



Universidad de Jaén

Facultad de Trabajo Social

Trabajo Fin de Grado

AFECTIVIDAD Y SEXUALIDAD EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Alumno/a: Elena Isabel Martos Ramírez

Tutor/a: Pilar Ríos

Dpto.: Psicología

Octubre, 2014

ÍNDICE

1. RESUMEN/ ABSTRACT.....	2
2. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN.....	4
2.1 Descripción de la situación.....	4
3. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA Y MARCO CONCEPTUAL.....	8
3.1 Salud sexual en personas con discapacidad intelectual.....	8
3.1 Educación sexual en familias/trabajadores.....	10
3.3 Las derivadas del restringido acceso a un universo íntimo propio.....	12
3.4 Aspectos que impactan de forma importante en la sexualidad de estas personas.....	13
3.5 Desarrollo afectivo-sexual de las personas con discapacidad.....	14
4. MARCO NORMATIVO.....	17
5. DEFINICIÓN DE LOS OBJETIVOS.....	21
6.METODOLOGÍA.....	23
7. PLAN DE TRABAJO.....	25
8. UTILIDAD, APLICABILIDAD, RELEVANCIA Y VINCULACIÓN CON LA DISCIPLINA DEL TRABAJO SOCIAL.....	32
9. BIBLIOGRAFÍA.....	35
10.ANEXOS.....	38

1. RESUMEN/ABSTRACT

El presente trabajo se centra en el planteamiento de un proyecto de intervención sobre las relaciones afectivo-sexuales en los residentes de la R.G.A José López Barneo.

A través de la observación directa en la residencia en la que actualmente trabajo, se denota como la residencia en sí no está abordando todo lo que debería en cuanto a la educación afectivo-sexual de las personas con discapacidad intelectual, existiendo falta de recursos de atención, formación y sensibilización. Podemos observar como los residentes no cuentan actualmente con un espacio propio en la residencia para poder satisfacer sus necesidades afectivo- sexuales.

Por lo tanto se trata de intentar apoyar en la resolución de las necesidades interpersonales de los residentes, contando siempre con sus familias, rompiendo con los estereotipos y los mitos que se tiene sobre la sexualidad ligada a la afectividad de las personas con discapacidad, trabajando con las familias, profesionales y los propios usuarios, para que aprendan a conocerse, aceptarse y a vivir y expresar su erótica de modo que se sientan a gusto, a través de actividades orientadas a la educación sexual tanto en usuarios, familiares y el personal de la residencia para que la conducta sexual del residente sea de manera más natural.

Palabras clave: necesidades afectivo-sexuales, falta de espacio, discapacidad intelectual, educación sexual.

ABSTRACT

This paper focuses on the approach of an intervention project on affective - sexual in residents RGA José Lopez Barneo relationships.

Currently residents do not have their own space in the residence to satisfy the sexual needs of the users affective. Through direct observation in the residence in which I currently work, is denoted as the residence itself is not addressing everything it should in terms of affective and sexual education of persons with intellectual disabilities, there lack of care resources, training and awareness.

Therefore it is trying to support the resolution of interpersonal needs of residents , always with their families , breaking down stereotypes and myths about sexuality linked to the emotions of people with disabilities , working both with families, professionals and the users themselves, to learn to know, accept and live and express their erotic so that they feel comfortable , through sex education aimed at both users, relatives and staff social and health activities to resident sexual behavior is more naturally .

Keywords: emotional- sexual needs, lack of space, intellectual disability, sexual education.

2. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

El “Proyecto Relaciones Afectivo-Sexuales en personas con discapacidad” va dirigido a los usuarios/as de la Residencia de Gravemente Afectados José López Barneo, en la localidad de Jaén. Está situada en el antiguo sanatorio psiquiátrico de “Los Prados”, junto a la carretera de Madrid y a cuatro kilómetros del centro de la capital. La residencia José López Barneo, se encuentra gestionada por la Diputación de Jaén, siendo acreditada por la Conserjería de Asuntos Sociales de la Junta de Andalucía, atendiendo a personas con discapacidad física gravemente afectadas.

En primer lugar destacar que me he centrado en este tema ya que actualmente trabajo en la residencia anteriormente citada, y la enorme sensibilidad que tengo respecto al colectivo de las personas con discapacidad. Considero 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, he observado dicha problemática ya que tengo contacto directo con los usuarios/as del centro he observado la necesidad de la implantación de estos programas con especial atención por la invisibilidad que se les da en este aspecto a estas personas.

2.1 Descripción de la situación.

La residencia cuenta con una superficie de 2705 metros cuadrados distribuidos en tres plantas. En la planta baja se sitúa el área de servicios generales con la zona de recepción, administración, salón de actos y varias salas de usos múltiples, cocina, almacenes, área de atención psicológica, costurero y área educativa "Colegio". Mientras que la primera y segunda planta acogen las habitaciones que son dobles con un cuarto de baño compartido para los residentes. Además dispone de baño geriátrico, zona de enfermería, gimnasio, amplias salas de estar en cada uno de los pabellones, oficios, comedores, peluquerías, y varias salas de usos múltiples. El centro ofrece dos amplios patios exteriores para el esparcimiento; zona de recreo, petanca.etc, en una zona anexa cuenta con un huerto, donde a los residentes se les ofrece la oportunidad de trabajarlo.

Los usuarios con los que cuenta la residencia, en su mayoría sufren esquizofrenia y un gran número son oligofrénicos, en menor proporción presentan parálisis cerebral y lesiones medulares o cerebrales.

La capacidad asistencial con la que cuenta la residencia es la siguiente:

Discapacitados Psíquicos: 105 plazas.

- 97 Plazas concertadas ocupadas.
- 3 Plazas sin concierto con Ayuda Vinculada al Servicio. AVS.
- 1 Plaza concertada de “Respiro Familiar”
- 3 Plazas no concertadas.

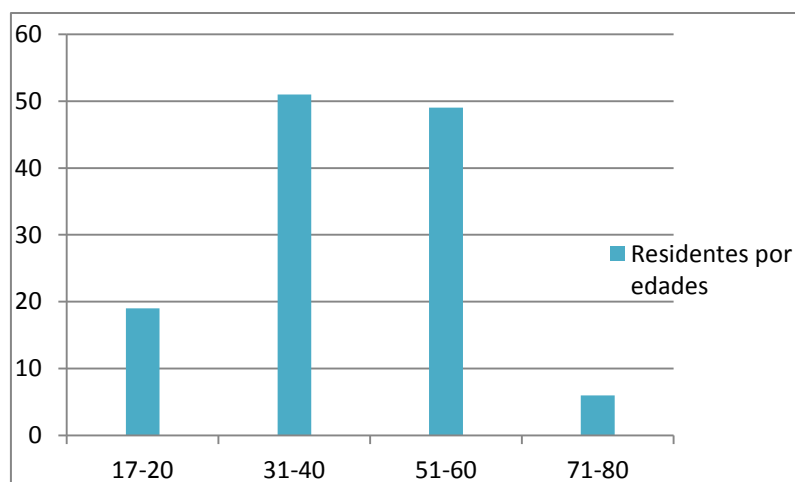
Discapacitados Físicos: 30 Plazas.

