



PROGRAMA DE EDUCACIÓN AFECTIVO SEXUAL EN LOS CENTROS DE ASPACE SALAMANCA

Orientaciones para profesionales y familiares en relación a la de educación afectivo-sexual en personas con parálisis cerebral y/o encefalopatías afines





- INDICE -

0. INTRODUCCIÓN

1. EL HECHO SEXUAL HUMANO

2. AFECTIVIDAD Y SEXUALIDAD EN LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD.

3. MODELO BIOGRÁFICO-PROFESIONAL

4. EDUCACIÓN AFECTIVO-SEXUAL

5. LOS SERVICIOS DE APOYO

6. ALGUNOS CASOS PRACTICOS

7. BIBLIOGRAFIA



APARTADO 0. INTRODUCCIÓN

Esta guía de Educación Afectivo Sexual para personas con P.C. y Encefalopatías Afines, no pretende ser definitiva ni mucho menos, puesto que es prácticamente imposible que responda a todas y cada una de las situaciones que se nos plantean a diario en los centros de ASPACE SALAMANCA.

Surge como necesidad de **crear un marco de contexto normalizador, integrador e inclusivo**, desde el cual se puedan abordar de forma conjunta (profesionales, familias y las propias personas implicadas) todos aquellos aspectos relacionados con el desarrollo afectivo-sexual susceptibles de mejorar la calidad de vida de las personas con las que trabajamos. En este sentido, se trata de una invitación a que todos los agentes implicados en la misma, adoptemos una **visión común**, aportando mejoras a esta primera guía.

Durante años hemos respondido a las necesidades que nos han planteado las personas con PC, existiendo un vacío programático e intentando crear un marco común de actuación; resolviendo problemas con mayor o menor fortuna. En este momento, se trata de actuar de forma coherente y conjunta, desde un modelo de actuación compartido por profesionales cualificados con amplia experiencia en el tema. Este modelo de actuación es el modelo **biográfico-profesional**, elaborado y desarrollado por **Félix López** (Primer catedrático de Psicología de la Sexualidad de la Universidad de Salamanca), compartido y trabajado con nosotros desde el año 1998, y adoptado en la actualidad por la mayoría de las entidades pioneras en el tema.

El modelo reconoce que todas las personas, con independencia de su capacidad y condición, desde que nacemos hasta que morimos somos seres sexuados. Este hecho universal, nos proporciona **la posibilidad** de desarrollar todo nuestro **potencial afectivo y sexual**: expresando nuestra sensibilidad corporal, dando y recibiendo placer, creando una esfera de intimidad, tomando decisiones sobre nuestra forma de vida y eligiendo a las personas que decidimos formen parte de nuestra vida más personal e íntima.



Posibilidad que en el caso de las personas con discapacidad se ha visto frenada, no sólo por las propias dificultades inherentes a la condición de discapacidad, sino también por limitaciones impuestas a nivel social: bien porque se ha devuelto una imagen de la persona con discapacidad como ser asexuado o menor de edad, o bien porque presentaba problemas para controlar su respuesta sexual.

Esta imagen estigmatizada ha impedido el ejercicio de sus derechos para decidir sobre su propio cuerpo, sus deseos y sus afectos.

En la medida que, gracias a nuestro trabajo diario en aras de la normalización y la inclusión seguimos derribando muros, se abre ante nosotros la posibilidad de dar un paso más y aceptar **que la afectividad y la sexualidad constituyen un elemento esencial de la vida de todas las personas, independientemente de su capacidad y condición**, y que en consecuencia, es necesario adoptar las medidas que resulten más idóneas para hacer posible que puedan vivir esa dimensión de sus vidas de la forma más placentera, libre y digna posible.

OBJETIVO

Reconocer el derecho y la necesidad de las personas con parálisis cerebral y/o encefalopatías afines a expresar sus necesidades afectivo sexuales, encontrando una respuesta adecuada por parte de su entorno, estableciendo los cauces más adecuados para alcanzar un enfoque compartido, en el que también la familia acepte este derecho y sus implicaciones, y se sienta, en la medida de lo posible, cómoda con las pautas previstas.





APARTADO 1. EL HECHO SEXUAL HUMANO

Como ha quedado reflejado con anterioridad; **todos y todas**, independientemente de nuestra condición, **somos seres sexuados**. Dentro **de la complejidad del hecho sexual humano podemos distinguir**:

- a) **El sexo**: es el conjunto de características biológicas que nos diferencian como varones o hembras (pene, vagina, pechos...)
- b) **El proceso de sexuación**: proceso de construirse como hombre o mujer, un camino lleno de matices y/o dificultades dependiendo de la situación personal.
- c) **La orientación del deseo**: hace referencia a la dirección que toma el deseo sexual, es decir, si nos gustan los hombres, las mujeres o ambos. Se expresa en términos de mayor o menor preferencia y puede experimentar variaciones a lo largo de la vida. Las orientaciones sexuales son:

- ✓ **Homosexualidad**: La orientación del deseo se presenta preferentemente hacia personas del mismo sexo, denominándose gays a los hombres que desean a hombres y lesbianas a las mujeres que desean a mujeres.
- ✓ **Bisexualidad**: La orientación del deseo se presenta de forma indistinta hacia personas del mismo o distinto sexo. Mujeres que desean a hombres y mujeres, y hombres que desean a mujeres y hombres.
- ✓ **Heterosexualidad**: La orientación del deseo se presenta preferentemente hacia personas de distinto sexo. Hombres que desean a mujeres y mujeres que desean a hombres.

Hay que matizar que no es lo que mismo lo que se hace, que lo que se es. Por lo tanto pueden existir prácticas homosexuales sin ser homosexual.

- d) **Identidad sexual**: el resultado global del proceso de sexuación. Siempre habrá una identidad aunque esta pueda variar a lo largo del tiempo

dependiendo de la valoración que se haga sobre la misma.

- ✓ **Transexual**: aquella persona cuyo sexo de nacimiento no coincide con el que se identifica (nace hombre y se identifica como mujer o a la inversa)
- ✓ **Transgénero**: Hace referencia a aquella persona que vive en el género opuesto al de nacimiento, pero sin modificar necesariamente su cuerpo (nace hombre, se siente mujer pero no siente la necesidad de cambiar su cuerpo y a la inversa)
- ✓ **Travesti**: personas que esporádicamente se visten y actúan con los códigos del género opuesto, aunque se identifican con su género de nacimiento. (hombre que se viste de mujer, su identidad sexual sigue siendo masculina y a la inversa).



e) **Expresión de género**: es la expresión de los roles de género como mujer u hombre (o ambos o ninguno de ellos) a través del comportamiento, la indumentaria, el peinado, la voz, los rasgos físicos, etc.

f) **Sexualidad:** es la manera en que cada persona vive el hecho de ser sexuada. Evoluciona a la largo de la vida y está muy relacionada con aspectos psicológicos, sociales y culturales.



g) **La erótica: los deseos de la persona.** El deseo erótico es el impulso que nos mueve a la búsqueda de placer, y el modo de satisfacerlo es personal y muy diverso.

h) **La amatoria: las conductas** que se desarrollan para satisfacer dicho deseo. Condicionadas por la historia de aprendizaje y capacidades de cada persona.

i) **La respuesta sexual humana.** Sin entrar a detallarlas, consta de cinco fases diferenciadas bien sea en el hombre o la mujer: **fase de deseo, de excitación, de meseta, de orgasmo y de resolución.**

j) **Sexismo:** Mentalidades que atribuyen unas cualidades y patrones de conducta diferenciados y desiguales a hombres y mujeres. Pueden producir desigualdades.

k) **Los estereotipos de género:** los estereotipos son una imagen mental muy simplificada, por lo general, de alguna categoría de personas, institución o acontecimientos que es compartida, en sus características esenciales, por gran número de personas. Están vinculados y son considerados la base del prejuicio y la discriminación hacia un grupo concreto.

El proceso de convertirse en hombre y/o mujer es un camino de aprendizaje, de exposición a experiencias de carácter emocional que van configurando nuestra identidad y nuestro estilo de relación, tanto con nuestro propio cuerpo, como con el de los demás. En condiciones normales es un aspecto vital satisfactorio y reforzante, pero en caso contrario puede vivirse como conflictivo.

APARTADO 2. AFECTIVIDAD Y SEXUALIDAD EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD

La **afectividad** es un estado subjetivo, personal e interior, en el que el protagonista es la propia persona. Expresa emociones, sentimientos y afectos propios de la experiencia humana como son el amor, el cariño o la ternura, pero también el odio, la vergüenza y la rabia. Toda experiencia tiene un componente afectivo y deja huella en nuestra historia personal.

Todas las personas necesitamos tener en quien poder confiar, que nos cuiden y quieran; y ser a la vez esa figura de apego para otros, a eso le llamamos vinculación afectiva. Tradicionalmente es el papel de la familia, la pareja y los amigos.

La **sexualidad** tiene que ver con el deseo y la atracción que sentimos hacia el otro, en el que proyectamos nuestros intereses y fantasías. Tiene un componente comunicacional, de vinculación personal fundamental. Se experimenta o se expresa en forma de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, actividades, prácticas, roles y relaciones.



