasta dónde se puede permitir la intervención. Las técnicas utilizadas son el aprendizaje a través de modelos a imitar, imágenes u objetos, adecuar el espacio, poner música para relajar y apoyar a la persona con la presencia del profesional a su lado o a su espalda.</p>	<p>Primero los cuestionarios a las familias, el acceder a información sobre este tema requiere la participación y autorización de los padres. La intervención debe ser sistémica.</p>	<p>Hablar, informar y asesorar</p>	<p>Considerar que la persona que tengo delante es un ser humano valioso y digno. Son válidas todas metodologías, herramientas y técnicas que partan de las necesidades de las personas, su participación, Técnicas a través de los sentidos diferentes (sonido, manipulación, ver, oler...), juego de rol, visualizar, viñetas de cómo las personas se masturban.</p>	<p>Material audiovisual (videos, imágenes, audios...). Material educativo (fichas, plantillas, murales, cartelera...). <i>Role-playing</i> que ayuden a desarrollar situaciones reales y habilidades sociales. Apoyo en actividades en los contextos naturales: en las actividades diarias. Círculo de apoyo de la persona (profesionales, familiares, monitores, amistades...).</p>	<p>Los apoyos visuales son una gran ayuda para comprender el entorno que les rodea. Lo mismo ocurre con las normas sociales, y otras situaciones en las que necesiten entrenamiento. Es muy común que se usen “Historias sociales” de Carol Gray. La mejor técnica dependerá de la que mejor se ajuste a las necesidades de cada persona.</p>	<p>En primer lugar un plan de apoyo afectivo-sexual individualizado o adaptado a la persona, valorando características personales, características físicas, etc. -Apoyo visual con imágenes, explicando el procedimiento a realizar. - <i>Roll-playing</i> con las estrategias y pasos a seguir. -Instrumentos artificiales para ayudar a mantener una relación afectivo-sexual.</p>	<p>Cualquier tipo de apoyo visual que ayude a simplificar la comprensión, ayuda. Y también es importante partir de las necesidades de las personas con discapacidad intelectual, si no han tenido dudas sobre el tema o nunca se lo han planteado, no existe motivación inicial.</p>	<p>Hablar, intentando ayudarles a comprender la situación. Dirigirles sobre el espacio donde debe realizarse la conducta sexual: no hacerlo en público, darles un espacio (cuarto de baño, habitación).</p>

**Recursos que existen para atender las necesidades afectivo-sexuales de las personas con discapacidad.
Cómo se puede realizar una demanda de educación afectivo-sexual, a qué sitios hay que acudir y cuánto tiempo se tarda en responder a esa demanda.**

E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10	E11
En la actualidad es muy escasa y no hay un servicio o Programa especializado , aunque sí algunas iniciativas puntuales en este terreno. Las y los profesionales no suelen contar con formación específica en este terreno lo que dificulta la eficacia de las iniciativas.	Recursos existentes en Canarias especializados para personas con discapacidad ninguno, o por lo menos yo no los conozco,.	Las demandas suelen atenderse por derivación. Uno de los recursos que se conocen es Harimaguada .	Conocemos los recursos y disponemos también de ellos, a la demanda se responde inmediatamente		El abordaje de la educación afectivo-sexual es una deuda de la sociedad y con las personas con discapacidad es la “redeuda”. Nunca se ha creado uno específico para personas con discapacidad. Todo depende de personas voluntarias, , no existen programas desde el cabildo, existen colectivos como Harimaguada, que atienden pequeñas actuaciones.	Actualmente, no hay sitios específicos de referencia para que una persona con discapacidad intelectual pueda acudir a recibir información. Los recursos que existen son los mismos que para el resto de ciudadanos: Cabildo de Tenerife o Ayuntamiento s (dentro de sus áreas de juventud y salud). En Apanate se cuenta con el PIA.	Los recursos son escasos. Creo que en los propios centros que prestan apoyo a las personas con algún tipo de discapacidad , es donde se puede encontrar algunos recursos. La demanda, por ahora, creo que hacerse a través de estos centros.	Se desarrollan en los centros donde los chicos pasan parte de su tiempo: ya sean centros especializados en discapacidad, centros de día, centros ocupacionales , etc.	El tiempo de respuesta dependerá de los profesionales que la persona con discapacidad intelectual tenga a su alcance. Desde el mismo centro al que acuden hay que dar respuesta a este tipo de demandas.	El centro ha solicitado talleres de formación e información sobre educación afectivo-sexual al Cabildo de Tenerife.