- 25 Plazas concertadas y ocupadas.
- 2 Plazas concertadas de “Respiro Familiar”
- 3 Plazas de posible concierto.

CENTRO	PLAZAS CONCERTADAS	PLAZAS NO CONCERTADAS	RESPIRO FAMILIAR	TOTAL
FISICOS	97	7	1	105
PSÍQUICOS	25	3	2	30
TOTAL	122	10	3	135

Fuente elaboración propia: “Memoria de la R. G.A. José López Barneo, 2013”

La residencia se encuentra distribuida por varios módulos (A, B, C, D) atendiendo a sus características, necesidades, género y a la tipología de la enfermedad de cada residente. Los módulos A y B, están compuestos por mujeres y hombres y en su mayoría sufren trastorno bipolar y esquizofrenia. El Módulo C, solamente lo componen los hombres que presentan enfermedades mentales tales como la oligofrenia, trastornos de la conducta, ansiedades, depresivos, etc. Y el módulo D, está compuesto por hombres y mujeres con discapacidad física, siempre distribuidos en habitaciones por personas del mismo sexo. Las edades que corresponden a este tipo de usuarios están reflejadas a nivel general en la siguiente tabla:



Fuente elaboración propia: “Memoria de la R.G. A. José López Barneo, 2013”

Mayoritariamente son de la provincia de Jaén, aunque también cuentan con usuarios del resto de la Comunidad Autónoma.

De manera general las actividades y las prestaciones que incluye la Residencia las podemos clasificar en:

- Atención a la salud, componentes biológico, psicológico y social, mediante la actuación programada que incluye la valoración individualizada del estado de salud de cada usuario al ingreso en el Centro, una programación de la intervención individualizada y la evaluación y seguimiento de cada caso.
- Atención Psicológica y Afectiva.
- Estimulación de las capacidades bio-psico- sociales (actividades de rehabilitación y estimulación física, cognitiva, relacional, etc.)
- Actividad de Ocio y Animación.
- Ayuda en el desarrollo de las actividades de la vida diaria
- Asistencia Social.
- Colaboración en el Traslado de Usuarios.
- Dinamización sociocultural.
- Manutención y alojamiento
- Lavandería y mantenimiento de ropa.

Así mismo, me gustaría resaltar el hecho de que la residencia cuenta con todo tipo de servicios y prestaciones, pero no se hace un especial hincapié en las necesidades afectivo- sexuales de las personas usuarias de este centro que adquiere una importante dimensión. Por ello, resaltar la falta de intimidad que presentan los residentes, por lo que se convierte en una necesidad a la hora de mantener contactos íntimos entre éstos, y por lo tanto un derecho el cual se les está denegando. Para ello nos proponemos a afrontar una realidad existente en los mismos que no ha sido abordada suficientemente, pero que sin duda forma parte de su vida diaria.

A continuación quiero enfocar los aspectos relativos más relevantes en cuanto a la sexualidad y la discapacidad de los residentes, surgiendo el restringido acceso a la construcción de su propia intimidad, es decir, al no establecerse un sitio para la intimidad de estos usuarios se les priva de tal derecho, y no pueden vivir de forma natural su propia sexualidad. Los residentes, no tienen espacios de intimidad y privacidad, ya que el único espacio de intimidad son las habitaciones. “Se considera un camino hacia la normalización e integración que, en la medida de lo posible, aquellas personas con discapacidad que lo deseen y puedan usar de forma adecuada este tipo de espacios dispongan de ellos. Lo más adecuado es que las personas con discapacidad que lo deseen tengan su habitación o espacio personal” (Amor Pan, 2000:65).

3. MARCO TEÓRICO

En este apartado intentaremos realizar tanto una aproximación teórica de los temas relacionados con nuestro trabajo, así como una aproximación a una serie de teorías sociales que van a servir de marco de referencia para el desarrollo del mismo.

Para ello voy a definir el concepto de la Discapacidad Intelectual, considerado por la Asociación Americana sobre Discapacidades Intelectuales y del Desarrollo (AAIDD) 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).

3.1 Salud sexual y educación sexual en personas con discapacidad intelectual

En primer lugar quiero diferenciar los conceptos de salud sexual y salud reproductiva:

La salud sexual es un estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad, no es meramente la ausencia de enfermedad, disfunción o debilidad. “La salud sexual requiere un acercamiento positivo y respetuoso hacia la sexualidad y las relaciones sexuales, así como la posibilidad de obtener placer y experiencias sexuales seguras, libres de coerción, discriminación y violencia. Para que la salud sexual se logre y se mantenga los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y cumplidos” (Definición de la OMS, tomada en 2002. Tomada por la Plataforma de Acción de Beijing, 1995).

Por otro lado la salud reproductiva “es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos” (Fondo de Población de Naciones Unidas). En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho de los hombres y las mujeres a obtener información sobre planificación familiar y métodos para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos, y al acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables,

el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud (...) (Programa de Acción de la Conferencia sobre Población y Desarrollo, 1994).

Una vez definidos estos dos conceptos vemos como las personas con discapacidad pueden gozar de una completa salud en este campo. Sin embargo, en su mayoría, las personas con discapacidad forman un grupo vulnerable y numeroso al igual que el modo en que se estructura y funciona la sociedad, existiendo habitualmente condiciones de exclusión. Este hecho ha permitido la restricción de sus derechos básicos y libertades condicionando u obstaculizando su desarrollo personal, así como el disfrute de los recursos y servicios disponibles para toda la población.

A continuación hablaremos de forma teórica de la parte educativa dentro del ámbito de la Educación Sexual tanto para las personas con discapacidad, la familia y el centro educativo.

La educación sexual principalmente aporta que cada persona pueda disfrutar de su sexualidad como algo natural, de manera que las personas se sientan a gusto consigo mismas, se acepten y se relacionen siendo capaces de demostrar sus deseos. Siempre debemos tener en cuenta la prevención de embarazos no deseados, transmisión de infecciones y otros casos.

La sexuación, la sexualidad y la erótica partiendo de la revisión de autores como Cobo (2012), Martínez (2003) y Saínz (2011): El proceso de sexuación se refiere a construirse como hombre/mujer iniciado en la fecundación, en tal proceso se van conectando una serie de estructuras o niveles que van progresivamente sexuando a los individuos. Es cuando llamamos la sexualidad a la manera que tiene cada persona de vivir el hecho de ser sexuado, este proceso se ve cuando las personas van viviendo ese proceso de construcción en la manera propia de verse, sentirse y vivir como seres sexuados.