La **OMS** la define como una dimensión fundamental del ser humano, que tiene que ver con la propia identidad. Incluye las identidades de sexo y género, la vinculación afectiva y el amor, así como la reproducción.

Tiene tres dimensiones: la recreativa, la relacional y la reproductiva.

- ✓ **Relacional:** hace referencia a la interacción, la comunicación, el encuentro con el otro o la otra, la expresión de afecto, de sentimientos, de emociones, de atracción, etc.
- ✓ **Recreativa:** engloba la gratificación, el placer, el deseo, las fantasías, etc.
- ✓ **Reproductiva:** Se refiere a todos los aspectos que la sexualidad tiene de hecho conceptivo y procreativo, es decir, la dimensión de la maternidad y paternidad, de tener hijos e hijas que se deseen, en los momentos que se considere oportuno.

En la sociedad actual, la posibilidad de que las personas con discapacidad vivan y desarrollen sus capacidades en la comunidad se acepta sin reservas, **sin embargo** esta normalización **no se extiende a la dimensión afectiva y sexual.**

Como resultado de esa falta de normalización –muy claramente asociada a un deseo de protección de la persona con discapacidad pero también a un deseo de protección de la sociedad frente a una forma de sexualidad que puede percibir como incómoda–, **muchas personas con discapacidad suelen tener un déficit de conocimientos, experiencias, habilidades y actitudes** relacionadas con la afectividad y la sexualidad.





Algunas Consideraciones sobre la sexualidad femenina.

Algunas personas con discapacidad carecen de las habilidades requeridas para comunicar sus necesidades sexuales. En tales casos, así como en los hombres, la excitación sexual es visible, en las mujeres no lo es y puede, por lo tanto, pasar desapercibida, lo que determina **que no se considere como algo relevante** ni por parte del personal, ni por parte de la familia.

Las familias de las mujeres con discapacidad tienden a verlas **como eternas niñas**, seres asexuados y vulnerables **a los que hay que proteger de posibles abusos o engaños; en particular, la maternidad se percibe y se vive como algo tabú.**

Con frecuencia, el cuerpo de las mujeres con discapacidad no se ajusta a los cánones de belleza femeninos más difundidos, lo que contribuye a que desarrollen una **baja autoestima**, que **repercute negativamente en sus relaciones sociales y afectivas.**

Lo mismo ocurre en el caso de los varones con discapacidad, pero con el agravante en las mujeres de que, tradicionalmente, la percepción de su apariencia ha tenido mayor influencia sobre su autoestima, debido a las convenciones sociales y a los roles de género. Este fenómeno de invisibilización ha determinado, y todavía determina, que tanto en los servicios como en el medio familiar, **no dé igual que la persona con discapacidad sea hombre o mujer.**

Cuando es varón, se aceptan sus manifestaciones eróticas y sexuales con mayor naturalidad, pero **cuando es una mujer se tiende a la sobreprotección, por el temor a posibles abusos, al embarazo, al contagio de enfermedades venéreas o incluso a la opinión de terceros.**

Al hacerlo, no somos lo conscientes que debiéramos ser con respecto al hecho de que esta actitud de sobreprotección lleva, **precisamente, al resultado contrario al deseado:** el acceso limitado a la información y el escaso control que las mujeres ejercen sobre sus propios cuerpos, su afectividad y sus deseos las convierten en **seres más vulnerables a la explotación sexual, a la violencia, y a los abusos.**

No puede permitirse que las mujeres ignoren la realidad de sus cuerpos. Hay que darles apoyo positivo y proactivo.



CUESTIONES A TENER EN CUENTA CUANDO HABLAMOS DE SEXUALIDAD:

Sexualidad no es genitalidad: la totalidad del cuerpo humano es sexuado y está repleto de zonas susceptibles de ser erógenas. Cuando hablamos de relaciones sexuales o de actividad sexual nos referimos a las más variadas conductas, y en ellas puede o no, tener cabida el coito. Pudiendo incluso las simples demostraciones de afecto, los susurros, las fantasías, las miradas o un simple olor, proporcionar un placer tan intenso como el que se produce mediante el contacto físico.



No es lo mismo órganos genitales, que sexuales. Relaciones sexuales que coitales y no es lo mismo placer que orgasmo, puesto que aunque sea un momento de gran intensidad, no tiene porque ser el momento del placer máximo. Se trata de no reducir la sexualidad a la mera genitalidad, orgasmo y reproducción.

Mitos a romper: las personas con discapacidad no tienen necesidad de expresar su sexualidad, su cuerpo no puede producir placer y además algunos tipos de discapacidad provocan deseos perversos y excesivos. No resultan atractivas para otras personas. La única satisfacción sexual a la que puede aspirar es la de satisfacer a la otra persona. La discapacidad se trasmite genéticamente. La actividad sexual acelera la discapacidad. No tienen una orientación del deseo sexual definida, más bien aprovechan las oportunidades que tienen. No puede haber personas con discapacidad transexuales, eso es una confusión producto de su propia discapacidad. No pueden (ni deben) formar pareja ni casarse. La actividad sexual es para procrear y las personas con discapacidad no pueden ni deben hacerlo. Las mujeres tienen menos deseo sexual. La homosexualidad es producto de la falta de oportunidades con personas de diferente sexo.



Tradicionalmente se han utilizado tres mecanismos para, supuestamente, proteger a las personas con discapacidad de los riesgos de vivir su propia sexualidad.

- a) **Negar** su sexualidad, en particular de las personas con discapacidad intelectual o grave deterioro cognitivo, por lo general, por la vía de la infantilización.
- b) **Reprimir** cualquier tipo de manifestación erótica, represión que no sirve sino para promover conductas desajustadas o problemáticas.
- c) **Cerrar** el acceso a cualquier contenido de naturaleza erótica, fundamentando esa restricción en dos mitos contradictorios: poseer una naturaleza incontrolada y/o la educación sexual alentaría este tipo de conductas.

La negación social de las necesidades y deseos sexuales, unida a la falta de reconocimiento de su derecho a la privacidad ha dificultado enormemente su socialización en la esfera de lo íntimo.

Así pues, la vida sexual de las personas con discapacidad ha tendido a invisibilizarse y a estigmatizarse. En los años setenta no se consideraba un componente necesario para la rehabilitación y la salud integral de la persona. La sexualidad era considerada como un acto físico en el que había que "manejarse bien" para tener una vida sexual satisfactoria. Hasta el presente, el modelo más habitual en la atención a las personas con discapacidad en relación con su Sexualidad ha sido el modelo de riesgos: las intervenciones se planteaban para responder a conductas inapropiadas o desajustadas, que resultan problemáticas, o cuando los familiares manifiestan su preocupación por determinadas actitudes de la persona.

Un modelo médico y una visión paternalista, que queda muy lejos del modelo que se plantea en la actualidad: **el modelo biográfico profesional**, con una visión positiva de la sexualidad que se centra en sus capacidades y no en sus limitaciones.

Desde este marco, conviene que los servicios desarrollen planes estructurados y permanentes, planificados desde un enfoque positivo de la sexualidad, que integren programas de educación sexual enmarcados en la planificación centrada en la persona.



APARTADO 3. MODELO BIOGRÁFICO PROFESIONAL

No **adoctrina**, puesto que caben muchas biografías saludables. Ayuda a la personas a tomar decisiones sobre su propia vida sexual. No se empeña en tener o no tener actividad sexual, dependerá de cada opción personal.

Parte de un **concepto positivo de salud**: bienestar y promoción de la calidad de vida. El derecho de poder vivir la sexualidad y los afectos como uno de los elementos que promueven esta calidad.

Derecho a **recibir información y medios** para tomar decisiones de forma responsable, llevando a cabo conductas que promueven su bienestar.

Entiende que **la sexualidad humana**, a diferencia de la animal, está en el reino de **la libertad** puesto que podemos **tomar decisiones** sobre la actividad sexual, decir "sí o no", planificar de forma consciente nuestra vida sexual-amorosa, aceptar el "no" de otra persona, etc.

La **sexualidad no se reduce a la mera genitalidad**, reconociendo la amplitud del mapa corporal y las dimensiones psicológicas y sociales de la sexualidad; **tampoco a su finalidad procreadora**, defendiendo que esta debe ser una decisión libre y responsable con la descendencia; **ni** está necesariamente **asociada al estado matrimonial**; ni es únicamente un derecho de los varones, etc.

Se **basa en discurso positivo** sobre la sexualidad, **profesional** (de búsqueda continua de los conocimientos científicos más fundamentados), **tolerante** (de aceptación de la diversidad en las formas concretas de vivir la sexualidad que no atenten a los derechos humanos) y **ética** (en la que se sea responsable del grado de libertad que pongamos en práctica).



Se trata de facilitar la adquisición de los recursos, conocimientos y habilidades para resolver las necesidades interpersonales, las afectivas y las sexuales, dando el protagonismo a la persona que es quien toma las decisiones sobre la manera concreta de hacerlo.

