

**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**

**Dirección General de Personas
con Discapacidad**

ENTIDADES Y PERSONAS QUE HAN PARTICIPADO EN LA ELABORACIÓN DEL PRESENTE DOCUMENTO:

Coordinación:

Catalina Cobo Molina. Dirección General de Personas con discapacidad.
Consejería para la Igualdad y Bienestar social.

Participantes:

Alfonso A. Serrano Galán. FEPAMIC

Ana García Maldonado. ASPANDEM.

Ángela Cañestro Fernández. CANF-COCEMFE

Antonio Martín. Asociación ASAS

Áurea Bautista Dalama. FEAPS Andalucía

Carmen Vélez Mateos. CANF-COCEMFE

Domingo Collado Vallejo. AMAPPAGE

Estela Leal Gil. Fundación Andaluza de Servicios Sociales (FASS)

Inmaculada Marín Pérez de la Lastra. FEPAMIC

José Antonio Olmedo Jiménez. Asociación CEPER

Juan Antonio González Aguilar. APROSUB

Luis Javier Trillo. Federación Andaluza de Asociaciones Síndrome Down

Marco Parrado Román. Asociación Paz y Bien

Reyes Ortega Garzón. ATUREM

Rosa Álvarez Pérez. Federación Autismo Andalucía

1. Presentación	6
2. Justificación.....	8
2.1. Deficiente socialización sexual	9
2.2. Restringido acceso al universo de lo íntimo.....	10
3. Metodología, fases y calendario de trabajo	13
4. Marco teórico	15
4.1. Las personas con discapacidad y la sexualidad.....	17
5. La sexualidad como una acción transversal.....	22
5.1. Objetivo.....	22
5.2. Actuaciones del centro	24
5.2.1. Con las personas usuarias.	24
5.2.2. Con los representantes legales, en su caso.	27
5.2.3. Con el personal del centro.....	30
5.3. Indicadores de evaluación	31
6. Programas de formación.....	36
6.1. Objetivos.	37
6.2. Actuaciones.	40
6.2.1. Personas con discapacidad:.....	40
6.2.2. Profesionales o personal de atención directa.....	41
6.2.3. Familiares.....	43
6.3. Contenidos de las acciones formativas.	46
6.3.1. Con las personas usuarias de los centros.	46
6.3.2. Sobre los afectos y las relaciones interpersonales.	47
6.3.3. Sobre habilidades interpersonales.....	47
6.3.4. Sobre anatomía y fisiología sexual.....	48
6.3.5. Sobre reproducción.....	49
6.3.6. Sobre los abusos sexuales.	49
6.3.7. Sobre conductas sexuales.	49
6.3.8. Con las familias:.....	50
6.3.9. Con los/as profesionales:	52
6.4. Indicadores de evaluación	54
7. Las revisiones ginecológicas-urológicas.....	56

7.1. Objetivos	56
7.1.1. Salud preventiva.	56
7.1.2. Exploración ginecológica o urológica.....	57
7.1.3. Medidas anticonceptivas: servicio de ginecología	58
7.2. Actuaciones.	59
7.2.1. Salud preventiva.	59
7.2.2. Medidas anticonceptivas: servicio de ginecología.	60
7.3. Indicadores de evaluación	60
8. Las relaciones interpersonales en el centro.	62
8.1. Centros residenciales.....	62
8.2. Objetivo.....	63
8.3. Actuaciones	64
8.3.1. Personas capaces de decidir legalmente por sí mismas y que quieren disfrutar de su sexualidad.	64
8.3.2. Personas que no pueden decidir legalmente por sí mismas pero sí quieren disfrutar de su sexualidad.	65
8.3.3. Personas que no pueden decidir legalmente por sí mismas, pero no muestran conductas sexuales.	67
8.4. Gestión en el centro de conductas no ajustadas al contexto	67
8.4.1. Evaluación	69
8.4.2. Plan de intervención	71
8.4.3. Seguimiento y evaluación	72
8.4.4. Aspectos a considerar en la intervención:.....	73
8.5. Indicadores de evaluación	74
9. Prevención de abusos	75
9.1. Objetivo.....	76
9.2. Actuaciones.	76
9.2.1. Protocolo.....	78
9.3. Indicadores de evaluación.	79
10. Documentación de apoyo/anexos.....	81
Anexo 1: Derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y hombres con discapacidad	81
Qué son los derechos sexuales y reproductivos	81
Derechos sexuales y reproductivos de las personas con discapacidad	82
Declaración universal de los derechos sexuales.....	84
Anexo 2: Necesidades específicas de las personas con discapacidad con mayores necesidades de apoyo.....	86
Masturbación.	87
Menstruación o período.	92
Higiene personal.....	94

Conducta social.....	94
Anexo 3: Abusos	95
Factores que influyen en la posibilidad de abusos sobre las personas con discapacidad	95
¿Qué factores de riesgo contribuyen a la ocurrencia de abusos?	96
Señales de detección de abusos en personas con mayores necesidades de apoyo:.....	97
Perfil más frecuente de la persona que abusa	98
Posibles señales a buscar en una persona que abusa	99
¿Cuáles son los efectos del abuso en una persona con discapacidad?	100
¿Cómo puede prevenirse el abuso en las personas con discapacidad?.....	100
Anexo 4: Resumen de indicadores	101
Glosario (palabras clave).....	105
Bibliografía	106

1. Presentación

La Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con discapacidad supone la consagración del cambio de paradigma del enfoque de las políticas sobre discapacidad. Supera definitivamente la perspectiva asistencial para abordar una basada en los derechos humanos, pasando así a considerar a las personas con discapacidad plenamente como sujetos titulares de derechos y no como objetos sólo de tratamiento y protección social.

En este sentido, la Convención establece que sus demandas y necesidades deben ser cubiertas de forma que puedan alcanzar la igualdad de oportunidades con respecto al conjunto de la ciudadanía. Todas las personas tenemos los mismos derechos, pero para que estos derechos sean reales y efectivos esta Convención se hace eco de la diversidad, de las diferencias, de las intervenciones necesarias para que el ejercicio de esos derechos tengan una plasmación práctica.

Para ello establece como 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 y la aceptación de las personas con discapacidad como manifestación de la diversidad y la condición humana. En concreto, esta Convención obliga a los estados partes a respetar y asegurar el cuidado de la salud sexual y reproductiva de las personas con discapacidad

En esta línea, el II Plan de Acción Integral para las personas con discapacidad en Andalucía 2011-2013 se propone, entre otros objetivos, mejorar su calidad de vida así como mejorar la calidad de los servicios. A tal fin, se debe tener a la persona con discapacidad como eje central de nuestras actuaciones, a la que se deben prestar los apoyos individuales que sean precisos. Por lo que las necesidades afectivas y sexuales, el desarrollo personal y bienestar emocional de las personas usuarias de estos centros, adquiere una importante dimensión.

Con este 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, nos proponemos afrontar una realidad existente en los mismos que no ha sido abordada suficientemente, pero que sin duda forma parte de su vida diaria. Se trata, por tanto, de intentar apoyar en la resolución de las necesidades interpersonales a las personas residentes, en función de su discapacidad y de la posibilidad que tengan de tomar sus propias decisiones en esta materia, contando siempre con sus familias.

El protocolo será un instrumento para el trabajo en la red de centros financiados por la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social, centros integrados en el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, en los que pueden encontrarse personas con discapacidad y/o diferente grado y nivel de dependencia.