Por consiguiente, la erótica se refiere a la forma de concretar lo expuesto en lo anterior con muchas formas de expresión tanto personal como particular. En este apartado entran muchos factores, pero también los propios valores y creencias, forma de pensar, entender las relaciones sexuales, etc. Es cuando acabará surgiendo un tipo de erótica propio.

Me parece preciso destacar el papel del educador/trabajadores de la residencia, que son los que deben promover que los residentes se sientan a gusto con su forma de expresar la sexualidad, uniendo así los deseos, fantasías, conductas, caricias y el propio coito.

3.2 Educación sexual en familias y personal de la residencia.

Me gustaría en este apartado profundizar un poco más en la educación sexual abordando a las familias de los discapacitados y los propios trabajadores de la residencia. En éste apartado es muy importante que los diferentes integrantes de esta unidad se impliquen, colaboren y se coordinen en la educación de las personas con discapacidad, siendo esta responsabilidad, la clave para lograr el éxito en las intervenciones educativas y modificación de conducta que afrontemos.

Pese a que ciertas actitudes hacia la sexualidad han ido cambiando en la sociedad y han evolucionado hacia una mejor comprensión de las necesidades sexuales, aún son frecuentes las falsas ideas y los mitos, ya sea por desconocimiento, por actitudes negativas hacia las personas con discapacidad, por valores culturales o por creencias erróneas (Cobo, 2000) como:

- La persona discapacitada no tiene necesidad de expresión sexual.
- El cuerpo de una persona con discapacidad no puede producir placer.
- La única satisfacción sexual a la que puede aspirar es la de satisfacer a su pareja.
- Temor a la transmisión genética de la lesión.
- Temor a que la actividad sexual acelere la enfermedad.
- A determinadas personas discapacitadas (según el tipo de discapacidad), se le atribuyen deseos perversos y excesivos, debido a su sexualidad reprimida.
- La única forma correcta y placentera de obtener placer sexual es el coito.
- El uso de medios accesorios para el placer es pecado o degradante.

Como vemos estos estereotipos y falsos mitos, frecuentemente ha sido la propia sociedad la que ha creado artificialmente estas diferencias entre la sexualidad de las personas con discapacidad y la de las personas sin discapacidad. Como personas que son, sus bienes más preciados son la libertad y la autodeterminación y como ciudadanos y ciudadanas cuentan con los mismos derechos que el resto de la población.

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.

- Apoyo familiar/profesional

En relación al apoyo familiar y profesional vamos a destacar como hoy en día aún se prestan pocos apoyos en educar a las personas con discapacidad, es probable que tenga que ver con esa sobreprotección que tenemos hacia las personas con discapacidad. Siguiendo a Garvía y Miquel (2009) valoramos como las personas con discapacidad intelectual presentan dificultades en sus relaciones afectivas (enamorarse, 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.

Por otro lado, Asbah y Spod (1983) “manifiestan que las personas con discapacidad son personas sexuales con un amplio rango de necesidades emocionales, con los mismos problemas que pasan el resto de personas. Tienen los mismos derechos sexuales y la posibilidad de involucrarse totalmente en interrelaciones emocionales y sexuales”.

Por ello “La sobreprotección familiar es el gran freno del proceso de desarrollo del niño con deficiencia que perpetua sus limitaciones hasta la edad adulta. El niño, a quien se le da todo hecho, no adquiere competencia; cuando todo se le da resuelto, se anula su iniciativa; si no se le permite correr riesgos o equivocarse, jamás adquirirá experiencia” (Fernández Santamaría, R.:1982-1985, pág. 90).

Es por ello por lo que resalto que la persona con discapacidad tiene derecho como cualquier otra a disfrutar de su sexualidad y para ello es necesario que se dé la suficiente información acerca de la educación sexual.

Tener un buen acceso a la educación sexual es importante porque incluyen información en cuanto a riesgos potenciales, en ser capaz de participar responsablemente en el comportamiento sexual, y en reconocer que hay elección cuando les proponen participar en una actividad sexual, hace que la persona discapacitada mejore en su calidad de

vida” (Conahan, Robinson y Miller en 1993). Por lo tanto vemos como la familia es un elemento fundamental de desarrollo y socialización de las personas iniciadas en los primeros contactos que sean diferentes de la unidad familiar que van proporcionándonos un almacén de información y educación para que podamos desarrollar una serie de habilidades y competencias en la edad adulta.

En cuanto a profesionales, no podemos olvidar la necesidad de definir normas claras de comportamiento en el centro, y entender que el centro no es un lugar adecuado para la expresión de determinadas conductas eróticas. Se debe contribuir a aumentar esa socialización sexual escasa que tienen, proporcionando información individualizada acerca de los métodos anticonceptivos, infecciones de transmisión sexual (ITS) y conductas sexuales de riesgo. Al igual que fomentar la autoestima para que sepan afrontar sus relaciones interpersonales, teniendo en cuenta su independencia personal y promover hábitos de higiene y cuidado personal de sí mismo.

3.3 Las derivadas del restringido acceso a un universo íntimo propio

Siguiendo el Protocolo sobre relaciones interpersonales y sexualidad en personas con discapacidad física usuarias de centros residenciales, vemos como el siguiente apartado nos informa de que el universo de lo íntimo es necesario tanto para las personas que no padecen una discapacidad física o psíquica como aquellas que por desventura si la padecen, así pues el acceso restringido al universo íntimo implica un obstáculo al desarrollo de su propia autonomía causando su dependencia y la imposibilidad que vayan adquiriendo mayor grado de competencia en su cuidado y en su propia vida.

Es cierto que algunas personas con discapacidad tienen importantes dificultades de acceso a tiempos y espacios en cuanto a la privacidad. Además, en muchos casos, y puesto que bastantes de estas personas están incapacitadas legalmente, las principales barreras se derivan de la capacidad de toma de decisiones, siendo sus familias/tutores las que ocupan este papel. Tanto es así que se ha reprimido de forma sistemática cualquiera de sus manifestaciones eróticas. Para ello, se han utilizado mecanismos como la importante merma de privacidad y el cuidado o la vigilancia sistemática derivadas de su tutela.

El no disponer de ambientes privados, íntimos, produce una invasión de la esfera privada, y por tanto, la misma se convierte en pública. Si no educamos diferenciando la dimensión de la intimidad frente a la dimensión de lo público, si lo único que hemos

creado es una vida con una sola dimensión, todas las formas de expresión se producirán en esa dimensión y no podremos diferenciar que conductas pertenecen a la esfera de lo íntimo y cuales pertenecen a la esfera de lo público, porque dicha diferenciación no existe (De Dios del Valle, R & García, M. 2006: 45).