Los profesionales ofrecerán conocimientos en lugar de opiniones, favoreciendo la igualdad entre los sexos y la comunicación entre las personas, entrenando habilidades que les sirvan para resolver sus necesidades interpersonales. Evaluarán el estado de salud de la persona y sus posibilidades de mejora.

El objetivo es lograr la mayor integración y normalización posible, con una colaboración constructiva entre la familia o los tutores legales, profesionales y gestores de los centros.

Plantea que los contenidos de educación afectivo-sexual, deben adaptarse de forma muy precisa a lo que pueden aprender y a las diferencias individuales tanto de estas personas como de sus tutores legales, los centros donde acuden y la sociedad donde viven.

La metodología favorecerá la participación de las familias y las propias personas con P.C, potenciando el entrenamiento en habilidades sociales interpersonales por su eficacia; diferenciando además el rol de la familia, profesionales y la persona.

APARTADO 4. EDUCACIÓN AFECTIVO SEXUAL



Tanto familiares y amigos, como profesionales que atendemos a las personas con discapacidad, referimos a menudo manifestaciones sexuales tales como tener curiosidad por tocar a los demás, autoestimularse o preguntar sobre aspectos relacionados con el placer erótico. Todas ellas son claras manifestaciones de sus necesidades y deseos, tanto sexuales como afectivos.

La **educación sexual** pretende **ayudar a que se acepten estas necesidades** y a que la persona con discapacidad tenga derecho a satisfacerlas. Si estas manifestaciones se niegan, las probabilidades de integración y normalización disminuirán, aumentando los riesgos asociados a la actividad sexual.

Por **ello**, es esencial que la educación sexual no se dirija únicamente a las personas con discapacidad; también **debe contribuir a modificar las actitudes de su entorno y de la sociedad** en general, en relación con las facetas afectiva y sexual de la vida de las personas con discapacidad. Es necesario que se potencie su autonomía y que sean percibidas como mujeres y hombres capaces de tomar decisiones y de vivir su afectividad y su sexualidad plenamente, **evitando las actitudes de infantilización y de sobreprotección** que han sido la pauta habitual hasta fechas recientes.



Además la educación sexual tiene un efecto asociado muy positivo, y es que contribuye a **disminuir el sentimiento de culpabilidad** de las familias, haciéndoles ver que se trata de **manifestaciones naturales y totalmente normales**. Asimismo, **puede contribuir a la protección de las personas con discapacidad**, en la medida en que el conocimiento de las situaciones y de los actos de riesgo les enseña a **protegerse mejor, a pedir ayuda cuando la necesitan y a afrontar las consecuencias**.

La educación no puede obviar la sexualidad: si a una persona no se le ofrecen pautas y no se le da el apoyo necesario para el aprendizaje, encontrará una vía de descubrir estos aspectos de su personalidad por su cuenta, lo que puede llevarle a asumir riesgos innecesarios, bien por simple desconocimiento, bien por haber interiorizado informaciones contradictorias.

Lo cierto es que se produce siempre, tanto si se planifica y se programa, como si no, de tal modo que lo hay que preguntarse no es tanto si este tipo de educación es necesaria, sino más bien, cómo debe darse, cuál es la mejor manera de ofrecerla para obtener los mejores resultados

Queda claro por lo tanto, que un programa de educación sexual no puede limitarse al manejo de conductas desajustadas, **sino a promover que la persona viva su sexualidad de forma positiva, satisfactoria y placentera,**

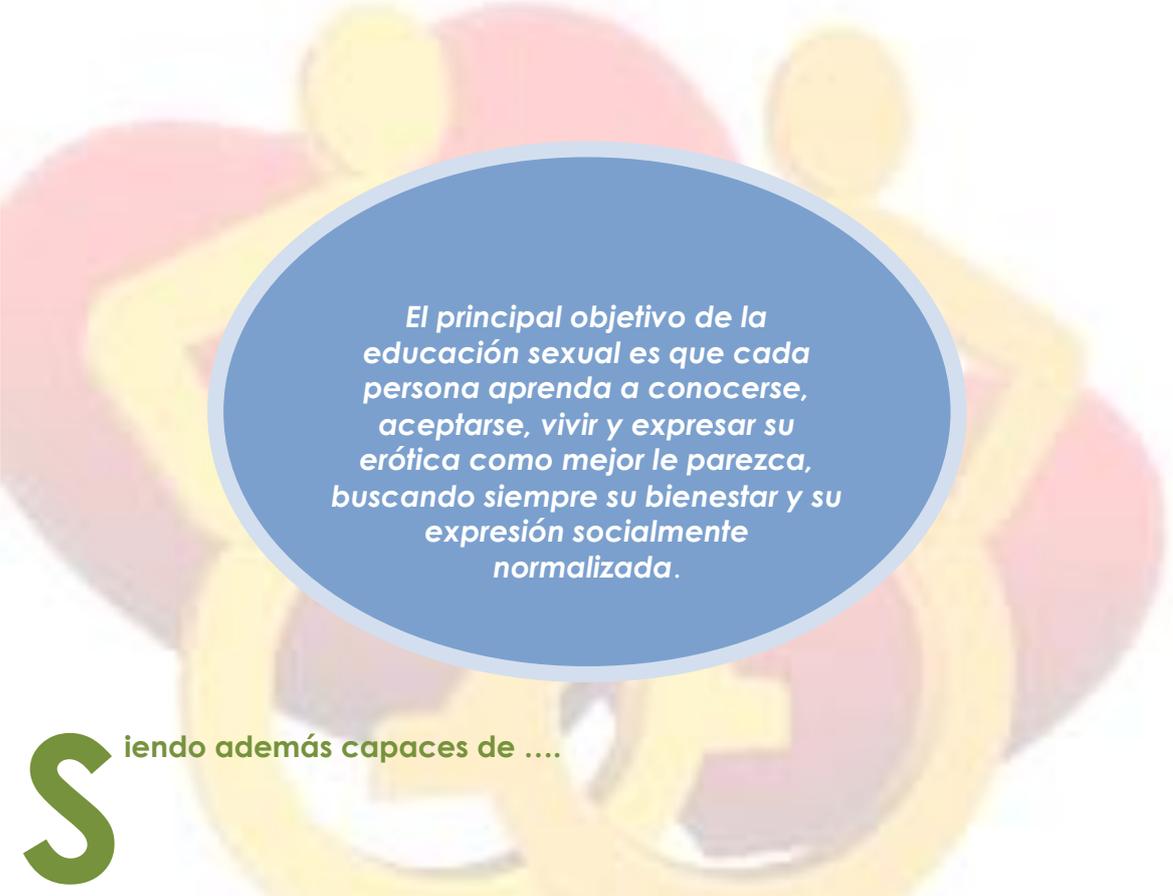
para ello acompañaremos a la persona...

0. Apoyándola en lo que necesite para que conozca y comprenda su propia identidad sexual y corporal.
1. Ayudándola a descubrir, comprender y regular su deseo erótico.
2. Alentándola a que pueda expresar sus sentimientos.
3. Facilitando la adquisición de las habilidades necesarias para satisfacer sus necesidades afectivo-sexuales básicas a lo largo de la vida.
4. Potenciando su autoestima.
5. Desarrollando las habilidades interpersonales que permitan vivir la erótica y



las relaciones personales de forma adecuada.

6. Enseñándole a reconocer y a enfrentarse a situaciones de riesgo en el comportamiento sexual.
7. Discerniendo con mayor certeza entre el disfrute –lo que uno/a desea estar haciendo– y el abuso sexual.
8. Potenciando la autonomía de las mujeres y de los hombres con discapacidad. Contribuyendo a que se les perciba como personas capaces de tomar decisiones y de vivir su sexualidad con plenitud, evitando así las actitudes de sobreprotección.



El principal objetivo de la educación sexual es que cada persona aprenda a conocerse, aceptarse, vivir y expresar su erótica como mejor le parezca, buscando siempre su bienestar y su expresión socialmente normalizada.

Siendo además capaces de

0. Comprender desde su nivel, el desarrollo sexual humano.
1. Comprender los mecanismos de la reproducción.
2. Conocer el deseo sexual humano, sus orientaciones y sus manifestaciones.
3. Conocer los elementos básicos de la respuesta sexual.
4. Posibilitar la aceptación personal de la sexualidad en todas sus dimensiones: la recreativa, la relacional y la reproductiva.



5. Desarrollar conocimientos sobre sexualidad adaptados a sus capacidades e intereses.
6. Aprender habilidades de comunicación interpersonal necesarias en el medio social, especialmente en el ámbito afectivo.
7. Fomentar la autoestima y las actitudes positivas hacia el propio cuerpo y la sexualidad.
8. Adquirir hábitos saludables con el propio cuerpo.
9. Aprender a prevenir y reconocer situaciones de riesgo asociadas a la actividad sexual.
10. Interiorizar criterios básicos de salud sexual.
11. Aprender a pedir los apoyos necesarios.
12. Aprender a decir NO.
13. Adquirir una ética de las relaciones personales en la que prime la igualdad entre los sexos y el respeto a la voluntad de uno mismo y de las demás personas.