Desde el sistema de salud pública en Andalucía se están llevando a cabo esfuerzos por humanizar todos los servicios de atención, también a la salud sexual y reproductiva, escuchando la voz y las reivindicaciones concretas de grupos específicos, como las mujeres con discapacidad. Un ejemplo de ello es el Plan de Humanización de la Atención Perinatal y los servicios de información sobre salud sexual y reproductiva que están tratando de incorporar cuestiones específicas en relación con la contracepción y la prevención de infecciones de transmisión genital de las mujeres con discapacidad.

Sin duda, con este protocolo avanzamos en una mejor atención a las personas con discapacidad.

Micaela Navarro Garzón

Consejera para la Igualdad y Bienestar Social

2. Justificación

El desarrollo afectivo-sexual de las personas con discapacidad es, al igual que para el resto de las personas, fundamental en su desarrollo personal, su satisfacción, su salud, etc. Según la OMS, la sexualidad es una fuente de placer, salud, bienestar, comunicación y comprensión que genera en las personas actitudes positivas ante sí mismo y ante los demás. La sexualidad debe considerarse como 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.

A pesar del desarrollo de modelos de abordaje de la discapacidad en los que prima el respeto por “la persona” y de los avances en metodologías, técnicas y herramientas de intervención, una rápida revisión de la bibliografía denota que el abordaje de las cuestiones relacionadas con la sexualidad en personas con discapacidad y su entorno aún sigue siendo un tema tabú. No es infrecuente encontrar que a las personas con discapacidad se les niega o reprime el derecho al ejercicio de su propia sexualidad. Pese a que las actitudes hacia la sexualidad han ido cambiando y han posibilitado 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 como:

- La consideración de la sexualidad de forma exclusiva como genitalidad.
- La creencia de que las personas con discapacidad no tienen deseos y necesidades sexuales: son seres asexuados o “niñas y niños eternos”.
- La intervención sexual sólo despierta su sexualidad “dormida”.
- Las personas con discapacidad no resultan atractivas para otras personas.
- Las personas con discapacidad tienen una motivación sexual “incontrolada” y una importante falta de control de impulsos (hipersexualidad).
- Se subestiman las fantasías sexuales.
- 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.
- El uso de medios accesorios para el placer es pecaminoso o degradante.

- La masturbación es una enfermedad o un vicio.

El considerable peso que estos mitos o tópicos tienen aún en la sociedad, sobre las familias y los profesionales genera incertidumbres y temores. La consecuencia negativa es que este tipo de necesidades suele silenciarse, se considera peligrosa o innecesaria la formación sexual de las personas con discapacidad y por tanto, se evita y se reprime toda conducta en la que se aprecien connotaciones sexuales, limitando el pleno ejercicio de sus derechos.

Lejos de estos tópicos, es 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. Nuestra intervención debe promover ante todo, su felicidad, y el mayor desarrollo posible de sus capacidades y autonomía.

Pero ¿qué factores influyen en la consideración de la sexualidad de las personas con discapacidad como “especial”?

Desde un punto de vista del proceso de sexuación prenatal, las personas con discapacidad se diferencian entre sí y con las demás tanto como cualquier otra persona. El único aspecto común entre las personas con discapacidad son las dificultades para el aprendizaje. Pero en la sexuación y la sexualidad, el papel del aprendizaje es importante, aunque limitado. No hay particularidades eróticas en las personas con discapacidad, más allá de la diversidad de la erótica humana. Pero sí hay aspectos que impactan de forma importante en la sexualidad de estas personas:

- La deficiente socialización sexual y
- Las derivadas del restringido acceso a un universo íntimo propio.

2.1. Deficiente socialización sexual

Aquí el aprendizaje sí tiene un papel clave. Lo peculiar de las personas con discapacidad, además de su dificultad para aprender, es la restricción a la que se ven sometidas respecto a cualquier contenido de naturaleza sexual,

resultando que casi siempre, la socialización sexual es escasa, torpe y desde luego, nada o muy poco formalizada y elaborada.

Habitualmente, el objetivo ha sido protegerles de los peligros de lo sexual y para ello:

a) Se ha negado la propia naturaleza sexual de estas personas (para protegerles y protegernos) de una sexualidad “amenazante” que se asocia exclusivamente a peligro o miedo al embarazo.

b) 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. Finalmente, el resultado ha sido dificultar su desarrollo educativo, social, etc., y la aparición de conductas desajustadas.

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

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. Para evitar esta paradoja de que al protegerles les exponemos aún a más riesgos, la intervención apropiada sería promover un mayor conocimiento y manejo de las normas sociales mediante la educación y realizar un esfuerzo de inclusión y normalización en la sociedad.

2.2. Restringido acceso al universo de lo íntimo

El universo de lo íntimo nos es necesario a los humanos, también a las personas con discapacidad.

Ciertas personas con discapacidad tienen importantes dificultades de acceso a tiempos y espacios de absoluta 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 asumen este papel.

Si algo hay que haga peculiar la erótica de las personas con discapacidad es su escasez de intimidad. Si se carece de intimidad y toda su vida está sometida a un férreo control, sus posibilidades de acceso a un necesario espacio de privacidad y a la socialización se ve limitada de forma importante.

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

También hemos querido describir en este texto el manejo de conductas concretas que causan gran alarma y preocupación tanto entre los educadores como en la propia familia. Pero no queremos olvidar que el abordaje de estas conductas, que precisamente generan miedos y prejuicios sobre la sexualidad de las personas con discapacidad, debe ir enmarcado en un proyecto educativo que aborde la educación sexual de estas personas como una dimensión positiva y a desarrollar.

En resumen, la situación actual de “vacío” sobre estas materias supone que muchas de las personas con discapacidad no pueden cubrir adecuadamente estas necesidades, por causas variadas como:

- Dificultades para acceder a contextos de interacción social donde surgen de modo natural las relaciones afectivo-sexuales.
- Actitudes de sobreprotección, ausencia de espacios y tiempos privados.
- Falta de educación sexual y de modelos de observación. Mientras a los jóvenes sin discapacidad se ofrece cada vez una mayor información y formación, las personas que requerirían un mayor esfuerzo pedagógico no disponen de ella.
- Problemas relacionados con las habilidades interpersonales y sociales derivados de sus déficits cognitivos.

- Características de personalidad provenientes de la baja autoestima, de la dependencia de otras personas o de los problemas de conducta.
- Mayor vulnerabilidad a los abusos, al acoso y a la violación.

Y estas dificultades tienen sus consecuencias en las personas con discapacidad, que en ocasiones padecen:

- soledad emocional y baja autoestima
- soledad social y falta de oportunidades de relación.
- soledad sensorial por falta de vínculos de pareja y placer sexual.
- una sexualidad no satisfactoria o inadecuada.

La persona con discapacidad tiene derecho como cualquier otra a disfrutar de su sexualidad; y para ello necesita recibir educación sexual como cualquier otra persona. La discapacidad no se puede conformar en rasgo definitorio exclusivo de la persona, nunca puede definirla.

Finalmente, no hay reglas generales para el abordaje de estos aspectos. Al fin y al cabo, la sexualidad es un tema privado y como tal, cada caso debe abordarse en su complejidad individual. Tan sólo pretendemos introducir algunas sugerencias o líneas generales que permitan mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad que utilizan la red de centros creados, precisamente, para ello.

3. Metodología, fases y calendario de trabajo

Para la elaboración de estos protocolos¹, la Dirección General de Personas con Discapacidad ha utilizado una metodología participativa. Para ello ha convocado, a través de las Federaciones y/o Asociaciones que representan a las personas con discapacidad, a las y los profesionales que ellas designasen, para llevar a cabo este cometido.

Junto a las y los 14 profesionales propuestos por las Federaciones o Asociaciones, se contó con una persona experta en el modelo de calidad de la Dirección General de Personas con Discapacidad para los Centros de Atención a las personas con discapacidad.