Formación necesaria para realizar intervención afectivo-sexual con personas con discapacidad intelectual

E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10	E11
Un posgrado en Sexología y especialización en discapacidad.	Formación en discapacidad intelectual,	Máster en formación específica, conocimientos en medicina.	Formación en discapacidad	Debe ser un trabajo en equipo, unificando criterios.	Todas las personas estamos capacitadas. Existen profesionales de la sexología y profesionales para cuestiones más específicas. Leer.	Actualmente no existe una formación de referencia en sexualidad y discapacidad en España, sino tan sólo cursos a través de centros privados. Sobre todo leer y buscar información sobre el tema, al mismo tiempo que ir conociendo a las personas y viendo cómo trabajan el tema otros compañeros/as.	PIA	Master especializado en educación sexual para personas con discapacidad que creo que se realiza a distancia. Cursos de pocas horas que pueden aportar conocimientos relacionados con este tema y para saber elaborar planes de apoyo.	Formación en sistemas alternativos de comunicación, sexualidad y que tenga conocimientos de discapacidad y además conocer estrategias de aprendizaje para personas con discapacidad intelectual y saber aplicarlas.	Formación especializada en sexualidad llevada a cabo por cualquier profesional de la rama de la psicología, pedagogía, etc.

Papel de un/a trabajador/a social en la intervención afectivo sexual con personas con discapacidad intelectual.

E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10	E11
Si no está especializado/a en Sexología, en un equipo interdisciplinar.	Mediar, favorecer la intervención en este campo, garantizar una formación de calidad, ofrecer recursos a las personas con discapacidad intelectual, familiares y entorno para conocer mejor esta área y para poder vivir plenamente esta dimensión personal, proporcionando los apoyos necesarios.	Trabajo con la familia.	Información y trabajo con familias.	Orientar a la familia.	Visibilizar los recursos comunitarios que permitan a la persona conocerlos para satisfacer sus necesidades, ser nexo de unión entre familias, personas, grupos y recursos.	Conocer los recursos existentes en la sociedad para poder derivar a la persona y su familia a dichos recursos de servicios y a recursos económicos a los que puedan acceder para disfrutar de un programa específico afectivo-sexual.	Informar de los recursos que existen, tanto a la persona con discapacidad como a su familia. Servir de mediador entre los recursos existentes, y la familia y persona con discapacidad. Evaluar el proceso.	Está más dedicado a conseguir los medios para facilitar y realizar el plan pero no elaborarlo, ni ejecutarlo. La intervención del mismo debe realizarlo un especialista en intervención, pedagogo, educador, etc.	Con los requisitos anteriores, asesorar a la persona con discapacidad intelectual y a sus familiares.	Nexo de unión y comunicación entre la familia y el centro. Informa sobre recursos, orienta y hace de mediador.

Procedimiento, programa y actividades para la realización de una intervención afectivo-sexual con una persona con discapacidad intelectual en la Organización