E N CUANTO A LOS CONTENIDOS que pueden aprender...

1.- Entrenamiento en habilidades sociales

- Presentarse a uno mismo y presentar a otras personas.
- Saludar de forma adecuada.
- Mantenerse a la distancia adecuada cuando habla con otras personas.
- Elogiar o felicitar en situaciones apropiadas, y responder adecuadamente ante los elogios que le brindan otras personas.
- Aceptar y rechazar citas.
- Mostrar una conducta adecuada ante personas que le ofenden.
- Iniciar y terminar una conversación.
- Pedir ayuda o consejo cuando lo necesite.



2.- Relaciones interpersonales

- Identificar las relaciones sexuales como resultado de amor, cariño y afecto entre las personas.
- Intentar, de manera adecuada, establecer relaciones y buscar la compañía de personas que le atraigan sexualmente.
- Mostrar un comportamiento sexual y socialmente aceptable en sus relaciones con otras personas.

3.- Vivencia del propio cuerpo

- Participar con naturalidad en conversaciones sobre sexualidad.
- Identificar y nombrar los órganos sexuales femeninos y masculinos, utilizando los términos correctos.
- Identificar los cambios físicos que se dan en mujeres y hombres desde la infancia a la pubertad y la edad adulta.
- Aprender a aceptar el propio cuerpo a través del desarrollo de la autoestima.

4.- Cuidado del cuerpo

- Mantener la higiene y el cuidado adecuado de los órganos sexuales.
- Aprender a lavarse correctamente.
- Cambiarse de ropa interior a diario.

5.- Conductas sexuales y salud

- Preservar la intimidad en las funciones sexuales, evitando su práctica en público.
- Saber qué es la masturbación.
- Conocer las diferentes formas de relaciones sexuales y afectivas.
- Conocer el proceso de menstruación.
- Conocer el proceso de fecundación, embarazo, aborto y parto.



6.- Riesgos asociados a la actividad sexual

- Saber cómo reconocer, defenderse y evitar las relaciones con personas que pretendan abusar sexualmente de la persona.
- Identificar las enfermedades de transmisión sexual: sus causas, sus síntomas, sus tratamientos y sus consecuencias.
- Conocer los métodos de planificación familiar más utilizados en su entorno social.
- Conocer los servicios de la comunidad donde poder recibir información, ayuda y orientación sobre aspectos relacionados con la sexualidad.

E N CUANTO AL PAPEL DE LA FAMILIA...

La familia es el primer marco de socialización de cualquier individuo, y ello en todos los ámbitos, incluido el sexual. Es el **lugar en el que emerge la propia identidad sexual**, y donde se establecen actitudes, valores y pautas en la relación que una persona mantiene con su propio cuerpo y en el contacto físico con otras personas en un medio familiar e íntimo; es también el ámbito en el que puede explorar por primera vez la curiosidad por las experiencias eróticas y también sus manifestaciones en la intimidad, como la masturbación, la visualización de material pornográfico u otras.

Además, hay que tener en cuenta que todos los padres sienten a la vez **satisfacción y temor cuando ven a sus hijos/as evolucionar y desarrollarse**, y estos sentimientos se intensifican cuando los hijos son más frágiles y vulnerables.

Es reseñable que en muchas ocasiones la manifestación de una demanda o necesidad erótica por parte de la persona con discapacidad puede ser una **fuentes de ansiedad** para la familia.

En el caso de las personas con discapacidad, dado que su red de relaciones sociales suele ser reducida, la **influencia educativa de la familia y del personal de apoyo es mucho mayor que en el resto de la población. De ahí que resulte esencial que exista una relación de colaboración, apoyo y comprensión entre las y los profesionales** que intervienen en la atención **y los familiares** de los que más directamente depende la persona con discapacidad, relación que puede establecerse con mayor facilidad si se facilita su inclusión y participación en el proceso de intervención.



Los profesionales deben ser conscientes de que **necesitan a la familia** y de que **tienen que contar con ella**, pues, en muchos casos, en ella recae la adopción de decisiones que afectan a la vida sexual de la persona con discapacidad, cuando esta no tiene capacidad de decisión y está sujeta a la tutela de algún familiar.

Q UÉ PUEDEN HACER...

- Prestar atención para poder reconocer las primeras manifestaciones sexuales de la persona en el hogar familiar, y poner en práctica las estrategias adecuadas para encauzarlas.
- Aportar seguridad y confianza a su familiar con discapacidad para que exprese sus dudas sobre cuestiones de índole afectivo-sexual, respetando el ritmo de desarrollo de cada persona.

Cuando plantee preguntas:

- ✓ Ofrecer respuestas que se adecuen a su nivel de conocimiento y comprensión.
- ✓ Responder de forma clara y concisa.
- ✓ No aportar más información que la que se demanda.
- ✓ Si necesita más tiempo para elaborar la respuesta, solicitarlo.
- ✓ Si tiene dudas, consulte a los profesionales.

Q UÉ PUEDEN EVITAR HACER...

- Reprimir sus manifestaciones sexuales como si fueran algo negativo.
- Impedirles hablar sobre sexualidad o plantear dudas al respecto.
- No contestar a sus preguntas.
- Darles más información de la que demandan.
- Dar explicaciones demasiado técnicas o poco adecuadas a su capacidad.



APARTADO 5. PRESTAR APOYOS EN MATERIA DE SEXUALIDAD EN EL MARCO DE NUESTROS SERVICIOS

LOS SERVICIOS DE APOYO

Los servicios de apoyo tienen que:

- ✓ Garantizar, en la filosofía de los servicios y en las pautas de atención aplicadas en su marco, el respeto al derecho a la privacidad, la intimidad y la dignidad de la persona.
- ✓ Velar por la protección de las personas con discapacidad y, sobre todo, por que aprendan a autoprotegerse de los riesgos asociados a las actividades sexuales.
- ✓ Desarrollar una educación sexual en positivo, que les permita vivir los afectos y la sexualidad de la forma más natural posible, siendo los únicos límites las situaciones en las que la persona no tiene capacidad para consentir o las situaciones en las que se observa, a pesar del consentimiento, una situación de abuso.
- ✓ Fomentar las habilidades de relación interpersonal.
- ✓ Planificar los programas de educación sexual de forma sistemática, estructurada y fácilmente comprensible.
- ✓ Adoptar un enfoque multifocal en las intervenciones, que tenga presente el papel de las y los profesionales así como, en su caso, el de los familiares. La coordinación entre profesionales y familias en las actividades y los programas.



E L PERSONAL DE APOYO

Es indispensable que sea cual sea la función en la organización, se conciba la **condición sexual de las personas usuarias como una faceta más de su vida** y, por lo tanto, **como una realidad merecedora de atención y de un trato digno**.

Existen una serie de factores que favorecen una buena actuación de las y los **profesionales como agentes en la educación sexual** para las personas con discapacidad:

- **Contamos con experiencia en la atención** a personas con discapacidad, ya que la variedad de las situaciones que se presentan en el medio asistencial ofrece oportunidades formativas inexistentes en el medio familiar, elementos de comparación y de relativización que permiten ajustar las intervenciones y modular las actitudes orientándolas hacia un mayor grado de tolerancia.
- Podemos ser capaces de **mantener la adecuada distancia emocional** con mayor facilidad que las y los familiares.
- **Conocemos el modo en el que se relaciona el grupo de personas** al que atienden, lo que constituye un elemento esencial para el abordaje de la dimensión afectivo-sexual; esto se ve muy facilitado por el hecho de que, en muchos casos, el o los servicios de atención constituyen el principal ambiente relacional de la persona.
- **Tenemos una relación privilegiada con las personas usuarias y sus familiares**, que puede facilitar alcanzar acuerdos con respecto a las pautas de actuación.
- Podemos establecer cauces que permitan aplicar **los mismos criterios de intervención en los servicios y en el ámbito familiar** con el fin de mantener la **coherencia** de las intervenciones.

Nuestras prácticas profesionales deben ir encaminadas a...

Partir de la individualidad de la persona, de sus deseos, de sus capacidades, de sus limitaciones y de sus potencialidades, teniendo en cuenta las siguientes dificultades:

- ✓ Las limitaciones en su privacidad, derivada de sus necesidades de apoyo.
- ✓ Las peculiaridades de su propio proceso de socialización sexual.



- ✓ Los miedos de las familias que, sin duda, condicionan la sexualidad.

Teniendo esto presente, los profesionales debemos ajustar las actuaciones a una **serie de principios fundamentales, de corte ético**, que deberán adaptarse a cada caso concreto. **Estos principios son:**

- ✓ *Autonomía de la persona*
- ✓ *La persona profesional no puede hacer juicios de valor, moralizar o decirle a la persona qué debe o no debe hacer.*
- ✓ *No-maledicencia*
- ✓ *La intervención del profesional tiene que ir dirigida a no generar ningún daño o perjuicio, aunque en algunos supuestos deba considerarse que un perjuicio menor puede ser necesario para evitar uno mayor.*
- ✓ *Beneficencia frente a paternalismo. El bien de la persona es un valor fundamental desde la perspectiva deontológica, pero no debe confundirse con actitudes sobreprotectoras y paternalistas.*
- ✓ *Justicia distributiva. Se trata de priorizar las demandas en función de su necesidad, su urgencia y los medios disponibles.*
- ✓ *Sobre la base del respeto a estos principios fundamentales, las intervenciones en este ámbito también deben tender a ser:*
 - Efectivas
 - Mínimas
 - No discriminatorias
 - Justificables, en lo posible, por las personas a las que se les imponen.