La dirección del proceso ha estado a cargo de esta Dirección General, a través de una técnica que ha coordinado el proceso y moderado el trabajo de los grupos.

El grupo de técnicos y técnicas ha estado compuesto por 7 hombres y 7 mujeres, con distintos perfiles profesionales, siendo la mayoría psicólogos/as, provenientes de diferentes provincias de Andalucía. Ha sido mayoritaria la representación de profesionales de la discapacidad intelectual, ya que es en este sector, donde existe un mayor número de personas atendidas en Centros, tanto de día como residenciales. A ellos se unen representantes del sector de las personas con discapacidad física, con síndrome Down, con Autismo y con parálisis cerebral.

El trabajo se realizó a tres niveles: individual, grupal y virtual. Se organizaron 3 encuentros grupales, de una jornada completa. El resto de la tarea se

¹ Este protocolo se dirige a personas con discapacidad intelectual, trastornos del espectro autista y otras discapacidades con déficit cognitivos, pero para facilitar la lectura, a lo largo del documento haremos referencia a todas ellas, simplemente con la denominación de “personas con discapacidad”.

desarrolló en red mediante la configuración de un grupo de correo activo, durante todo el proceso de elaboración de los documentos.

El grupo general, para el desarrollo de cada protocolo, se subdividió en 3 subgrupos, uno por cada producto a diseñar². En alguna ocasión los profesionales rotaron por los subgrupos, para enriquecimiento de los mismos.

Durante las sesiones presenciales, se utilizó el 65% del tiempo para trabajo en grupo completo, a través de exposiciones, debates, aportaciones, etc.

El tiempo restante, se trabajó en salas independientes, por subgrupos formados por 4 ó 5 personas, cuyas propuestas consensuadas eran expuestas posteriormente al grupo completo.

Así, todas las personas componentes del grupo, han tenido dos funciones:

- Participación en la elaboración de un borrador de uno de los protocolos.
- Aportaciones específicas y valoración general de los otros productos.

² Paralelamente a este protocolo, se elaboraron otros dos documentos de apoyo para los Centros: Protocolo sobre relaciones interpersonales y sexualidad en personas con discapacidad física usuarias de Centros Residenciales y Protocolo de atención personalizada para personas con discapacidad usuarias de servicios residenciales y de atención diurna (PAP). Este incluye una guía de acogida.

4. Marco teórico

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2002) ha definido a la sexualidad como un aspecto central en la vida de los seres humanos. Basada en el sexo, incluye identidades y roles de género, orientación sexual, erotismo, placer, intimidad y reproducción. Se experimenta o se expresa en forma de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, roles y relaciones. Si bien la sexualidad abarca todas estas dimensiones, no todas ellas son siempre experimentadas o expresadas por las personas. La sexualidad es resultado de la interacción de factores biológicos, psicológicos, socioeconómicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos o espirituales.

La sexualidad es una dimensión inherente al ser humano, es por tanto inalienable e indivisible per se. Como tal, la WAS³ la concibe como parte integral de la personalidad, es decir, que nuestra personalidad se conforma, también, sexualmente.

La sexualidad es un componente esencial y constitutivo de los seres humanos. Desde el nacimiento hasta la muerte vivimos en un cuerpo sexuado, a través del cual percibimos, experimentamos, sentimos y nos relacionamos con nosotros mismos y con los demás. La sexualidad abarca a la persona en los aspectos biológicos, psicológicos, sexuales y emocionales, ayudando a construir su identidad como individuo.

Además, la sexualidad se define en el marco de un conjunto de normas, creencias y prácticas sociales que influyen poderosamente en las concepciones, en las actitudes y en las conductas que manifiesta cada persona, en su relación con los demás. Los factores culturales e históricos influyen decisivamente en nuestra forma de expresar la sexualidad, en los contextos a los que podemos acceder y en nuestro propio comportamiento. La

³ WAS: Asociación Mundial de Sexología

expresión de la sexualidad varía en función del género, de la edad, de la época y el lugar donde nos ha tocado vivir y de los modelos y creencias con las que hemos contado en nuestro desarrollo. Nuestras vivencias de la infancia, los vínculos afectivos que establecemos, los modelos en los que nos miramos, las experiencias con los iguales y la influencia de la sociedad, los medios de comunicación, la escuela, etc. influyen decisivamente en nuestra experiencia de la sexualidad.

Dentro de esta complejidad, debemos tener en cuenta tres realidades:

- A nivel biológico: sexuación.
- A nivel psicológico: sexualidad.
- A nivel social: erótica.

El proceso de **sexuación** se refiere a construirse como hombre o como mujer. Desde la fecundación, una serie de elementos estructurales a diferentes niveles (cromosómico, hormonal, gonadal, de asignación de sexo, crianza diferencial...) van configurando a la persona como hombre o mujer. Y de este proceso, cada persona resultará un ser único e irreplicable, puesto que hay muchas maneras de “estructurarse” como hombres y muchas maneras de hacerlo como mujer.

La **sexualidad** es la manera en que cada persona tiene de vivir “el hecho de ser sexuado”. Está compuesto por las vivencias personales, cómo nos vemos, sentimos y vivimos el ser sexuados. Es una categoría subjetiva y no hace referencia exclusivamente a planteamientos anatomofisiológicos, por lo que su principal característica es su pluralidad.

La **erótica** se refiere a la forma concreta de expresar lo anterior, lo que somos y lo que vivimos, con múltiples formas de expresión y que es personal y particular. Está influida por los valores y creencias, la forma de pensar y de entender las relaciones sexuales y las relaciones de pareja, los sentimientos y “los modus operandi” o la importancia de la relación de pareja. Con todo ello, surge una erótica propia e individual con la que la persona debe sentirse bien: los deseos, las fantasías, los gestos, las conductas, las caricias, el abrazarse, el coger de la mano, el coito... Y ese debe ser nuestro enfoque profesional: partir de las peculiaridades y vivencias personales, para que la persona se

sienta a gusto con su forma de expresar la sexualidad, evitando situaciones no deseadas (embarazos, enfermedades, violencias...) desde un enfoque positivo.

La sexualidad humana permite el desarrollo de tres funciones o dimensiones principales, íntimamente relacionadas pero también diferenciables:

- **Dimensión Relacional.** Hace referencia a todo lo que la sexualidad posee de interacción, de comunicación, de encuentro, de expresión de afecto, sentimientos y emociones: establecimiento de vínculos afectivos libres, intercambio y comunicación de afectos, deseos, fantasías.
- **Dimensión Recreativa.** Engloba todo lo que la sexualidad tiene de gratificante, de placentero, de fantasioso, de ilusión, etcétera: uso lúdico y recreativo de la sexualidad en libertad y respeto, derecho a la autoestimulación y al propio placer.
- **Dimensión Reproductiva.** Se refiere a todos los aspectos de la procreación, la dimensión de ser padres, etcétera

4.1. Las personas con discapacidad y la sexualidad

El cuerpo de las personas con discapacidad es sexuado y experimenta sensaciones, emociones, deseos, erotismo y placer; las personas con discapacidad pueden amar y ser amadas y experimentar una vida sexual satisfactoria. *“La capacidad de sentir, vivir, expresar y compartir sensaciones corporales, afecto y ternura, poco tiene que ver en principio con la edad, con determinadas lesiones, enfermedades o minusvalías. El sexo forma parte de nuestra vida y no tiene sentido escindirlo de ella”* (J.L. García, 2000). Como sociedad, nuestra obligación con ellas es respetar su derecho a la sexualidad, ofreciéndoles posibilidades de educación sexual para poder ejercerla y vivirla satisfactoriamente. El logro de la identidad pasa necesariamente por respetar y promover su apertura a los demás, su búsqueda de encuentro, comunicación y relación.