E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10	E11
En FEAPS, a través del Proyecto de Apoyo a la Mujer se realizan talleres de sexualidad (pero son unos meses al año), se está realizando un manual de diversidad sexual y personas con discapacidad y se realizan asesoramientos puntuales a profesionales y personas con discapacidad (no un servicio). En Malegría, ofrecemos talleres, formación a profesionales	Proyecto de apoyo a la mujer con discapacidad intelectual atendiendo incluso a la diversidad afectivo-sexual, se está trabajando por elaborar materiales adaptados que permitan el desarrollo de talleres para trabajar la diversidad afectivo sexual con personas con discapacidad, con sus familiares y entorno de una manera	Antes de realizar cualquier intervención en necesaria y obligatoria la autorización de los familiares, ya que hay casos en los que la persona necesita de una intervención directa para satisfacer sus necesidades. La intervención con la familia se debe trabajar desde una visión de la sexualidad como la unión entre la sexualidad y la afectividad, se trabaja la desmitificación. Una vez,	En el Centro apenas hay intervenciones en este aspecto, básicamente se suministra información y apoyo a la persona. La demanda por parte de las familias es muy poca, y la mayoría de las veces no quieren que este tema se trate.	El médico es el encargado de informar a los familiares sobre los cambios en la anatomía que pasará la persona, así como atender las dudas sobre las manifestaciones sexuales de la persona con discapacidad intelectual, información sobre métodos anticonceptivos, etc. La orientadora es la encargada de conectar con los familiares para normalizar las situaciones de manifestaciones sexuales que se producen.	Partir de las necesidades de las personas (conocimientos, habilidades, contexto en el que se mueven) y adaptarte a ellas. En el colectivo no se dan ningún tipo de taller o programa, pero a través de Redsexpresan se comparten materiales realizados por otros colectivos.	Lo primero es conocer las necesidades de la persona, y para ello nos ayudaremos de las escalas de calidad de vida y de necesidades de apoyo de la persona. Dichas escalas darán unos resultados que quedarán reflejados en el PIA (Plan Individual de Apoyo). Este Plan lo elaborará el profesional de referencia en	Es imprescindible que la familia esté informada y de su consentimiento. No existen talleres ni programas estándares. Dependiendo de cuál sea el objetivo, las actividades serán unas u otras. Simplemente, enseñar cuál es el lugar más apropiado, el momento, cómo pedirlo, etc.	El procedimiento a seguir va en base a las demandas de cada caso. Pero normalmente lo que se suele hacer es: - se estudia el caso para evaluar por qué necesita un plan afectivo-sexual. -se desarrollan los pasos a seguir. -diseñar objetivos y estrategias. -personas que van a intervenir en el plan. -tiempo que se va a trabajar, así	Primero ha de identificarse la necesidad, luego marcar un objetivo y trazar un plan de acción donde se trabaje a nivel individual y grupal. En nuestro centro, residen personal con grandes necesidades de apoyo. Existe un grupo de autogestores formado por personas con discapacidad intelectual donde se	Principalmente, a través de los equipos docentes del centro formado por los tutores de aula, se incluye en la programación del aula conocimientos sobre anatomía y sexualidad. Además, se han realizado algunos talleres específicos sobre educación afectivo-sexual.

<p>y asesoramiento.</p>	<p>transversal y no tan sólo como algo puntual.</p>	<p>recogida la demanda se asesora a la persona sobre el tema que le preocupa para tratar de resolver su problema. Hay algunos casos en los que el simple asesoramiento no es suficiente para satisfacer la necesidad debido a las limitaciones de la persona (ausencia de imaginación y fantasías). En estos casos se realizan intervenciones directas, por ejemplo, enseñar a un chico a masturbarse.</p>		<p>Los educadores del centro suelen ser los que detectan las conductas sexuales públicas de los chicos y chicas. Cuando se produce una situación de este tipo el procedimiento a seguir es: mantener la calma y dirigirlos hacia el espacio adecuado para que realicen la conducta sexual (el baño) o asesorar a la persona sobre que la realice por la noche en su cuarto.</p>		<p>coordinación con la persona con discapacidad, la familia y otras personas del entorno de la persona que se crean necesarias. En el Plan aparecerán los objetivos que se encuentran relacionados con el tema afectivo-sexual, y una vez priorizados dichos objetivos se pasará a planificar qué actividades y de qué manera se desarrollarán.</p>		<p>como los lugares, espacios en los que se va a intervenir. -revisión del plan. No tenemos actividades diarias relacionadas con este tema diariamente, ya que nuestro trabajo se centra en otros temas.</p>	<p>trabajan conceptos tan básicos como; diferencias amor-amistad, identificación y manejo de emociones, etc. También está planteada la posibilidad de trabajar paralelamente con las familias ya que en este tema es fundamental.</p>	
-------------------------	---	--	--	---	--	---	--	--	---	--

Experiencias vividas (la más positiva y la más negativa) en intervención afectivo-sexual con personas con discapacidad intelectual.