Es necesario promover espacios de interacción social, ya que las manifestaciones afectivas o sexuales son componentes básicos de la personalidad humana, enseñando 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).

La sexualidad y la afectividad van claramente relacionadas. Todos necesitamos el mantenimiento de relaciones sociales más allá de la familia, necesitamos el contacto en intimidad emocional y sexual. Y estos son aspectos que deben ser comprendidos y asumidos por el entorno de la persona con discapacidad, entre los que se encuentran los centros, que son, ni más ni menos que los hogares o los principales centros de actividad de muchas de estas personas.

En este caso, cabe resaltar que como casi nunca se encuentran solos, y este espacio es imprescindible para que desarrolle su intimidad, se puedan crear dos ámbitos necesarios para el desarrollo personal: el ámbito público y el ámbito íntimo.

“La sobreprotección, en cambio, imposibilita el desarrollo de la intimidad porque siempre hay alguien vigilando o controlando, no existe ni tiempo ni espacio privado. Por consiguiente, se desarrolla únicamente el universo público o social y no hay conductas que tengan cabida en esta y otras en lo íntimo (ya que esta no existe) y las conductas se suscitan en el ámbito público” (Cobo, C: 2012).

Todas estas aportaciones serán necesarias para contribuir en la mejora de la calidad de vida de dichas personas y para disfrutar de una sexualidad satisfactoria que les produzca placer y que sea respetuosa con su entorno.

3.4 Aspectos que impactan de forma importante en la sexualidad de estas personas.

A continuación vamos a ver los aspectos más importantes que impactan en la sexualidad de las personas discapacitadas. Está compuesta por factores de falta de socialización sexual, acceso restringido e influencias en el ambiente.

Siguiendo a Cobo, C (2012) en el Protocolo sobre relaciones interpersonales y sexualidad en personas con discapacidad física usuarias de centros residenciales, vemos como aquí el aprendizaje sí tiene un papel clave. Lo peculiar de las personas con discapacidad, es la restricción a la que se ven sometidas respecto a cualquier contenido de naturaleza sexual, resultando que casi siempre, la socialización sexual es nada o muy poco formalizada y elaborada. Factores que la provocan:

- La mayoría de las personas con discapacidad se ven sometidos a una restricción de cualquier contenido de naturaleza sexual.
- Socialización sexual escasa, torpe y poco formalizada y elaborada (no educativa).

Habitualmente, el objetivo ha sido sobreprotegerles de los peligros de lo sexual y junto a ello, van unidos aspectos que impactan de forma importante en la sexualidad de estas personas (Cobo, C. 2012):

a) Se ha negado la propia naturaleza sexual de estas personas que se asocia exclusivamente a peligro o miedo al embarazo.

b) La impermeabilización absoluta sobre cualquier contenido real o simbólicamente relacionado con la sexualidad, que tan sólo dificulta aún más su ya deficiente socialización sexual.

c) Negación de la sexualidad mediante la infantilización, apoyándose en el preconcepto de que las personas con discapacidad no tienen sexualidad.

Estos fenómenos se complementan y producen un sesgo perceptivo mediante el cual tendemos a atribuir las causas de los “desajustes” a la naturaleza sexual de estas personas y no al encuadre entre esta naturaleza sexual y sus condiciones biográficas y vitales (Cobo, C.2000). Bajo mi punto de vista, la intervención apropiada sería promover un mayor conocimiento y manejo de las normas sociales mediante la educación para que haya un mayor esfuerzo de inclusión y normalización dentro de la sociedad.

3.5 Desarrollo afectivo-sexual de las personas con discapacidad

Es importante destacar el desarrollo afectivo- sexual de las personas con discapacidad que a menudo se les niega el derecho a ejercer su propia sexualidad, “tal derecho que se les ha negado, el derecho que tienen como cualquier persona a tener sueños,

aspiraciones, ilusiones, metas personales y elección sobre cómo quieren vivir su sexualidad” (Navarro Guzmán, J.I, 2000: 64).

Por ejemplo, en Suiza, Dinamarca, Suecia y Alemania, la asistencia sexual para personas con discapacidad se considera un servicio de salud e incluso está subvencionado por el Estado, tiene por objetivo enfocar la sexualidad como algo totalmente natural de manera que las personas que dispongan de algún tipo de discapacidad puedan vivir su sexualidad con total naturalidad dentro de los lugares en los que residen.

“Las personas con discapacidad tienen derecho a la protección de la salud, incluyendo la prevención de la enfermedad y la protección, promoción y recuperación de la salud, sin discriminación por motivo o por razón de discapacidad, prestando especial atención a la salud mental y a la salud sexual y reproductiva “(Art. 10: capítulo II Derecho a la protección de la salud).

La Ley 8661 Convención Internacional de Derechos sobre las Personas con Discapacidad establece que a esta población se le deben proporcionar programas y atención de la salud sexual y reproductiva. Sin embargo, la propuesta se ha quedado en papel, y la misma suerte ha corrido, hasta el momento, la Política Nacional de Discapacidad (2011-2021) “es el marco político de largo plazo que establece el Estado para lograr la efectiva promoción, respeto y garantía de los derechos de las personas con discapacidad, que han de ser desarrollados por la institucionalidad pública en el período 2011-2021, la cual ordena que se deba brindar apoyo e información a las personas con discapacidad para el conocimiento y el ejercicio responsable de su sexualidad”.

Los diferentes contextos que influyen en las personas con discapacidad en cuanto a los factores externos, enfatizando la importancia de la relación existente entre familias y un entorno socialmente amplio son:

- Microsistema, en este caso son las influencias más inmediatas del usuario/a , ya que al ser personas internas en una Residencia , son aquellas fuentes con las que el usuario/a tiene contacto, constituyendo un patrón de actividades , roles y relaciones interpersonales que la persona en desarrollo experimenta en este entorno determinado (Residencia) , con características físicas y materiales particulares. Basándose en la teoría de “La Ecología del Desarrollo Humano”. (Urie Bronfenbrenner, 1979).

- Exosistema, incluye los ambientes que el usuario/a no tiene una función activa como participante, pero que le afecta de forma indirecta por medio de sus efectos sobre el microsistema.
- Macrosistema, incluye las ideologías, reglas, tradiciones y costumbres, de una cultura partículas, los mitos o los valores. En ellos también residen los mensajes que se transmiten en los medios de comunicación social, los clichés, los estereotipos. En este caso si la familia vive en la sociedad con unos estereotipos positivos será más fácil intervenir con ella ya que ayudará a asimilar valores positivos y beneficiosos para el usuario/a
- Finalmente el cronosistema, que subyace en cada uno de los sistemas anteriores, implica la forma en que el desarrollo de las personas discapacitadas es afectado por el paso del tiempo que se incluyen los cambios históricos graduales a través de distintas legislaciones (Artículo 1º.- “El objeto de esta ley es asegurar el derecho a la igualdad de oportunidades de las personas con discapacidad, con el fin de obtener su plena inclusión social, asegurando el disfrute de sus derechos y eliminando cualquier forma de discriminación fundada en la discapacidad”).