Como ya hemos comentado, durante mucho tiempo no se ha reconocido la sexualidad de la persona con discapacidad, lo que ha supuesto limitar esta dimensión de su personalidad, de su identidad, que conforma un vehículo de

dimensiones afectivas y psicológicas, que es una forma de estar en el mundo y de relacionarse con los otros.

Existiendo un amplio consenso en que desde el punto de vista de las necesidades fisiológicas y afectivas son personas iguales a las demás, con los condicionantes ya comentados previamente, podemos reseñar algunas características de la especificidad con que asumen la vivencia de la afectividad y sexualidad las personas con discapacidad (de Dios et. al, 2006; García et al., 2007; Godoy, 2007):

- Se caracterizan eminentemente por la espontaneidad, el juego y la realización, aunque presentan dificultades para discriminar conductas de riesgo, tanto para los demás como para sí mismos o mismas. Sus dificultades sociales, para comprender dobles intenciones y poner límites, las hace vulnerables.
- El tipo o grado de discapacidad influye de forma decisiva en su capacidad para comunicar intereses, determinar expectativas y configurar identidades singulares respecto de sí y de los otros y otras. Dentro de la discapacidad podemos encontrar muchas diferencias en las capacidades de analizar situaciones y, sobre todo, en la comunicación. Abordamos una amplia variedad de necesidades de apoyo en lo relativo a habilidades de autonomía, en autodeterminación de organización de proyectos vitales y de habilidades sociales y relacionales.
- Precisamente, las relaciones interpersonales, así como las pautas de convivencia cotidiana, serán de una variadísima expresión, dependiendo básicamente, de los apoyos recibidos.
- Aunque no tiene porqué verse afectada en estas personas la necesidad de tener experiencias sociales basadas en vínculos significativos (afectivos y sexuales), sí que podemos encontrar importantes limitaciones en las posibilidades reales de establecer relaciones sociales complejas, la capacidad de gestión de la propia identidad y la del otro o la planificación de secuencias de acción apropiadas.
- Pero también, muchas personas con discapacidad tienen muy buenas capacidades, demandan información y aprovechan de forma extraordinaria el aprendizaje de comportamientos adecuados y de medidas de autoprotección.

- Desde su infancia muchas personas con discapacidad tienden a ser más desinhibidos/as en la forma de iniciar y llevar a cabo la exploración del cuerpo. Además, experimentan con mucha ‘normalidad’ la aparición y maduración del interés sexual. La naturalidad es más característica en su experiencia erótica o amorosa que desde conceptos establecidos socialmente como conductas apropiadas.
- En general, suelen tener oportunidades de socialización mucho más escasas y sus contactos sociales son reducidos, por lo que disponen de menos oportunidades para observar, desarrollar y practicar habilidades sociales, especialmente en la adolescencia.
- Debido a sus dificultades comunicativas se “pierden” con frecuencia información valiosa, sutiles mensajes, verbales y no verbales, de la relación entre sus pares, en la televisión y en la escuela.
- Pueden tener dificultades para tomar decisiones y para pensar de un modo realista sobre las situaciones, y a veces no poseen las habilidades sociales necesarias para solucionar las situaciones que viven en este aspecto. Además, su nivel de lectura y comprensión puede limitarles el acceso a material impreso o de calidad.
- En general tienden a ser más sobreprotegidas e infantilizadas por las personas que las rodean, lo que les dificulta el desarrollo de conductas autónomas dependiendo en mayor grado de los demás para atender sus necesidades básicas, encontrándose expuestas a un número mayor de cuidados que las demás personas.
- En ocasiones, las propias familias prolongan la dependencia hacia ellas de sus hijos o hijas con discapacidad, lo cual influye negativamente en el logro de un comportamiento más adaptativo y autónomo en el medio externo a la familia.
- No podemos olvidar que para ciertas personas con mayores necesidades de apoyo, aquellas que tienen más dificultades para integrar la información, la sexualidad es también una necesidad que puede consistir exclusivamente en la autoestimulación, en lugar de basarse en los componentes sociales asociados al concepto general de la mayoría de la población, y que podemos encontrar dificultades para determinar los lugares y oportunidades en los que pueden realizarse ciertas conductas.

Pero no son las dificultades intelectuales o sociales los únicos condicionantes que facilitan o limitan que las personas con discapacidad puedan vivir su sexualidad de manera sana, adecuada socialmente y plena, sino que los apoyos ofrecidos por su entorno tendrán una importancia decisiva.

Por todo ello, es necesario desarrollar programas de Educación Sexual desde temprana edad que pueda contribuir a que niños, niñas y jóvenes con discapacidad sean capaces de: reconocer sus estados de ánimo, aprender la manera de relacionarse con los demás, conocer su cuerpo, comprender los cambios que experimentan en él, etc. Por medio de ella, podrían lograr un desarrollo más equilibrado y disponer de mejores herramientas para vivir plenamente su sexualidad, evitando situaciones de riesgo para su salud física o mental, así como para la de los demás, contribuir a que puedan disfrutar de su sexualidad, así como a evitar los embarazos no deseados, la transmisión de infecciones y otros problemas no deseados. En suma, el objetivo de la Educación Sexual no es otro que el contribuir a que estas personas aprendan a conocerse, a aceptarse y a expresar su erótica de modo que se sientan felices.

Como señalara el Informe Final de la Comisión de Evaluación y Recomendaciones sobre Educación Sexual (Mineduc, 2005), “la educación sexual no sólo es un derecho de todo ser humano, sino que es un deber ineludible de la familia, la escuela y la sociedad en su conjunto. Cada una, desde su especificidad, debe velar para que (todos y todas) los y las estudiantes cuenten con la oportunidad de desarrollar esta dimensión fundamental de su persona de una manera natural y pertinente”

Y para que esta educación sexual sea una realidad adecuada y útil, debemos hacer una consideración sobre las actitudes. Podríamos definir la actitud, como un estado de disposición mental organizado a través de la experiencia y que ejerce una influencia directa o dinámica sobre la respuesta del sujeto. (Allport, SD). Las actitudes permiten expresar y transmitir sistemas normativos en la sociedad, y con ello, la adaptación a un grupo social. Por ello, en nuestro papel como formadores en sexualidad, deberemos:

- Analizar las que existen en la sociedad: porque van a facilitar o dificultar la inclusión social.
- Las que nosotros mismos, como formadores, mostramos hacia este tema: porque incidirán en la intervención educativa de modo más decisivo que los propios conocimientos.

Frente a las actitudes basadas en visiones negativas que ya hemos expuesto, proponemos otras como:

- La búsqueda de la comprensión del fenómeno, información y formación en el mismo: no normativizar ni patologizar.
- La empatía a las diferentes manifestaciones existentes de este fenómeno. La búsqueda de conciliación de posturas desde el respeto profundo a las mismas.

Recordamos por tanto, que las personas con discapacidad, como el resto, no pueden dejar de ser seres sexuados, que el Hecho Sexual Humano tiene tres dimensiones esenciales que tienen que ver con lo que somos, con cómo nos vivimos y con lo que hacemos, que la función del sexo es la afinidad por el encuentro y que el hacernos hombres o mujeres es fruto de un proceso a lo largo de la vida, un proceso individual y biográfico. Las personas con discapacidad, por las mismas dificultades que acarrea su discapacidad, necesitan más que nadie el derecho a ser apoyadas y acompañadas para transitar armónicamente su desarrollo en este ámbito.