CUESTIONES FRECUENTES EN EL MARCO DE LOS SERVICIOS PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD

-LA CONSTRUCCIÓN DEL ESPACIO ÍNTIMO Y SOCIAL -

Toda sociedad se estructura en tres grandes ámbitos –**el público, el privado y el íntimo**– y la vida de las personas también se estructura de ese modo. El primero puede ser compartido por toda la comunidad o por un amplio grupo de personas, el segundo está limitado a un número muy reducido de personas (familia, amistades, pareja) y el tercero puede ser compartido o no con alguna persona con la que tenemos una relación de especial cercanía o confianza.



En el caso de las personas con discapacidad, la sobreprotección a la que habitualmente están sujetas y los apoyos y atención constantes que reciben determinan que, en su vida, **los límites entre esas tres esferas se diluyan**. Este riesgo es particularmente evidente en el caso de las personas con discapacidad intelectual o con grave deterioro cognitivo, ya que puede llevarles a confundir las conductas propias del universo más íntimo y personal con las que se manifiestan en público. Para ellas, no existe ninguna diferencia entre las conductas que son apropiadas en el ámbito público y las conductas que se adecuan al privado, en la medida en que su ámbito íntimo muchas veces es inexistente. Si no se les ofrecen explicaciones claras con respecto a las conductas afectivas y sexuales no saben qué pueden hacer en un ámbito determinado y qué no pueden hacer, y esa falta de conocimiento les lleva a presentar conductas y manifestaciones eróticas desajustadas, que, en algún momento, requerirán algún tipo de intervención.

La privacidad, la intimidad y la dignidad de las personas son el eje en torno al cual deben articularse todas las actuaciones en materia de sexualidad y afectividad.

- Intimidad y privacidad -

El universo de lo íntimo es necesario para todos los seres humanos, independientemente de que tengamos o no algún tipo de discapacidad. Es un universo en el que prevalece el deseo sobre las obligaciones, el sujeto sobre el grupo y el placer sobre el esfuerzo. En definitiva, se trata de un espacio en el que no rigen las normas públicas. **Sin embargo, las personas con discapacidad se encuentran con serias dificultades para acceder a un tiempo y un espacio de absoluta privacidad**, debido a que, en su vida, **se hace prevalecer la necesidad de protección, de prevención de riesgos y de control**. Y, si no se tiene derecho a la privacidad **¿cómo acceder al universo de lo íntimo?**

Proporcionar el acceso a estos espacios no significa, en absoluto, dejar a estas personas sin apoyos, ignorar sus necesidades o permitir que se generen situaciones de riesgo, pero es importante que los profesionales respetemos la privacidad de las personas usuarias y que estas aprendan a respetar la de sus compañeros y compañeras en el servicio.

- Cuidados íntimos -

Las personas usuarias necesitan ayuda para su cuidado personal –ir al servicio, lavarse, vestirse, afeitarse, etc. El apoyo en estas actividades constituye un elemento esencial del bienestar y de la calidad de vida, teniendo en cuenta que:



- ✓ Aunque estén acostumbradas a recibir apoyo desde su nacimiento, al llegar a la etapa de la adolescencia, en la que cobra especial importancia la necesidad de buscar su propia identidad a través de la independencia, puede generar sentimientos de frustración y/o enfado. Además en esta etapa, se producen cambios corporales y hormonales que a su vez modifican su forma de percibirse y relacionarse.
- ✓ Es un hecho que, con frecuencia, son muchas las personas que, al rotar los turnos de atención, acaban ayudándoles en estas tareas, lo cual, en sí, no resulta fácilmente compaginable con el respeto a la intimidad y presenta el riesgo de generar rutinas poco personalizadas, aplicables al conjunto de las personas atendidas, y poco ajustadas a las necesidades de privacidad. En tales circunstancias, no es difícil que las tareas de cuidados personales e íntimos tiendan a desarrollarse de forma automática, sin consideración de las necesidades específicas de la persona usuaria y sin tener en cuenta que esos momentos pueden originar en la persona atendida un profundo sentimiento de indefensión y de vulnerabilidad. Forzosamente, lo habitual es que las personas con discapacidad, se vayan adaptando a esas pautas de atención, vayan perdiendo progresivamente el pudor que todas y todos sentimos en relación con los cuidados más íntimos y vayan superando sus inhibiciones. En ese contexto, la frontera entre la esfera íntima y la esfera pública se diluye lo que dificulta muy considerablemente, en particular, para quienes presentan discapacidad intelectual o grave deterioro cognitivo, la distinción entre lo que se puede o no hacer en unos y otros contextos de vida.

Es, por lo tanto, esencial respetar también algunos **criterios básicos de respeto a la intimidad y la privacidad a la hora de prestar apoyos en los cuidados íntimos:**

- a) Tratar discretamente estos aspectos de la atención, **evitando comentar delante de otras personas cuestiones personales e íntimas** y, como regla general, evitar entre las y los propios profesionales, comentarios innecesarios sobre cuestiones de esa índole.
- b) Garantizar que puedan **vestirse y desvestirse en condiciones de privacidad**, debiendo evitarse cualquier tipo de intromisión, ya sea accidental, deliberada o rutinaria.
- c) Garantizar la **privacidad durante el aseo**, tanto si se realiza **en el baño**, como si se hace en **la cama** (como ocurre en el caso de las personas con graves dificultades de movilidad).
- d) Garantizar la privacidad de las personas usuarias mientras están en el servicio.
- e) En lo posible, y sin perjuicio de que todos seamos conscientes de que, desde el criterio profesional, el sexo de la persona atendida no afecta al buen desempeño de la tarea, **conviene respetar la preferencia de la persona atendida en relación con el sexo** de la persona o **de** las personas



profesionales que le atienden en sus necesidades más íntimas.

f) Ayudarles a **construir su propio espacio de intimidad**.

Pautas generales:

- a) Tratar de marcar los límites entre la relación personal y la profesional.
- b) Evitar actitudes y situaciones que puedan causar confusión o equívocos.
- c) Prestar atención y cuidados similares a todas las personas, sin diferencia que puedan ser entendidas como preferencias activas.
- d) No mostrarse condescendiente con conductas inadecuadas como tocamientos. Definir la naturaleza de la relación y **marcar los límites** con el fin de no generar expectativas irreales (no somos novios, ni amigos íntimos, etc.)
- e) Mantener el respeto a la intimidad tanto a nivel corporal (pedir permiso para dar un abrazo, caricias o besos...) como emocional y social (respeto de espacio personal, sus enseres, sus emociones y sentimientos, ...)

-RESPONDER A LAS DUDAS-

Pasos:

- 1.- Cuestionarse si es o no necesaria una intervención y si le corresponde a ese o esa profesional.
- 2.- En caso afirmativo, plantearse si la intervención es posible y cómo podría hacerse, teniendo en cuenta los recursos disponibles.
- 3.- Ser realista en cuanto a los objetivos alcanzables: tiene que plantearse el límite al que llegará su intervención.
- 4.- En algunos casos, buscar el asesoramiento externo puede resultar de gran ayuda.

- OFRECER INFORMACIÓN: MENTRUACIÓN Y MENOPAUSIA -

Con la pubertad, el cuerpo humano experimenta cambios notables, tanto en los hombres como en las mujeres: vello púbico y axilar en ambos casos, crecimiento de los testículos y el tamaño del pene en los varones, aumento de las mamas en las mujeres, etc. En los primeros años de esta etapa, los hombres tienen sus primeras eyaculaciones, que ocurren durante la noche y se conocen como poluciones nocturnas.



Para las mujeres, esta etapa significa la llegada de la menstruación, que tiende a iniciarse entre los 11 y los 16 años, y desaparece generalmente en la mediana edad, con la menopausia. Ambas son experiencias naturales para todas las mujeres, tengan o no discapacidad, y pueden implicar alteraciones notables en el bienestar y en el estado de ánimo, por lo que es importante tenerlas presentes en la atención a las necesidades de las mujeres con discapacidad.

Menstruación

La menstruación, al contrario que el resto de fenómenos asociados a la pubertad, se produce de forma abrupta y puede resultar traumática si no se ofrece a la mujer la información y el apoyo necesarios para que no se sienta totalmente insegura. De no hacerse así, ese sentimiento de inseguridad puede persistir, a lo largo de la vida, y estas mujeres siguen percibiendo y experimentando la menstruación como algo sucio y vergonzoso.

Las y los profesionales, podemos prestar apoyo fácilmente en estas circunstancias, adoptando las pautas que se indican a continuación.