Desde esta perspectiva la capacidad para cuidar y educar con éxito a sus hijos no es únicamente una cuestión de los padres, sino que es también una función de la comunidad y en este caso de las culturas particulares donde los hijos y los padres viven.

4. MARCO NORMATIVO

La Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con discapacidad, aprobada por la ONU “supone la consagración del cambio de paradigma del enfoque de las políticas sobre discapacidad, tratando de superar la perspectiva asistencial para abordar una perspectiva basada en los derechos humanos, considerando a las personas con discapacidad plenamente como sujetos titulares de derechos y no como objetos sólo de tratamiento y protección social” (2006 en Raya, Caparrós y Peña, 2012). Por tanto, la Convención establece que las demandas y necesidades de los usuarios deben ser cubiertas de forma que puedan alcanzar la igualdad de oportunidades con respecto al resto de la ciudadanía.

Siguiendo el art.3 de la Convención Internacional sobre los Derechos de las personas con discapacidad, cabe resaltar los siguientes principios generales:

- El respeto a la dignidad inherente a la persona
- La autonomía individual
- La independencia de cada ser humano
- La no discriminación
- La igualdad entre hombres y mujeres
- La participación e inclusión plenas y efectivas en la sociedad
- La igualdad de oportunidades
- El respeto por la diferencia
- La aceptación de las personas con discapacidad como manifestación de la diversidad y la condición humana

En general lo que pretende esta Convención es obligar a los estados parte a respetar y asegurar el cuidado de la salud sexual y reproductiva de las personas con discapacidad entre otras muchas cosas. Tanto es así que la OMS la define como “una fuente de placer, salud, bienestar, comunicación y comprensión que genera en las personas actitudes positivas ante sí mismo y ante los demás. Para ello la sexualidad debe suponer una parte integrante del desarrollo psicoafectivo y psicoevolutivo, por lo que el desarrollo íntegro de las personas conlleva la aceptación del ser humano como ser sexuado”.

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.

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.

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, permitiendo la posibilidad de ir acompañados, vivir determinadas situaciones

de aprendizaje e integrar la dimensión afectiva-sexual a su ser personal y social a lo largo de las etapas de su vida (Sánchez, 2013). Según López (2011), algunos de estos derechos son:

- ✚ Derecho a la integridad y propiedad de su cuerpo de forma que nadie abuse sexualmente de ellos.
- ✚ 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.
- ✚ 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 supone la 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.

Con todo lo expuesto anteriormente acerca de las necesidades que presentan éstos colectivos acerca de la falta de afectividad y sexualidad, a nuestro parecer no son satisfechas en toda su plenitud las necesidades de los usuarios integrados en la Residencia de Gravemente Afectados José López Barneo, ya que se observan problemas que afectan ostensiblemente a la calidad de vida de los usuarios.

5. OBJETIVOS

El objetivo general de esta intervención será trabajar tanto con las familias, profesionales y los propios usuarios, para que aprendan a conocerse, aceptarse y a vivir y expresar su erótica de modo que se sienta a gusto, a través de actividades orientadas a la educación sexual tanto en usuarios, familiares y personal socio-sanitario para conocer la conducta sexual del residente de manera más natural.

Los objetivos específicos de esta intervención son diferenciados entre usuarios/profesionales/familiares:

En relación con los usuarios:

- Proporcionarles la información individualizada acerca de los métodos anticonceptivos, infecciones de transmisión sexual (ITS) y conductas sexuales de riesgo.
- Encontrar un lugar de confianza en el que puedan llevar a cabo sus deseos sexuales
- Fomentar la autoestima para que sepan afrontar sus relaciones interpersonales, teniendo en cuenta su autonomía personal.
- Disfrutar de una sexualidad satisfactoria que les produzca placer y que sea respetuosa con su entorno.
- Promover hábitos de higiene y cuidado personal de sí mismo.
- Control natalidad y prevención de enfermedades de transmisión sexual

En cuanto a las familias deberemos:

- Concienciarles de que el desarrollo sexual de las personas con discapacidad es igual que el resto de las personas.
- Comprender y asumir que la sexualidad es una fuente de placer, salud, bienestar, comunicación y comprensión que genera en las personas actitudes positivas ante sí mismas y ante los demás.

El acompañamiento, el apoyo psicológico y la atención a los padres resultan fundamentales para el desarrollo futuro del usuario ya que depende en gran medida del ambiente familiar o residencial en el que se encuentre.

Y por último, a los/las profesionales, deberán:

- Proporcionar recursos necesarios que permitan someterse a las necesidades e intereses sexuales de las personas con discapacidad, estableciendo ciertos criterios para la intervención.
- Valorar la importancia de la privacidad e intimidad del residente.
- Intervenir según las pautas de actuación del centro, ante conductas sexuales desajustadas. Modificando las conductas no adecuadas, en el caso de que las hubiese, ofreciendo alternativas saludables para el desarrollo óptimo de las personas.
- Facilitar el tiempo privado necesario y de manera flexible a las personas con discapacidad para que éstas puedan disfrutar, si quieren, de sus relaciones interpersonales o la autoexploración.
- Respetar la orientación sexual de las personas que en ella residen, así como las necesidades específicas y apoyos que éstas necesiten. Igualmente debe respetarse el deseo de otras personas a NO mantener relaciones sexuales o íntimas si así lo desean, aunque previamente así lo hubiesen hecho.

La relación basada entre los padres/madres-residencia, en torno a la educación sexual, debe ser complementaria, ambas deben mantener una profunda, flexible y fluida relación de trabajo no siendo conveniente enfrentarse, sino promover la colaboración en este proyecto. Debe ser siempre la relación de compañerismo y solidaridad, donde se comprendan ambos y luchen por el bienestar del usuario. Sería mucho más beneficioso que la interacción entre estos, cada día sea más incorporado y participen en el proceso, porque los usuarios progresan mucho más rápido y los resultados mejoran.

6. METODOLOGÍA

El proyecto de intervención llevado a cabo, parte de una breve definición y acercamiento conceptual a los principales conceptos que en ella hemos trabajado, recurriendo al método basado en el análisis de la documentación de textos ya existentes, visualizando todo lo que tiene que ver con este tema, consultando y analizando libros, documentos, artículos, leyes, revistas etc. Así pues, se ha realizado una revisión bibliográfica y jurídica. Por consiguiente me he centrado en realizar en profundidad el estudio documental pero no he llegado a realizar el trabajo de campo.