5. La sexualidad como una acción transversal

5.1. Objetivo

La sexualidad de las personas con discapacidad en los centros residenciales debe responder a un modelo de intervención que parta del conocimiento individualizado de la persona, incluyendo para ello el contexto que la rodea: su edad, su familia, su situación laboral y formativa y que ofrezca a la persona la posibilidad de desarrollar plenamente su relación con otras personas y su vida sexual si así lo desea.

A pesar de que este protocolo focalice su atención en los centros, consideramos importante destacar que la intervención en sexualidad debe ser un proceso que abarque todo el ciclo vital de la persona. La educación sexual debería, pues, estar incluida en el currículo dentro de la educación para la salud, entendida esta última como bienestar físico, pero también como equilibrio afectivo y emocional, en un medio social saludable. Así, la salud no se define sólo por la ausencia de enfermedad, sino por todo un conjunto de actitudes y capacidades que son objeto de la educación y previenen, debidamente desarrolladas, tanto accidentes corporales, como desajustes de la personalidad, y que adquieren todo su significado en relación con la autoestima de los individuos, su autonomía y su capacidad de toma de decisiones (Llanderas y Mández s.d.).

En este marco, la "Educación para la sexualidad y la afectividad" cobra especial relevancia en el concepto de salud, porque sexualidad supone aceptación de una misma o uno mismo, mejora la autoestima y facilita relaciones saludables con los demás. Incluirá así contenidos como la afectividad como elemento saludable, la inteligencia emocional, el desarrollo saludable de la personalidad, conocer y apreciar el propio cuerpo en sus posibilidades y limitaciones para afianzar hábitos autónomos de cuidado y salud personales, y de respeto y solidaridad con la salud de los otros, interiorizar y vivir la realidad sexual como un medio de relación y

comunicación interpersonal gratificante y saludable, tanto física, como afectiva, emocional y socialmente, reforzar la autonomía y la autoestima como realidades personales básicas en la construcción de un proyecto de vida saludable, elaborar e interiorizar normas básicas de salud: higiene, alimentación, cuidado corporal, etc... Se ajustarán estos objetivos a cada etapa evolutiva (desde conocer nuestro cuerpo, a la higiene personal, cambios corporales, capacidad reproductiva, etc.) y su carácter debe ser esencialmente democrático, respetando las libertades personales que tanta importancia cobran en el apartado sexual: el respeto a la "opción sexual" que cada individuo decide para sí mismo/a siempre que su conducta no "violente físicamente" otras individualidades, o ponga en grave riesgo el bienestar de terceras personas.

Iniciando la formación sexual de los niños y niñas cuando son pequeños, ofreciéndoles información en torno a las experiencias que van viviendo cotidianamente relacionadas con su sexualidad (en el baño, su cuerpo desnudo o el de otros u otras, en el aprendizaje de conductas cooperativas, etc.), se estarán sentando las bases sobre las que construir con posterioridad, paulatinamente, las nociones y conceptos sobre sexualidad más avanzados que necesitarán al llegar a su madurez sexual. Así, partiendo de estas primeras enseñanzas y durante todo su desarrollo se podrá ir complementando este aprendizaje, agregando conceptos, reiterando los ya incluidos, reforzando y ayudando a poner en práctica, apoyando la generalización a diferentes situaciones, es decir, aportándoles los recursos y herramientas que necesitan para adquirir la mayor autonomía posible que permita su grado de discapacidad, para vivir su sexualidad de manera saludable y armónica en el entorno en que vive.

5.2. Actuaciones del centro

Centrados ya en el tema que nos ocupa, las principales líneas de intervención en el centro pueden detallarse según las personas destinatarias:

5.2.1. Con las personas usuarias.

Una de las principales consideraciones a tener en cuenta es que el centro debe tener una política clara sobre la sexualidad de la que será informada la persona con discapacidad y su familia o su representante legal. En función de la capacidad legal de decisión de la persona, el mayor peso del procedimiento recaerá sobre la persona o sobre su representante legal. Los aspectos relativos a cuestiones legales se desarrollan en siguientes apartados, por lo que aquí nos centraremos en los que se refieren a la propia persona con discapacidad. Una de las primeras reflexiones para diseñar esta política debe ser nuestra visión sobre las propias personas con discapacidad.

En general, la vida de estas personas en un centro, al intentar protegerles y ofrecerles una buena atención suele desarrollarse en un entorno público, de vigilancia permanente con escaso o nulo espacio para la intimidad. Si no existe tiempo ni espacio privado para estas personas, difícilmente existirán conductas que se desarrollen en el ámbito íntimo (que no existe), y todas las conductas se desarrollarán en la esfera pública (sometida siempre a protección y a vigilancia).

Puesto que su experiencia será siempre limitada, así como su acceso a una socialización adecuada (que ofrezca pautas y normas sociales sobre cómo resolver las pulsiones privadas en nuestra sociedad), terminan surgiendo conflictos. Esto genera un ciclo sin fin: para protegerles de los peligros del sexo, terminamos promoviendo una sexualidad desajustada.

Históricamente y hasta hoy, al considerar a las personas con discapacidad se ha puesto más el énfasis en la discapacidad que en la persona, más en las limitaciones que en las capacidades o potencialidades. E igualmente, por supuesto, ha ocurrido al referirnos a su sexualidad: falta de atractivo, indefensión, incapacidad para tener pareja, etc. Todo ello ha supuesto que

muchos de los planteamientos desarrollados hasta ahora se han centrado en lo que no podían hacer, en lugar de ofrecerles herramientas para el logro de su felicidad.

Esto ha sido especialmente manifiesto en el caso de las personas con discapacidad, consideradas carentes de capacidad de decisión o voluntad, y por tanto, sujetos pasivos. Por tanto, en su sexualidad se prioriza su potencial carácter de víctimas de abusos, frente a la posibilidad de que puedan tener relaciones sexuales consentidas, deseadas y satisfactorias

Esto genera una necesidad de protección de estas personas por parte de su entorno, no sólo de los abusos, de embarazos, de desilusiones amorosas... Pero esta protección, en muchas ocasiones, impide a la persona con discapacidad vivir su propia vida y aprender de la experiencia, se convierte en una sobreprotección basada exclusivamente en sus dificultades para superar diversas situaciones. En estos casos puede que seamos nosotros mismos y nosotras mismas quienes estemos haciéndoles diferentes, pese a que en otros ámbitos estemos luchando por su inclusión, porque ¿quién de nosotros no ha sufrido un desengaño amoroso? ¿y no merece la pena enamorarse? ¿no puede ser que por protegerles estemos negándole también todo aquello que hace que nuestras vidas merezcan la pena ser vividas?