Ayuda práctica

- ✓ Ayudarles a comprar la protección que necesiten y a tenerla preparada a tiempo.
- ✓ Ayudarles a cambiar adecuadamente el medio de protección que utilicen.
- ✓ Probar diferentes tipos de protección higiénica para ver cuál de ellas resulta más adecuada, en el caso en que se perciban molestias.
- ✓ Ayudarles en caso de que sufran dolores menstruales.
- ✓ Ayudarles a comportarse de forma adecuada durante la menstruación (por ejemplo, no mostrar en público compresas o tampones usados). Se trata de que se comporten, en la medida de lo posible, con la naturalidad pero también con la discreción que es habitual en la mayoría de las mujeres.

Formación

- ✓ Explicar qué es la menstruación y qué función cumple en el sistema reproductivo de las mujeres.
- ✓ Explicar que las mujeres tienen la menstruación durante un largo periodo de su vida.
- ✓ Explicar qué otros efectos pueden observarse durante la menstruación, además del sangrado, como por ejemplo: -dolor de senos; -aumento de peso; -retención de líquidos; -dolor abdominal o lumbar; -cambios de humor.



- ✓ En todos los casos, la información debe adaptarse, en sus contenidos y en su formato, a la capacidad de comprensión de la persona con discapacidad.

Apoyo emocional y psicológico

- ✓ Tratar de comprender cómo se sienten las mujeres con discapacidad con respecto al hecho de tener la menstruación.
- ✓ Permitirles escoger quién quieren que les ayude y en qué modo puede ayudárseles.
- ✓ Generar una visión positiva de la menstruación, como parte del proceso de crecimiento y de maduración.
- ✓ Compartir sus propias experiencias, en el caso de las profesionales, para propiciar que la persona con discapacidad perciba que es algo que les ocurre a todas las mujeres y lo vaya le ayude a ir aceptándolo con naturalidad.
- ✓ En el caso concreto de mujeres con discapacidades muy severas o profundas que no pueden entender lo que les ocurre, lo más conveniente es que los profesionales les ofrezcamos apoyo para hacerles vivir la experiencia de la manera más cómoda posible cuando sufran algún tipo de molestia, dolores o cambios emocionales.

Menopausia

La menopausia es el cese permanente de la menstruación, originada por el cese progresivo de la actividad del ovario, lo que determina, a su vez, una disminución de las hormonas sexuales en el organismo. Los síntomas relacionados directamente con este fenómeno son los sofocos y la sudoración, y la atrofia de la región genital y urinaria; además, otros síntomas que pueden estar relacionados con esta etapa son el insomnio, la depresión, las infecciones urinarias repetidas, la disminución del deseo sexual o los dolores musculares, entre otros, aunque la mayoría no tienen una relación directa con la menopausia y dependen también de otros factores en cada mujer, como el estilo de vida, la alimentación, el ejercicio físico o el estado emocional. En definitiva, se trata de un acontecimiento natural en la vida de cada mujer, y que cada una experimenta de forma diferente; por ello, no debe percibirse como una enfermedad, ni identificarse con el final de la vida sexual o relacional.

Durante la menopausia, las mujeres con discapacidad pueden experimentar, como todas las mujeres, cambios de humor, irritabilidad y estados depresivos durante la menopausia. En su caso, existen circunstancias específicas – por ejemplo, la falta de privacidad en el caso de quienes viven en centros residenciales o la dificultad para comprender lo que les está ocurriendo– que pueden agravar los niveles de estrés.



Con todo, y sin perjuicio de lo anterior, por lo general, el impacto emocional de la menopausia sobre las mujeres con discapacidad, por lo menos en el caso de las mujeres con grave deterioro cognitivo o con discapacidad intelectual, puede ser menor que en el resto de las mujeres, por dos razones principales:

- ✓ Por un lado, porque muchas de ellas no han tenido hijos y, por lo tanto, la menopausia, como final de la etapa fértil, no representa ningún cambio desde esa perspectiva. Es distinto, naturalmente, en el caso de las mujeres que, habiendo deseado ser madres, no han podido serlo y se dan cuenta de que, a partir de la menopausia, ya no tendrán esa oportunidad.
- ✓ Por otro, porque la menopausia también ha representado socialmente el comienzo de una fase vital que socialmente se relaciona con la pérdida del atractivo físico y el declive en las relaciones y puede que, en el caso de las mujeres con discapacidad, estos prejuicios, presentes a lo largo de toda su vida, presenten, por una vez, la ventaja de no determinar un gran cambio con respecto a etapas anteriores en términos de autoestima y expectativas relacionales.

Para poder abordar los cambios, los inconvenientes y las molestias que puede acarrear la menopausia es importante que los profesionales estemos preparados para ofrecer la información y prestar el apoyo más idóneo.

Informar a los hombres con discapacidad

Tanto en relación con la menstruación como en relación con la menopausia, es importante abordar la necesidad de informar adecuadamente a los hombres con discapacidad, con el fin de que entiendan que deben adaptar su actitud y su conducta hacia las mujeres con las que se relacionan cuando se encuentran en esos periodos y con el fin de que puedan, en su caso, prestarles el apoyo que requieran.

- MASTURBACIÓN -

La masturbación es una conducta sexual normal y saludable y constituye un elemento importantísimo de la sexualidad de las personas con discapacidad:

- ✓ Es la forma más frecuente de expresión sexual entre las personas con discapacidad.
- ✓ En el caso de personas con discapacidades múltiples o profundas, puede ser la única forma de expresión sexual que está a su alcance.
- ✓ Muchas de las dificultades que se plantean con respecto a la sexualidad de las personas con discapacidad tienen que ver con la masturbación.
- ✓ En ocasiones, las personas con discapacidad tienen dificultades para



expresar su sexualidad a través de la masturbación, por distintos factores: – a muchas les han explicado que masturbarse está mal, lo cual genera en ellas un sentimiento de vergüenza o culpabilidad; en muchos casos no han recibido una educación sexual adecuada ni consejos específicos en relación con la masturbación (incluyendo cómo y dónde hacerlo)

- ✓ Algunas personas con discapacidad, aunque lo deseen, no pueden masturbarse por problemas de movilidad;
- ✓ En el caso de las mujeres, el hecho de que sus necesidades y las dificultades para darles respuesta no sean tan visibles como las de los hombres, puede falsear la percepción que se tiene de su realidad y de sus necesidades. Sin duda, hay numerosas personas –con y sin discapacidad– que no descubren la masturbación o lo hacen y deciden no practicarla. Las y los profesionales tienen que tener claro que esta decisión, cuando obedece a la propia voluntad y a los propios deseos, es absolutamente respetable y que, por lo tanto, no conviene, en tales supuestos, inmiscuirse en la vida sexual de la persona y alentarle a practicar la masturbación. En cambio, en los casos en los que las personas usuarias muestren deseos de masturbarse lo más aconsejable es que, en el marco de su planificación individual, centrada en la persona, se adopten criterios compartidos por quienes toman parte en dicha planificación, lo que contribuirá a garantizar la consistencia de las actuaciones y evitará conflictos en su aplicación.

Indicadores de masturbación saludable

- Que sea placentera.
- Que la persona pueda controlarse.
- Que se practique en la intimidad.
- Que sirva para resolver la tensión- excitación sexual.
- Que se haga en condiciones adecuadas de higiene y seguridad.
- Que sus fines no se instrumentalicen para llamar la atención o como respuesta a los conflictos.
- Que no vaya acompañada de sentimientos de culpa.
- Que no moleste a los demás.



¿Qué hacer ante indicadores no saludables?

Entre las causas que pueden llevar a una persona a tener una masturbación inadecuada están:

- ✓ Desconocer los límites entre lo que es adecuado y lo que no lo es.
- ✓ Estar ansioso/a o aburrido/a.
- ✓ Tener molestias genitales, provocadas por infecciones, irritaciones o rozamientos con algunas prendas.
- ✓ Buscar la atención de los demás.
- ✓ Repetir algo aprendido en situaciones de abuso sexual.
- ✓ No poder o saber masturbarse bien por: utilizar una técnica inadecuada, falta de aprendizaje, falta de estimulación adecuada, falta de privacidad, sentimientos de culpa, limitaciones físicas, efectos de la medicación.

Es importante definir el lugar en el que se considera que la conducta puede permitirse. Se tratará en todos los casos **de lugares pertenecientes a la esfera íntima, como pueden ser los baños o los dormitorios**, siempre que no sean compartidos. En los casos en los que la persona no disponga de un baño o de un dormitorio independiente, el centro deberá encargarse de enseñarle en qué momentos puede utilizar esos espacios para masturbarse o también proporcionarle un espacio privado alternativo en el que poder hacerlo.

- ✓ En función de las habilidades comunicativas de la persona, **podrán utilizarse diferentes fórmulas** para ayudarle a entender dónde puede masturbarse y dónde no. Por ejemplo:
- ✓ En muchos casos, puede bastar con nombrarle los lugares y momentos adecuados para hacerlo.
- ✓ Otras veces, conviene delimitar los espacios apropiados mediante una línea de un determinado color, marcada en el suelo o recurriendo a otro tipo de elementos visuales.
- ✓ Intervenir físicamente para llevar a la persona a un lugar privado cuando empiece a masturbarse.
- ✓ Utilizar estrategias de distracción, que orienten a la persona hacia actividades incompatibles con la masturbación.