En función de los objetivos anteriormente planteados, consideramos que podría ser de gran utilidad aproximarnos al objeto de estudio a través de una metodología individual-grupal así como la utilización de un aprendizaje cooperativo. Estas estrategias o métodos serán el instrumento fundamental para este proyecto de intervención, lo que pretende nuestro objetivo general es trabajar tanto con las familias, profesionales y los propios usuarios, para que aprendan a conocerse, aceptarse y a vivir y expresar su erótica de modo que se sienta a gusto, a través de actividades orientadas a la educación sexual tanto en usuarios, familiares y personal socio-sanitario para conocer la conducta sexual del residente de manera más natural.

Como complemento para la intervención se realizará una metodología participativa, ya que formaran parte de ella los usuarios residentes que lo necesiten, sus familias y diferentes profesionales. Se intentará potenciar la tarea cooperativa en parejas o en grupos porque fomenta la tolerancia y permite que se intercambien opiniones a un nivel más privado. También es importante crear un clima agradable y distendido, manteniendo posturas abiertas de diálogo y respeto.

Por otro lado, también es necesario realizar una metodología reflexiva porque mediante acciones de concienciación y sensibilización se transmitirá la importancia de que la sexualidad es cosa de todos, que todos los seres vivos la tienen y cada uno tiene posibilidades de vivirla a su manera.

Para las personas con discapacidad física será un alivio saber que pueden expresar su sexualidad, que pueden vivirla, que pueden disfrutar sexualmente de su cuerpo y que por supuesto, tienen derecho a ello por muy gravemente afectado que este su cuerpo y

no solo deben saber esto las personas con discapacidad sino toda la sociedad que es la que tiene que asumir esta realidad.

La metodología tanto participativa como reflexiva que llevaremos a cabo se fundamenta en una planificación centrada en la persona.

Esta planificación tiene como misión 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, es decir, fomentar su autonomía.

A lo largo de este proceso de intervención entrará en juego la figura mediadora central y fundamental que es la del profesional, mediando de forma neutral e imparcial entre la familia, usuario/a y profesionales. El profesional media para involucrar de forma positiva y eficaz a la familia o tutor legal y a los profesionales del equipo que se forme a tal efecto, para que acepten con actitud positiva el proceso y ofrezcan apoyos eficaces.

Además del profesional tutor o tutora, otra pieza fundamental es el grupo de apoyo formado por algunas personas de la red natural (familia, red de amistades iguales con quien convive, figuras de la comunidad, etc.) y los profesionales.

Toda la metodología parte de una observación directa- participante y la realización de entrevistas semiestructuradas cuyo instrumento de realización sean preguntas abiertas, todo ello a realizar dentro de la residencia. Serán escogidos a cinco usuarios del Módulo D que encuentren con una discapacidad física y tengan capacidad para hablar, ésta entrevista se realizarán con preguntas informales orales para conocer sus deseos acerca de su propia sexualidad. Para la familia y para el equipo profesional serán seleccionados cinco tutores respectivos de los mismos residentes y del área profesional se seleccionarán a otros cuatro miembros, tales como la directora del centro, educador/a, trabajadora social y la psicóloga. Estas preguntas serán un poco más específicas acerca de su percepción en general sobre la sexualidad (*Ver Anexo entrevista I*).

7. PLAN DE TRABAJO

La intervención se llevará a cabo en diferentes niveles: microsistema, exosistema, macrosistema, cronosistema, siguiendo las pautas del modelo ecológico en el cual nos hemos centrado.

En primer lugar se tendrá contacto con la **Familia** del residente, en este caso se llevaran a cabo 2 sesiones:

SESIÓN 1: “Formación dirigida a los padres o tutores”.

Para ello se llevará a cabo una escuela de padres que se reunirá regularmente con el objetivo de desmitificar el tema de la sexualidad, ofrecer información, desmontar falsas creencias, y resolver todas las dudas que sobre el tema puedan surgir.

En dicha intervención se establecerá un “contrato educativo” entre la familia y el centro, con establecimiento de acuerdos y consensos, con alienación de objetivos y con un compromiso de responsabilización mutua en el tema, para favorecer con ello la aceptación de éstos.

Implicar a la familia es esencial, ya que no debemos olvidar que lo que deseamos es lograr la integración social de la persona con discapacidad intelectual, y en ese entorno social está la familia.

Los **recursos** con los que vamos a contar para ésta primera sesión son: folios con la información en base a la educación sexual de los residentes, aula confortable para crear un clima de confianza, bolígrafos para anotaciones.

SESIÓN 2: “Qué se debe hacer y que no se debe hacer”

Sirve para orientar a los padres en reconocer las primeras manifestaciones sexuales de sus hijos e hijas. (Anexo II).

Desarrollo de la actividad: se realiza una mesa redonda donde se les invitan a que expresen por sí mismos, como deberían abordar las primeras manifestaciones sexuales de sus hijos/as. Tras escribir sus pensamientos de modo esquemático, éstos se clarificaran (Anexo II) y se abrirá un pequeño debate en grupo.

Para los **profesionales**:

Se realizara una sesión con los profesionales del centro para ofrecerles conocimientos y habilidades en relación a los usuarios/as.

La actividad se centra en ofrecer información, conocimientos y habilidades que permitan avanzar en un desarrollo psicoafectivo global donde la sexualidad se reconozca como una dimensión más de la persona.

SESION 1: “Visionado de películas”

Desarrollo de la actividad: se proyectan fragmentos de las películas: Matar a un ruiseñor, Rebeca, Cuenta conmigo, Fresa y chocolate y Un tranvía llamado deseo. Posteriormente en grupos de trabajo, de entre 4 y 6 personas, se analizaran los videos que se les hayan asignado a cada grupo. En gran grupo se deben exponer las conclusiones alcanzadas por los diferentes grupos

Objetivo de la actividad: determinar si los fragmentos mostrados tienen relación con la Sexualidad.

Recursos: pen drive, proyector, aula acondicionada a un buen clima y armonía.

Temporalización: 1 hora y media o 2 aproximadamente.

En relación a los **residentes**:

Se trata de proporcionarles un espacio donde puedan expresar sus dudas, temores, ambiciones, etc., de forma confidencial, con la certeza de que van a ser escuchados y apoyados en los temas que más le preocupen.

Se trabajaran algunos temas que consideramos importantes, en grupos. Así se crearán diferentes sesiones formativas que se detallan más abajo.