La sociedad en general debe cambiar su visión sobre la discapacidad. Debemos considerar de otra forma a las personas con discapacidad en general, pero especialmente a las personas con discapacidad intelectual, pensando más en sus capacidades y potencialidades y en cómo ayudarles a desarrollarlas. Y en la sexualidad eso supone favorecer espacios, tiempo y formas para que puedan expresarse, para que puedan encontrarse, etc. Para ello el centro:

a) Informará en la fase de acogida a las personas usuarias de las características y normas del centro en materia de relaciones interpersonales, recabando el consentimiento escrito de la familia o representantes legales de aquellas personas que no tengan capacidad legal de decisión.

b) Desarrollará programas de educación sexual adecuados y adaptados a las distintas necesidades derivadas de la discapacidad y destinados, tanto en común como por separado, a personas con discapacidad y representantes legales, en su caso. Se incorporarán programas específicos para familiares de personas que no tienen capacidad legal de decisión.

c) Se propiciará el respeto de la intimidad y la privacidad del cuerpo en actividades de higiene y sanitarias.

d) Se garantizará la libre vestimenta de las personas residentes en función de sus gustos y preferencias, incluida la ropa de cama, siempre y cuando no atenten con las normas sociales de decoro así como el libre uso de maquillaje, peinados o elementos decorativos del cuerpo.

e) El contar con habitaciones individuales en los centros residenciales posibilita a la persona la posibilidad de contar con momentos y espacios de intimidad.

f) El centro facilitará 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.

g) Las personas contarán con espacio para disfrutar de su intimidad según las circunstancias y considerando la situación legal pertinente. Debe ofrecerse una respuesta personalizada según las diferentes situaciones individuales: por ello, (si procede y con los fundamentos legales pertinentes) debe considerarse en la distribución de habitaciones la posibilidad de disponer de habitaciones individuales y dobles en función de preferencias y vínculos afectivos, respetando la libre orientación sexual o bien la libre entrada y salida del centro de las personas con discapacidad para la realización de cuantas actividades deseen desarrollar, dentro de las normas de convivencia establecidas en el reglamento de régimen interno del centro.

h) El centro facilitará, dentro del mismo, el uso de medios materiales que permitan a las personas que así lo desean el disfrute de su sexualidad. Además, el centro dispondrá de un buzón/ espacio de sugerencias, dudas y peticiones anónimas relacionadas con la sexualidad para su gestión y resolución democrática.

i) Desarrollo de programas de educación sexual adecuados y adaptados a los distintos tipos de discapacidad y necesidades de apoyo.

j) Facilitar la consulta y el acceso a especialistas.

5.2.2. Con los representantes legales, en su caso.

Por las consideraciones ya comentadas en relación a las personas con discapacidad, es fácil comprender el gran protagonismo que tienen los representantes legales y el propio personal del centro, tanto en la toma de decisiones, como en la prestación de educación, información y formación a las personas con discapacidad, siendo en algunos casos inexistente la participación de otros agentes. Es muy frecuente que la vida de la persona con discapacidad transcurra del centro al domicilio y del domicilio al centro, por lo que la única vía para lograr el éxito es conseguir la participación de la familia y los profesionales.

Por lo tanto, estos dos agentes deben colaborar y coordinarse en la atención de estas personas, tanto para la promoción de su autonomía como para, en definitiva, la búsqueda de su felicidad. Esta coordinación debe traducirse en establecer una estrategia de intervención en conjunto con la familia, consensuando medidas a tomar y acordando la forma de intervención en el centro y en el hogar mediante objetivos y compromisos de responsabilidad.

No será infrecuente encontrarnos dificultades de comunicación o diferencias de criterio, desavenencias en las posturas a tomar o en los planteamientos que deben guiarnos, pero precisamente por eso, será clave buscar el acuerdo. Este acuerdo debe ser un contrato que nos ate, pero que, lejos de enlentecer la intervención, facilite tanto visibilizar la sexualidad de estas personas como la implicación de todas las partes en su abordaje: una intervención que vaya en contra de los planteamientos de la familia logrará peores resultados que intervenciones que puedan parecer menos avanzadas pero que se apliquen conjuntamente entre la familia y el centro. Pese a que logremos tan sólo un acuerdo de mínimos, al menos abre canales de comunicación, implica a la familia, se realizará un seguimiento de las intervenciones que puede mostrarles la eficacia y abrir nuevas posibilidades. Además, eliminará miedos de la familia, ya que saben que no se intervendrá sin su consentimiento y que participarán en todo el proceso.

Por tanto, a través de estos canales de comunicación estableceremos objetivos compartidos, pactos sobre la intervención, corresponsabilización con tareas del centro y la familia, un mecanismo de evaluación y un programa de seguimiento conjunto, lo que nos permitirá ir ajustando nuestros objetivos e intervenciones de forma progresiva.

Para ello, puede ser necesario intervenir junto con la familia sobre sus actitudes, miedos, dudas, etc. siempre desde el respeto, sin juzgar a la familia. Este proceso de reflexión debe partir de la confianza con los profesionales y el objetivo común de la mejora de la calidad de vida de la persona con discapacidad. Es importante ponernos en el lugar de la familia y no juzgar ni criticar sus actitudes o comportamientos, evitando la confrontación, que sólo conduce a mantener las posturas iniciales y finalmente al fracaso. No debemos precipitarnos en el logro de este “contrato” que debe surgir de un proceso de reflexión: debemos respetar los tiempos que cada persona pueda requerir para reflexionar o para detener el proceso, estando siempre dispuestos a retomar las conversaciones. Debemos ser conscientes que nos necesitamos mutuamente y sobre todo, la persona con discapacidad nos necesita, para lograr sus objetivos.

Este acuerdo es especialmente importante en el caso de la intervención ante conductas no ajustadas al contexto. Si aparecen estas conductas deben estar en conocimiento del centro y de la familia y así la intervención se planteará en ambos ámbitos para que sea consistente, se generalice y se maximicen las posibilidades de éxito.

Aspectos que cobran especial importancia para establecer la comunicación con la familia son los siguientes:

- Obtener información previa de la familia para preparar la entrevista.
- Abordar el tema con naturalidad, comunicando claramente lo que queremos decir. No juzgar actitudes. No tener prisa.
- Debemos escuchar a la familia y que se sientan escuchados, reconocer sus emociones y las expectativas con las que acuden a la reunión. En base a sus ideas, responderemos para eliminar sus miedos. De hecho, en todo momento debe quedar claro que la intervención que se haga se realizará de común acuerdo con la familia.
- Para salvar desencuentros, la principal idea de la reunión será la mejora de la calidad de vida de la persona con discapacidad.

- El proceso debe plantearse de forma progresiva y gradual, no pretendiendo resolver todo en un único encuentro. Puede que necesiten tiempo para aceptar la situación, y para replantearse creencias, sentimientos, etc.
- El objetivo de la entrevista es establecer un plan de acción. Contando con la situación y las expectativas de la familia plantearemos una propuesta de intervención. Trataremos de llegar a un consenso, ajustándonos a los planteamientos de la familia y a sus reacciones ante la misma. Debemos incluir el diseño de un plan de seguimiento conjunto del proceso, y las próximas reuniones a desarrollar.

Por lo tanto, el centro debe:

- a) Informar en la fase de acogida a los y las representantes legales de las personas usuarias de las características y normas del centro en materia de sexualidad.
- b) Desde el centro a la familia y viceversa debe fluir la información sobre conductas sexuales de las personas usuarias, así como de posibles conductas no ajustadas al contexto.
- c) Dentro del programa individual de intervención se plantearán contenidos relativos a la sexualidad de la persona con discapacidad con su participación y la de sus tutores legales, si procede.
- d) Se mantendrá un contacto permanente con la familia, y se establecerán acuerdos de intervención, para los que siempre se informará a los representantes legales de la persona.
- e) Desarrollo de programas de educación sexual específicos para familiares de las personas que no tengan capacidad legal de decisión.

5.2.3. Con el personal del centro.

El otro componente esencial en la intervención serán los profesionales.

En general, debemos ser conscientes de que es imposible no realizar educación sexual en los centros: si decidimos no hablar sobre el tema o prohibir sus manifestaciones en el centro, estamos haciendo educación sexual, pero transmitiendo que la sexualidad es algo negativo y oscuro, etc. Tampoco podemos evitar ser modelos que transmiten actitudes.

Por tanto, debe abrirse un debate en el centro, decidir el modelo que queremos transmitir y posteriormente cómo hacerlo, cómo diseñar el programa, las actitudes, valores y conocimientos a transmitir, etc.