POSIBLES CONDUCTAS PROBLEMÁTICAS

- **LA CUESTIÓN DEL CONSENTIMIENTO: libertad para mantener relaciones sexuales y protección contra posibles abusos-**

El consentimiento es un componente esencial de la relación sexual: una relación sexual siempre debe ser voluntaria, es decir, voluntariamente consentida por quienes la comparten. Cuando no existe consentimiento –sea cual sea la razón de su inexistencia– nos encontramos ante una situación abusiva.

En relación con las personas con discapacidad, el consentimiento plantea cuestiones de dos órdenes, que, en realidad, son una manifestación clara del delicado equilibrio entre, por un lado, la necesidad de promover y defender su libertad para mantener relaciones sexuales y, por otro, la necesidad de adoptar las medidas necesarias para garantizar su protección frente a posibles abusos.

Para que exista consentimiento deben converger simultáneamente **tres componentes:**

- **Información:** La persona debe disponer de información suficiente que sea relevante en relación con la decisión que debe adoptar; en particular, saber en qué consiste la relación sexual, cuáles son sus posibles consecuencias, y cuáles son sus riesgos potenciales.
- **Razonamiento:** La persona debe tener capacidad para tomar una decisión en base a esa información y entender las consecuencias de la adopción de esa decisión. Así, suele considerarse que una persona no tiene esa capacidad si no puede entender o retener la información a la que accede, si, a pesar de disponer de esa información, no es capaz de analizarla y sopesarla para tomar la decisión o si, una vez tomada la decisión, no consigue comunicarla.
- **Voluntariedad.** La persona debe actuar voluntariamente, sin ningún tipo de intimidación. Por lo tanto, la capacidad para consentir se ve afectada por tres tipos de procesos mentales: la comprensión, la toma de decisiones y la comunicación.

Delitos contra la libertad e indemnidad sexuales según el Código Penal

• **Agresión sexual:** Consiste en atentar contra la libertad sexual de otra persona utilizando violencia o intimidación. La violación es un tipo de agresión sexual y se considera que existe cuando la agresión consiste en acceso carnal por vía vaginal, anal o bucal, o en la introducción de miembros corporales u objetos por alguna de las dos primeras vías.

Su característica diferenciadora del abuso sexual es que se hace mediante violencia o intimidación.



- **Abuso sexual:** Consiste en atentar contra la libertad sexual de otra persona sin violencia o intimidación y sin que medie consentimiento. A estos efectos se consideran abusos sexuales los que se ejecutan sobre personas que se hallan privadas de sentido o que tienen un trastorno mental, o lo que se cometen anulando la voluntad de la víctima mediante el uso de fármacos, drogas o cualquier otra sustancia natural o química idónea al efecto. *Se hace prevaleciendo de una situación de superioridad, sea cual sea la razón de dicha posición.*

- **Acoso sexual:** Se produce cuando una persona pide a otra, favores de naturaleza sexual, para sí misma o para otra persona, en el ámbito de una relación laboral, docente o de prestación de servicios, continuada o habitual, y cuando con ese comportamiento provoca una situación objetiva y gravemente intimidatoria, hostil o humillante. Si el acoso se comete prevaleciendo de una situación de superioridad laboral, docente o jerárquica, o con el anuncio expreso o tácito de causar a la víctima un mal relacionado con las legítimas expectativas que pueda tener en el ámbito de la indicada relación, la pena es superior.

En otros términos, el acoso puede darse tanto entre pares, es decir entre personas que se encuentran en una misma situación o jerarquía, como entre personas entre las que existe una relación jerárquica, aunque, en este último caso, la pena es mayor.

- **Exhibicionismo y provocación sexual:** El delito de exhibicionismo se da cuando una persona ejecuta o hace ejecutar a otra, actos de exhibición obscena ante personas menores de edad o incapaces, mientras que el de provocación sexual se produce cuando una persona, por cualquier medio directo, vende, difunde o exhibe material pornográfico entre menores de edad o incapaces (no tiene capacidad para consentir).

Nuevos riesgos: Abusos en la red

Dadas las nuevas tendencias sociales, otro aspecto que tanto las propias personas con discapacidad, como sus familiares y las y los profesionales de los servicios de atención deben tener en cuenta es el peligro de las nuevas tecnologías en relación con las situaciones de abuso. Aunque está claro que Internet puede ser una herramienta muy positiva para relacionarse, es importante que las personas con discapacidad tengan un apoyo informativo especial para comprender los riesgos potenciales de relacionarse a través de la red. El uso del teléfono móvil (Wasap) se ha evidenciado como un elemento clave en casos de abusos, por ejemplo.



Factores de vulnerabilidad frente a las situaciones de agresión, abuso o acoso sexual

- Falta de información y formación sexual.
- Sentimiento de debilidad.
- Necesidad de cuidados personales íntimos.
- Pluralidad de personas con acceso a la prestación de cuidados personales íntimos
- Grandes limitaciones en la comunicación.
- Capacidad de comprensión limitada.
- Desconocimiento de los procedimientos de queja y de su derecho a quejarse.
- Educación basada en la confianza y dependencia de las personas adultas.
- Convivencia en centros en los que existen personas de diferentes características, asimetría de edad y de capacidades.

• Medidas preventivas

La mejor forma de evitar las situaciones abusivas es adoptar medidas preventivas, y estas medidas pueden ser, fundamentalmente, **de dos tipos**:

Por un lado, medidas educativas orientadas a las personas usuarias, integradas en el programa de educación sexual. En su marco, el servicio debe articular contenidos que capaciten, en lo posible, a las personas usuarias para detectar y evitar las situaciones abusivas:

- ✓ Conocimiento, cuidado y respeto del propio cuerpo.
- ✓ Estrategias para decir 'no', para aprender a rechazar lo que no se desea.
- ✓ Fomento de la autonomía de las personas y ayuda en el desarrollo de una obediencia razonada, no incondicional, dirigida a dotarlas de recursos para enfrentarse a una situación de abuso.
- ✓ Desarrollo de la autoestima.
- ✓ Conocer a la persona y a su entorno: sus deseos, intereses, etapa evolutiva en la que se encuentra, su autocontrol, sus habilidades de comunicación, el conocimiento y respeto de normas sociales, etc.
- ✓ Detectar posibles situaciones de riesgo (tránsitos, zonas de ocio común, etc.) aumentando la vigilancia si fuera necesario.
- ✓ Detectar conductas anómalas (retraimiento, conductas de evitación



ante iguales, etc.)

Por otro: concienciar a los profesionales de que las situaciones de **agresión, abuso o acoso no son tolerables** y de que es esencial mantener una actitud de apoyo y supervisión mutua para evitar que ocurran. Es esencial tener en mente que permitir una situación abusiva socava la confianza básica y la seguridad propia en el entorno donde se desenvuelve la persona.

- **Medidas de actuación en los casos en los que se detecte o sospeche la existencia de una situación abusiva -**

Básicamente pueden **darse tres situaciones** y, en los tres supuestos, la persona que agrede puede ser otra persona con discapacidad o una persona sin discapacidad.

- ✓ **Situación 1. La persona profesional es testigo directo de la situación de agresión, abuso o acoso.** En tal supuesto, los **pasos** a seguir son los siguientes:
 - Separar inmediatamente a la persona agresora de la víctima.
 - Escuchar y mostrar apoyo a la víctima, teniendo cuidado de no dejarse llevar por las propias emociones. Es importante que la víctima se sienta apoyada y segura, hacerle ver que no es culpable de lo sucedido y que puede hablar acerca de lo ocurrido, si eso es lo que quiere o si cree que eso puede ayudarle.
 - Comunicar la situación a la dirección del servicio.
- ✓ **Situación 2. La persona con discapacidad comunica que ha sido víctima de una situación de agresión, abuso o acoso.**
 - En este caso, lo primero que debemos hacer es tratar de tranquilizarle, y garantizarle que vamos a actuar para que no se produzca ninguna situación similar en el futuro.
 - Como en el caso anterior, la persona profesional a quien se lo comunica debe escuchar y apoyar a la víctima, sin hacer juicios de valor. A continuación, debe comunicárselo a la dirección del servicio.

Qué hacer ante la revelación de una situación de agresión, abuso o acoso sexual

- Creer a la persona
- Conservar la calma
- Escuchar pacientemente
- Darle su tiempo
- Asegurarle que está haciendo lo correcto al contarlo



- Explicarle lo que va a ocurrir a continuación. Escribir cuanto antes lo que le ha contado, utilizando las palabras de la propia persona en la medida de lo posible

Qué NO hacer ante la revelación de una situación de agresión, abuso o acoso sexual

- Parecer sorprendido, disgustado, alarmado o enfadado
- Hacer comentarios o juicios de valor
- Hacer preguntas capciosas
- Prometer que se le va a guardar el secreto
- Asegurar soluciones concretas
- Hurgar en contenidos que son evidentes
- Enfrentarse al presunto abusador

✓ Situación 3. La persona profesional sospecha un posible caso de agresión, abuso o acoso sexual, pero ni lo ha presenciado, ni cuenta con ningún elemento tangible que pueda demostrarlo, ni se lo han comunicado.