✚ Primer Bloque, se establecerá un Taller de Afectividad/Sexualidad que englobará la primera y segunda sesión:

Objetivos del Taller:

→Ofrecer un modelo de Educación Sexual a la persona, basado en el afecto, la responsabilidad, la ternura, los juegos, el respeto por la otra persona, el compromiso en la mutua satisfacción y la sensualidad de todo el cuerpo.

→ Favorecer la igualdad entre los sexos y la comunicación entre las personas, y entrenar en habilidades que les sirvan para resolver sus necesidades interpersonales.

SESIÓN 1: “El cuerpo humano”

Los **objetivos** de esta actividad:

- Conocer las partes del cuerpo humano.
- Identificarse como hombre/mujer.
- Abordar la vergüenza al hablar de las partes del cuerpo humano relacionadas con la sexualidad genital.

Desarrollo de la actividad: Se dividirá a los participantes en grupos de tres personas como máximo, y se repartirá a cada uno de ellos un puzle, en el que aparezcan representadas las partes del cuerpo.

Los puzles no tienen que referirse exclusivamente a los órganos genitales, pero deben incluirlos. Después se les dará una nueva lámina, en la que deben unir con flechas cada parte del cuerpo representada con el nombre. Finalmente, estos mismos grupos, tratarán de encontrar errores en una ficha en la que aparece representado un hombre con el cuerpo de una mujer y viceversa

Recursos:

- Puzles con imágenes del cuerpo humano.
- Ficha con las partes del cuerpo humano para unir con flechas.
- Bolígrafos.
- Lápices de colores.

SESIÓN 2: “Cambios”

Los **objetivos** de esta actividad:

1. Conocer los cambios que se producen a lo largo de la vida (desarrollo de caracteres sexuales masculinos versus caracteres sexuales femeninos: vello, nuez, voz, mamas...)
2. Conocer lo que sucede en la adolescencia: menstruación y eyaculación.
3. Conocer lo que sucede en la madurez: menopausia.
4. Fomentar la participación y la expresión de conocimientos y dudas.

Desarrollo de la actividad: Aborda cada uno de los siguientes contenidos:

- Cambios que suceden.
- La adolescencia: menstruación y eyaculación.
- Consecuencias de la vejez: menopausia, otras maneras de vivir la sexualidad.

Se parte de una lluvia de ideas sobre los cambios experimentados en el cuerpo tanto de un hombre como de una mujer. En una pizarra se van anotando los conceptos relacionados que van aportando los usuarios para finalmente con todos ellos construir una definición adecuada.

Recursos: pizarra y tarjeta con preguntas

Temporalización: Los grupos que participarán en este taller serán mixtos. El taller se impartirá semanalmente (dos veces por semana) a razón de una hora y media por semana.

 Segundo Bloque: Taller de Valores

Objetivos del Taller:

- Desarrollar las capacidades morales y éticas de las personas con discapacidad que tienen carencias en este sentido.
- Conseguir que sean ellos quienes decidan su comportamiento y metas en la vida.

Contenido: Debido a la importancia que la educación en valores tiene en el desarrollo de la persona en todas las facetas de su vida, vamos a establecer dos sesiones donde se trabajarán valores fundamentales del ser humano como:

SESIÓN 1, “Un paseo por el bosque”:

Verbalizar de forma positiva aspectos propios de la personalidad y del físico.

Objetivos de la actividad:

- Favorecer el conocimiento propio y de los demás.
- Estimular la acción de auto valorarse en los demás compañeros.
- Mejorar la confianza y la comunicación del grupo.

Temporalización: 55 minutos aproximadamente.

Recursos: Papel, rotuladores, música clásica de fondo mientras los alumnos trabajan (opcional).

Desarrollo:

El profesional indica a los usuarios que dibujen un árbol en un folio, con sus raíces, ramas, hojas y frutos. En las raíces escribirán las cualidades positivas que cada uno cree tener, en las ramas, las cosas positivas que hacen y en los frutos, los éxitos o triunfos.

Se pone música clásica de fondo para ayudarles a concentrarse y relajarse.

Una vez terminen, deben escribir su nombre y sus apellidos en la parte superior del dibujo.

A continuación, los usuarios formarán grupos de 4 personas, y cada uno pondrá en el centro del grupo su dibujo, y hablará del árbol en primera persona, como si fuese el árbol.

Seguidamente, los alumnos se colocarán el árbol en el pecho, de forma que el resto de sus compañeros puedan verlo, y darán un paseo “por el bosque”, de modo que cada vez que encuentren un árbol lean en voz alta lo que hay escrito en el dibujo, diciendo “Tú eres...”

Por ejemplo: “Alfonso, eres...tienes...”

Tendrán 5 minutos para dar un paseo “por el bosque”

A continuación se hace la puesta en común, en el transcurso de la cual, cada participante puede añadir “raíces” y “frutos” que los demás le reconocen e indican.

El profesional puede lanzar las siguientes preguntas para comentar la actividad:

- ¿Os ha gustado el juego de interacción?
- ¿Cómo os habéis sentido durante el paseo por el bosque?
- ¿Cómo habéis reaccionado cuando vuestros compañeros han dicho vuestras cualidades en voz alta?
- ¿Qué árbol, además del vuestro, os ha gustado?
- ¿Qué compañero ha dibujado un árbol parecido al vuestro?

- ¿Cómo os sentís después de esta actividad?

Tercer Bloque: Taller de Higiene y Presencia.

En este taller abordaremos todas aquellas habilidades relacionadas con la higiene personal y los productos o utensilios necesarios para ello.

Objetivos del taller:

- Que las personas con discapacidad aprendan a valerse por sí mismos en el área de la higiene personal y la presencia
- Mejorar su autoestima y que se relacionen con más facilidad.

SESIÓN 1: “Higiene personal”

- Cómo lavarse o bañarse.
- Higiene bucal y dental: movimiento del cepillo.
- El cuidado del cabello.
- Afeitarse.
- El cuidado de las uñas.

Desarrollo de la actividad: Se les explicará la importancia de mantener una higiene íntima diaria y correcta, a través de un visionado de cine (Anexo III)

Recursos: proyector, salón de actos, pen drive.

Temporalización: 5 minutos de visionado y aproximadamente 30 min para una mesa redonda para establecer el debate.

SESIÓN 2: “La importancia de la higiene”

Objetivos:

- Respetar la intimidad propia y ajena.
- Desarrollar una higiene adecuada de los órganos genitales.
- Conocimiento de falsos mitos y creencias sobre la sexualidad.

Desarrollo de la actividad: Se les pasarán unos ítems (Anexo IV) dónde deberán contestar con verdadero o falso de manera individual, para después ir debatiendo las respuestas a nivel de todo el grupo.