Precisamente, respecto a la transmisión de valores y actitudes, los profesionales del centro cuentan con formación para la educación en valores, que es clave para la educación sexual. También tienen una valiosísima experiencia en el trabajo con muchas y diferentes personas con discapacidad, frente a la experiencia personal e individual de la familia y pueden analizar y plantear los temas con una adecuada distancia emocional, imprescindible para tener un adecuado acercamiento. Esto implica que el abordaje debe realizarse desde la distancia de una relación estrictamente profesional.

A través de años de relación, los profesionales disfrutan de una relación privilegiada con las familias y las propias personas con discapacidad, que facilita el logro de acuerdos y además saben cómo los usuarios y usuarias del centro se relacionan entre sí, lo que resulta fundamental para abordar la sexualidad.

Pero como profesionales, además de conocer la importancia de su papel, deben considerar el de las familias o tutores legales, ajustando sus expectativas a las de aquellos, sin invadir sus competencias, sino buscando la negociación, el consenso y la aceptación. Para ello, el profesional debe tratar

de entender sus motivaciones reales y desarrollar una función de motor que provoque el avance conjunto de todos los implicados e implicadas.

Debe también considerarse que la sociedad en general aún no acepta que las personas con discapacidad son seres sexuados y tienen derecho a disfrutar de su sexualidad, pese a que nosotros tengamos unas ideas claras sobre sus potencialidades y capacidades. Por lo tanto, puede que estas personas sigan sin contar con posibilidades reales de expresión de su sexualidad, pero pese a todo, nuestra aportación influirá decisivamente en el cambio de visión colectiva que lentamente, va teniendo lugar en la sociedad. La educación sexual desactiva miedos, se desculpabiliza a las personas con discapacidad por sentir y también a las familias. Se reconoce que son personas sexuadas, se fomenta la distinción entre lo público y lo privado, se prioriza la autonomía frente a la sobreprotección y con ello las posibilidades de desarrollo personal.

El centro debe tomar las siguientes medidas en relación a los profesionales:

- a) Desarrollo de programas de educación sexual dirigidos, tanto al personal de atención directa, como al personal de administración del centro.
- b) Proporcionar a los profesionales formación e información específica, acceso a material, asesoramiento legal y pautas de intervención escritas.
- c) Tener en cuenta los aspectos éticos y morales de los profesionales al aplicar programas de intervención en las personas con mayores necesidades de apoyo.

5.3. Indicadores de evaluación

Criterio: se deberá informar en la fase de acogida a las personas usuarias de las características y normas del centro en materia de relaciones interpersonales.

- **Indicador:** % de personas usuarias informadas en la fase de acogida sobre características y normas del centro en materia de relaciones interpersonales.

Fórmula: $(\text{n}^\circ \text{ de personas informadas en la fase de acogida sobre características y normas del centro en materia de relaciones interpersonales} / \text{n}^\circ \text{ total de personas usuarias}) \times 100$

Estándar: 100%

Criterio: se desarrollarán programas de educación sexual adecuados y adaptados a los distintos tipos de discapacidad.

- **Indicador:** n° de programas de educación sexual puestos en marcha

Fórmula: n° de programas anuales

Estándar: ≥ 1

Criterio: las personas usuarias deben poder expresar las sugerencias y/o quejas respecto a las respuestas dadas por el centro a sus necesidades relacionadas con su sexualidad y que les sean resueltas o contestadas de forma satisfactoria en un tiempo adecuado

- **Indicador:** se dispone de un espacio de sugerencias, dudas y peticiones anónimas relacionadas con la sexualidad

Fórmula: sí/no

Estándar: sí

- **Indicador:** % de quejas y/o sugerencias relacionadas con la sexualidad recibidas en el centro por personas usuarias respecto al total de quejas y/o sugerencias recibidas

Fórmula: $(\text{n}^\circ \text{ de quejas y sugerencias recibidas en el centro en el plazo de seis meses} / \text{n}^\circ \text{ total de quejas y sugerencias recibidas}) \times 100$

Estándar: <10%

- Indicador: % de quejas y/o sugerencias respondidas respecto del total de quejas recibidas relacionadas con la sexualidad

Fórmula: $(\text{n}^\circ \text{ de quejas y sugerencias respondidas en el centro en el plazo de seis meses} / \text{n}^\circ \text{ total de quejas y sugerencias recibidas relacionadas con la sexualidad}) \times 100$

Estándar: 100%

- Indicador: % de quejas y/o sugerencias resueltas respecto del total de quejas recibidas relacionadas con la sexualidad

Fórmula: $(\text{n}^\circ \text{ de quejas y sugerencias resueltas en el centro en el plazo de seis meses} / \text{n}^\circ \text{ total de quejas y sugerencias recibidas relacionadas con la sexualidad}) \times 100$

Estándar: <60%

- Indicador: grado de satisfacción de la persona con la resolución de la queja o sugerencia relacionada con la sexualidad

Fórmula: nivel de satisfacción de la persona en relación con una queja o sugerencia propuesta al centro, a los seis meses (la fórmula dependerá del instrumento de medida)

Estándar: <70%

- Indicador: tiempo medio empleado en la respuesta a la queja o sugerencia

Fórmula: $\text{Suma}(\text{fecha de la respuesta al usuario/a} - \text{fecha de la recepción de la queja o sugerencia}) / \text{n}^\circ \text{ total de quejas y sugerencia recibidas en seis meses}$

Estándar: <10 días

Criterio: el centro debe disponer de un número suficiente de espacios adecuados que favorezcan la intimidad de las personas usuarias.

- Indicador: existencia de espacios habilitados en el centro para que las personas usuarias puedan desarrollar sus relaciones interpersonales e íntimas.

Fórmula: sí /no

Estándar: sí

Criterio: el centro deberá facilitar a la persona usuaria el acceso a revisiones y consultas al especialista al menos anualmente.

- Indicador: % de personas usuarias que han visitado al especialista al menos una vez en los últimos 12 meses

Fórmula: $(n^{\circ} \text{ de personas usuarias que han visitado al especialista al menos una vez en los últimos 12 meses} / n^{\circ} \text{ total de residentes}) \times 100$

Estándar: 100%

Criterio: deben desarrollarse programas de educación sexual adecuados y adaptados a los distintos tipos de discapacidad y destinados, tanto en común como por separado, a residentes, personal de atención y personal de administración del centro.

- Indicador: n° de programas de educación sexual adecuados y adaptados a los distintos tipos de discapacidad destinados a residentes

Fórmula: n° de programas puestos en marcha

Estándar: ≥ 1

- Indicador: nº de programas de educación sexual adecuados y adaptados a los distintos tipos de discapacidad destinados al personal de atención directa

Fórmula: nº de programas puestos en marcha

Estándar: ≥ 1

- Indicador: nº de programas de educación sexual adecuados y adaptados a los distintos tipos de discapacidad destinados a personal de administración del centro.

Fórmula: nº de programas puestos en marcha

Estándar: ≥ 1

Criterio: se debe proporcionar a los y las profesionales formación e información específica, acceso a material, asesoramiento legal y pautas de intervención escritas.

- Indicador: % de profesionales que han recibido formación e información específica, acceso a material, asesoramiento legal y pautas de intervención escritas.

Fórmula: $(\text{n}^\circ \text{ de profesionales que han recibido formación e información específica, acceso a material, asesoramiento legal y pautas de intervención escritas} / \text{n}^\circ \text{ total de profesionales}) \times 100$

Estándar: 100%

6. Programas de formación

El objetivo de la educación sexual no es otro que ayudar a que hombres y mujeres se conozcan como hombres y como mujeres, se acepten como tal y aprendan a expresar su erótica de forma que se sientan y vivan con felicidad y satisfacción.