- También en este caso, a pesar de las dudas, conviene ponerlo en conocimiento de la dirección del servicio, aunque deba hacerse con todas las cautelas y expresando con claridad cuáles han sido los elementos que le han llevado a sospechar de que una situación de abuso puede estar ocurriendo.

Existen **diversos indicadores**, tanto físicos como comportamentales, que nos pueden alertar sobre una situación de agresión, abuso o acoso:

- Dificultad para andar o sentarse
- Ropa interior rasgada, manchada o ensangrentada
- Heridas en los pechos
- Dolor o picor en la zona genital
- Contusiones o sangrados en los genitales externos, zona vaginal o anal
- Detección de una enfermedad venérea
- Cerviz o vulva hinchada o roja
- Semen en genitales o en la ropa
- Embarazo
- Infecciones urinarias repetidas sin causa orgánica o externa identificable
- Muestra una actitud de reserva o rechazo
- Tiene escasas relaciones con sus compañeros o compañeras
- No quiere cambiarse de ropa
- Comete acciones delictivas o se fuga
- Manifiesta conductas o conocimientos sexuales extraños, sofisticados o inusuales
- Comunica que ha sido atacado o atacada sexualmente



Las directrices y protocolos de actuación también deben indicar qué actuaciones corresponden a **la dirección del servicio**, una vez que tiene conocimiento de alguna de las tres situaciones anteriores.

Estas directrices deben, como mínimo, **incluir pautas de intervención en relación con las siguientes cuestiones:**

- ✓ **La aclaración de los hechos**, cuando se trate de sospechas. En función de las circunstancias y, en particular, del grado de certeza acerca de los hechos, puede convenir que, antes de poner la situación en conocimiento de la institución o de la fiscalía, requiera la colaboración de un o una profesional de la psicología, que sea capaz, mediante algunas entrevistas, de dilucidar o clarificar algunos elementos clave de la situación. Incluso en estos supuestos, la dirección deberá tomar determinadas medidas cautelares orientadas a la protección de la víctima.
- ✓ **La situación de la víctima**. Es indispensable que se adopten las medidas de intervención terapéutica más idóneas, con el fin de que la persona que ha sufrido la situación de abuso disponga de un contexto en el que poder comunicar sus temores, sus miedos, sus sentimientos y acceda a los apoyos que mejor se ajusten a sus necesidades.
- ✓ **La situación de la persona agresora:** cuando la persona presuntamente agresora sea una o un profesional, las directrices deben indicar cuándo debe aplicarse, con carácter cautelar, una suspensión en el ejercicio profesional, con el fin de prevenir cualquier otra posible situación de abuso mientras se clarifican los hechos y las responsabilidades.
- ✓ Cuando la persona presuntamente agresora **sea otra persona con discapacidad**, las directrices deben indicar qué medidas es posible adoptar para evitar posibles contactos, con el fin de prevenir cualquier otra posible situación de abuso mientras se clarifican los hechos y las responsabilidades.
- ✓ **La situación de la persona profesional que ha detectado y comunicado la situación**. Es importante adoptar medidas que muestren el apoyo de la dirección y la institución a la persona profesional que ha detectado la

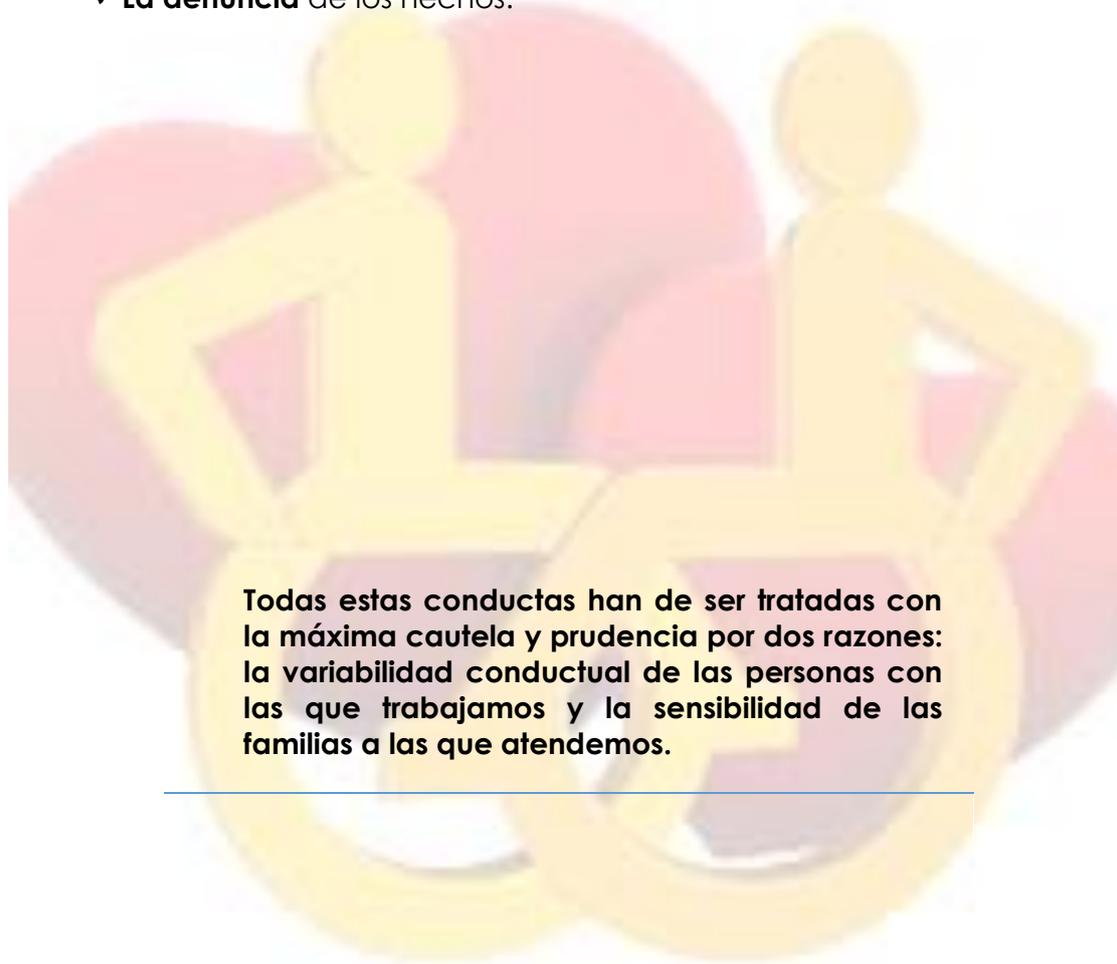


situación y que lo ha puesto en su conocimiento; es esencial también poner a su disposición los apoyos psicológicos que pueda requerir.

- ✓ **La comunicación** a la institución.

- ✓ **La comunicación**, en su caso, a la persona que ejerce la tutela o la patria potestad prorrogada.

- ✓ **La denuncia** de los hechos.



Todas estas conductas han de ser tratadas con la máxima cautela y prudencia por dos razones: la variabilidad conductual de las personas con las que trabajamos y la sensibilidad de las familias a las que atendemos.



APARTADO 7. ALGUNOS CASOS PRÁCTICOS

CASO 1.

Descripción.

Manolo tiene 17 años, y en bastantes ocasiones en las que participa en un taller o acude a sesiones de fisioterapia se le nota excitado y con una erección. A veces solicita ir al servicio para masturbarse.

Solución.

- Trabajar el autocontrol cognitivo para que aprenda a orientar su atención hacia estímulos y pensamientos que no le provoquen excitación sexual.
- Canalizar las conductas de masturbación hacia el ámbito privado.
- Los profesionales pondremos límites: interrumpiremos el trabajo con él y lo reanudaremos cuando centre de nuevo su atención exclusivamente en el trabajo.
- Definiremos de forma clara nuestro rol para evitar confusiones o expectativas irreales.



CASO 2.

Descripción.

María tiene 18 años. Se acerca y toca mucho a los chicos. Le cuesta mucho respetar un "no" y se pone "bruta" cuando se lo decimos. Dice que quiere ser madre y tener marido e hijos como sus hermanas. Su familia no le deja.

Solución.

- Trabajar la distancia personal.
- Respetar el "No".
- No alimentar expectativas irreales.
- Educar en prevención de abusos y riesgos.
- Compartir con la familia sus necesidades y deseos: ofrecer una respuesta lo más ajustada posible a su situación.



APARTADO 7.BIBLIOGRAFIA

López, F. (2011). Guía para el desarrollo de la afectividad y de la sexualidad de las personas con discapacidad intelectual. Junta de Castilla y León. López, F. (2006).

La educación sexual de las personas con discapacidad. Siglo Cero Revista Española sobre Discapacidad Intelectual, vol. 37, nº 217, pp. 5-22. López,

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

Manual Buenas Practicas: vivir mejor, afectividad y sexualidad. Diputación Foral de Álava.