Recursos: Pizarra, Bolígrafos, Hoja de ítems V-F

Temporalización: Se realizara en un grupo mixto, de 1h y 30 min cada sesión

8. UTILIDAD, APLICABILIDAD, RELEVANCIA Y VINCULACIÓN CON DISCIPLINA DEL TRABAJO SOCIAL.

En primer lugar me gustaría resaltar la importancia del abordaje de este reciente campo muy demandado en la actualidad por las propias personas con discapacidad y sus familias desde el 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”.

Por tanto 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 a la intervención del 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 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.

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).

La intervención del Trabajo Social en la educación afectiva 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.

En este proyecto hemos sacado a modo de conclusión que es un tema que está muy abandonado en la sociedad ya que las personas con discapacidad, debido a las secuelas físicas, sensoriales o mentales y al contexto normalmente hostil, generalmente presentan dificultades sexuales de origen orgánico, psicológico, o ambas. Es por ello que resulta imprescindible y se recomienda que los profesionales dedicados a la rehabilitación de

estos pacientes, en éste caso destacando la labor como Trabajadora Social, desarrollen conocimientos que permitan tratar estos problemas durante el proceso de atención integral y seguimiento a estos pacientes.

Algunas aportaciones que nos han surgido en relación a este trabajo pero no nos ha sido posible ahondar, son: El caso de los abusos sexuales, el acoso u otras formas de coerción o violencia sexual.

En la manera de lo posible nos gustaría seguir investigando acerca de estos temas que tanto hace falta y no son llevados a cabo por todos los profesionales.

9. BIBLIOGRAFÍA

- Amor Pan, J.R (2.000). “*Afectividad y sexualidad en la persona con deficiencia mental*”. Ed. Universidad Pontificia de Comillas.
- Aula de familia: CPEEE SANTA ROSA DE LIMA: “*Sexualidad y Discapacidad*”.
- Colectivo Harimaguada (1990). *Educación sexual*. Las Palmas. Cabildo Canario.
- 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_Protocol_sobre_relaciones_interpersonales_y_sexualidad_pdint.pdf
- Cobo, C. (Coord.) (2012). “*Protocolo sobre relaciones interpersonales y sexualidad en personas con discapacidad intelectual, trastornos del espectro autista y otras discapacidades con déficit cognitivo usuarias de centros residenciales*” Junta de Andalucía.
- De Dios del Valle, R & García, M. (2006) “*Discapacidad intelectual y sexualidad: Conductas sexuales socialmente no aceptadas*”. Gobierno del Principado de Asturias. Consejería de Vivienda y Bienestar Social.
- De la Cruz, C. y Cabezón, O (2006). “*Apuntes de Educación Sexual. Sobre la sexualidad de los niños y niñas con discapacidad*” [versión electrónica].
- Fantova Azkoaga, F, (2000, pp. 33-49). “*Trabajar con las familias de las personas con discapacidades*” Texto preparado para el Curso de Experto en Educación Especial de la Universidad de Deusto (octubre-noviembre de 2002).

- Fernández Santamaría, R. (1982 -1985) *“El camino hacia la integración”*.
- García Ruíz, M (2010). *“Educación Sexual y Discapacidad, Una realidad humana”*
- 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.
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>.
- López, F (1995). *“La prevención de los abusos sexuales y la educación sexual”*. Salamanca. Amaru.
- López Sánchez, F (2002). *“Sexo y afecto en personas con discapacidad”*. Ed. Biblioteca Nueva.
- Mazarrasa Alvear, L (2012) *“Salud sexual y reproductiva”*. Escuela Nacional de Sanidad, Instituto de Salud Carlos III.
- *“Memoria Anual de la Residencia de Gravemente Afectados, José López Barneo”* (2013) Jaén.
- Navarro Guzmán, J.I (2000: 64) *“Desarrollo afectivo-sexual de la persona con discapacidad psíquica”*.
- Pérez Ortiz, L (2011) *“Grupo educativo interdisciplinario en sexualidad humana y atención a la discapacidad A.C”*.
- Rathus, S. A.; Nevid , J. S. y Rathus, L. F. (2006). *Sexualidad Humana*. Madrid

- Raya, E., Caparrós, N. y Peña, G.B (2012). *“Atención social de personas con discapacidad. Hacia un enfoque de derechos humanos”*. Buenos Aires: Lumen.
- Rojas, (2000). *“Relaciones interpersonales y calidad de vida”*
- 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.
- Verdugo, M. A. y Gutiérrez, B. (2009). *Discapacidad intelectual. Adaptación social y problemas de comportamiento*. Madrid: Pirámide.
- Torices, I. y Ávila, G. (2007). *Orientación Sexual para personas con discapacidad*. Sevilla: Trillas.
- Viscarret, J.J (2007) *“Modelos y métodos de intervención en Trabajo Social.”* Madrid.

ANEXOS

ANEXO I

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:

ANEXO II

¿QUE SE DEBE HACER?	¿QUÉ NO SE DEBE HACER?
Ayudar a los chicos y chicas a que se sientan seguros para expresar sus dudas al respecto, sabiendo esperar a que éstos lo hagan.	No prestar atención a sus manifestaciones sexuales o reprimirlas como si fueran algo vergonzoso o sucio.
Ayudar a los chicos y chicas a que se sientan seguros para expresar sus dudas al respecto, sabiendo esperar a que éstos lo hagan.	Impedirles hablar o preguntar sobre el tema.
Explicarles lo que nos pregunten de forma que ellos puedan comprenderlo (adaptar nuestro lenguaje a sus posibilidades cognitivas).	Darles una explicación excesivamente técnica o no adecuada a su nivel de comprensión.
No darles más información de la que demandan y decirles siempre la verdad.	Dar más información de la que demandan.
Hacerles conscientes que la sexualidad es educable y, como tal, tienen el deber y la obligación de afrontarla, aportándoles los medios técnicos oportunos	Facilitar una información engañosa o temerosa de algún posible castigo.
No demorarnos en responder sus preguntas.	Olvidarnos de atender sus demandas.

ANEXO III

Visionado de cine

- <https://www.youtube.com/watch?v=dSazQ4ZqtVA>
- hábitos de higiene0001 (Primer video)

ANEXO IV: ¿VERDADERO O FALSO? Señalar la correcta

Es adecuado ducharse diariamente.V - F

Me tengo que lavar bien mis partes íntimas.V - F

Cuando tengo la regla no puedo ducharme.V - F

Cuido más mi higiene durante la regla.V - F

Si me lavo en exceso o bruscamente puedo lesionarme.V - F

Cuando defeco me limpio por detrás.V - F

Cuando defeco me limpio por delante.V - F

Antes de tocarme mis partes íntimas, lavaré mis manos.V - F

El pene también necesita una correcta higiene diaria.V - F

Para la higiene del pene se retira el prepucio y se limpia el glande con cuidado de no lesionarme.V - F