E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10	E11
Las más llamativas tienen que ver con el tratamiento de la sexualidad desde las propias entidades, por ejemplo, entender que las necesidades de una pareja se cubren con una noche en un hotel. Esto tiene de fondo una concepción de la sexualidad genitalista y coital, y no atiende a otras necesidades de tipo afectivo, intimidad, etc. Otras cuestiones	La más positiva: El desarrollo de talleres de diversidad afectivo sexual con personas con discapacidad donde pudieron identificar y poner nombre a lo que sentían y que en ocasiones vivían como algo negativo, además de poder crear un espacio de seguridad donde pudieran compartir su realidad afectivo-sexual desde la libertad. La negativa: Una familia	La experiencia más positiva ha sido la vivida con un hombre de 30 años con un perfil de déficit cognitivo y problemas de percepción. Fue el primer caso de intervención directa y llevó más de 10 sesiones conseguir el objetivo planteado. La experiencia más negativa ha sido la impotencia de no poder ayudar a un chico que necesitaba	La más positiva es las relaciones afectivas que se dan entre las personas. El aspecto más negativo es la negación de los familiares a entender la necesidad de estas relaciones en las personas. Se da el caso de personas que se besan en una fiesta o se dan la mano y los padres o madres, nos ponen a parir, puesto que según ellos eso no tiene que darse. El centro se niega a actuar de represor, evidentemente		La más positiva la intervención psicoterapéutica con la familia: es el agente social más implicado por investigar, crear. Negativa no he tenido. La frustración de no poner en el centro de la sociedad abordar este tema, no dotar de recursos y espacios para la familia y las personas con discapacidad, pero no es un problema personal, es de la sociedad, las instituciones.	La más positiva: poder ayudar a una persona con discapacidad intelectual a comprender los cambios relacionados con la pubertad y que sea consciente de ellos y poder enfrentarse a los mismos como cualquier otro chico de su edad.. La más negativa: no alcanzar los resultados esperados con una chica que le gustaba un chico y quería tener una relación	Lo más positivo, es cuando después de mucho tiempo, y una persona con altas necesidades de apoyo, terminar comprendiendo cuál es el lugar y momento para masturbarse, y que con ello siente placer. Hasta llegar a ese momento, la persona con discapacidad y su familia pasan por un calvario de angustia. En algunos casos, hay que enseñarle a la persona cómo debe hacerlo para llegar hasta el final y que resulte	Solo he tenido una experiencia de intervención en educación afectivo-sexual; el desarrollo de la misma fue bueno, pero no pudimos terminar de desarrollar el plan porque la familia no quiso seguir con el proceso (a veces suceden estas cosas).	Positiva: Favorecer las relaciones de amistad entre personas con discapacidad intelectual de otros centros. Negativa: La verdad que no ha pasado nada en el centro que sea negativo en este aspecto. En ocasiones alguno de los residentes confunde el proceso de amistad con el de noviazgo, pero se reconduce.	Experiencia positiva es la vivida por la trabajadora social, asesorando en métodos anticonceptivos a una chica está siendo eficaz. Una experiencia “negativa” ha sido la vivida por el orientador cuando un chico con problemas de desinhibición descontrolada sexual le propuso mantener relaciones sexuales. La experiencia no fue negativa del todo ya que el profesional le explicó que tenía que hacerlo con

tienen que ver con la falta de información o falsas informaciones y con la alta prevalencia de abusos.	que no autorizó a que su familiar con discapacidad intelectual participara en los talleres	intervención directa ante la negativa y amenazas de denuncia de su familia.	en el centro no se dan relaciones sexuales, pero si permitimos las relaciones afectivas.			con él.	satisfactorio.			gente de su edad y con su consentimiento, obteniéndose un aprendizaje de la experiencia.
--	--	---	--	--	--	---------	----------------	--	--	--