Las personas con discapacidad no tienen que aprender una sexualidad diferente, sino recibir información, adaptada a su capacidad de comprensión sobre el desarrollo sexual, la comprensión de su cuerpo, el respeto, la responsabilidad, el placer erótico, los afectos, etc. y no limitarnos sólo a reforzar o inhibir determinadas conductas. Sus particularidades suponen que habrá que adaptar los contenidos y proporcionarles las herramientas necesarias desde el respeto y la comprensión hacia sus necesidades educativas especiales en el aprendizaje de su sexualidad.

La gama de expresiones de la sexualidad de las personas con discapacidad será tan amplia como en el resto: algunas mostrarán poco o ningún interés en la satisfacción erótica, otras buscarán placer erótico a través de la masturbación, y otras en cambio, tendrán necesidad de compartir la experiencia erótica con otra persona. Tan negativa como la negación o la prohibición absoluta de la sexualidad será la imposición de determinados comportamientos sexuales como si fuesen obligatorios. Por ello, deberemos considerar en nuestra respuesta educativa:

- El proceso de aprendizaje: a través de estrategias didácticas individualizadas, enseñanza explícita de contenidos que otras personas aprenden implícitamente, mayor número de ejemplos, prácticas, ensayos..., secuenciación de objetivos y contenidos en pasos más pequeños, etc. Además, debe tenerse en cuenta que su ritmo de aprendizaje puede ser más lento, que pueden tener dificultades de abstracción y de generalización de aprendizajes, que se debe entrenar su atención y memoria, que pueden existir problemas comunicativos que será

necesario adaptar y que la enseñanza a cada uno de ellos y ellas debe ser individualizada y debe basarse en una sistemática evaluación.

- El desarrollo afectivo-sexual: será en líneas generales el mismo que el de las personas sin discapacidad, aunque su progreso puede ser más lento y permanecer más tiempo en cada etapa.
 - Como personas sexuadas tienen intereses, apetencias y deseos, necesidad de vínculos afectivos incondicionales, de poseer una red de contactos sociales, capacidad de enamorarse, de sentirse atraídas y de ser atractivas para otras personas. Además, como el resto, su cuerpo tiene capacidad de sentir y de excitarse.
 - Como particularidades, las personas con discapacidad suelen ser muy explícitas en la expresión de sus necesidades afectivas y también son personas con menos conciencia de riesgos y más dificultades para llevar a cabo prácticas sexuales seguras, que las protejan de otros riesgos, además del embarazo no deseado.

Nuestra legislación apuesta por la integración de las personas con discapacidad y defiende la necesidad de educar para la vida a través de los contenidos denominados transversales, y la sexualidad es importante y necesaria para el desarrollo psicosexual de todas las personas, incluidas aquellas con discapacidad.

6.1. Objetivos.

Aún cuando las necesidades educativas en materia de sexualidad son universales, los objetivos, contenidos y actividades han de ajustarse a los aspectos anteriormente mencionados y desarrollarse con las adaptaciones oportunas a los distintos tipos y grados de discapacidad. Con carácter general el objetivo es la vivencia positiva del hecho sexuado individual, que cada persona aprenda a conocerse, aceptarse y a vivir y expresar su erótica de modo que le resulte satisfactorio.

Este gran objetivo implica otros más concretos:

- Posibilitar la aceptación personal de la sexualidad en todas sus dimensiones como fuente de placer, salud, afectividad y fecundidad.
- Comprender y conocer el desarrollo sexual humano, los mecanismos de la reproducción y tomar conciencia y aceptar la figura corporal.
- Desarrollar la autoestima.
- Conocer y analizar el deseo sexual humano, su orientación y sus manifestaciones, los elementos básicos de la respuesta sexual y los afectos y emociones asociados.
- Reconocer las necesidades afectivas y su evolución y desarrollar habilidades como la comunicación, la empatía, la expresión emocional que permitan vivir la erótica y las relaciones personales de manera adecuada.
- Aprender a reconocer las situaciones de riesgo del comportamiento sexual y desarrollar estrategias personales y colectivas para el análisis y la resolución de problemas que se pueden presentar en torno a la sexualidad.
- Para las personas con mayores necesidades de apoyo, los objetivos deben adaptarse, centrándonos en aspectos como conocer y comprender su sexualidad, descubrir y gestionar sus deseos afectivos/sexuales y adquirir habilidades y comportamientos orientados a satisfacerlos o ser capaces de expresar sus sentimientos de manera adecuada.
- En definitiva, que la persona disfrute de una sexualidad satisfactoria que le produzca placer y que sea respetuosa con su entorno.

Para incluir estos objetivos en programas educativos tendremos que tener en cuenta algunos objetivos y estrategias pedagógicas (García et al., 2007):

- Asegurar la construcción de aprendizajes significativos. Teniendo en cuenta lo que ya conocen y lo que quieren conocer, sus intereses, sus capacidades, sus necesidades.
- Contextualizar los procesos de enseñanza-aprendizaje. Tener en cuenta las características de cada grupo. El contexto del grupo es su propia realidad.

Es importante que sean los educadores y educadoras los que se adapten a la realidad del grupo para trabajar en Educación Sexual.

- Facilitar la globalización de aprendizajes. Si hacemos Educación Sexual estamos hablando de hombres y mujeres que son, se viven y se expresan como tales. No se trata únicamente de hablar de fisiología, reproducción, métodos anticonceptivos, sino de contextualizar estos contenidos en la realidad individual y colectiva de cada persona y su forma de vivir, sentir y relacionarse.
- Trabajar con los grupos potenciando los procesos autónomos y cooperativos. Se trata, por una parte, que los y las jóvenes puedan aprender por sí mismos a través de la reflexión crítica y a través del trabajo en grupo que sirve para saber que existen “otras sexualidades” distintas de la propia, y además que la “sexualidad propia es aceptada por el grupo”.
- Potenciar el grupo de iguales como un elemento de gran importancia donde cada persona quiere sentirse integrada desde una orientación coeducativa teniendo en cuenta la sexualidad de los chicos y de las chicas, sus identidades, sus deseos, sus particularidades desde una positivización de las diferencias sexuales.
- Desarrollar la intervención en un ambiente abierto, que facilite la participación de todas las personas. Es importante que todos y todas se sientan parte y que sean conscientes de que cada grupo está compuesto de muchas y diversas peculiaridades. Se trata de trabajar con la idea de nosotros y nosotras, en la que quepan todas las sexualidades y todos los ritmos.
- Utilizar diferentes materiales didácticos teniendo en cuenta el objetivo de la actividad, el momento de trabajo, el grupo. El recurso es el que debe adaptarse a los objetivos del educador o educadora, nunca a la inversa. Se trata de seleccionar los recursos adecuados teniendo también en cuenta que la educadora o educador han de sentirse a gusto con ellos y con la metodología que emplean.
- Desarrollar una labor evaluadora en función de los objetivos planteados.

- Es importante tener en cuenta la evaluación del proceso y de las diferentes tareas planteadas para conseguir nuestros objetivos.

6.2. Actuaciones.

Anualmente, la educación sexual se planificará y programará en los centros adecuadamente en torno a tres ejes complementarios de intervención: personas con discapacidad, familias y profesionales:

6.2.1. Personas con discapacidad:

En las personas con discapacidad se centra en ofrecer información, conocimientos y habilidades que les permitan avanzar en un desarrollo psicoafectivo global donde la sexualidad se reconozca como una dimensión más de la persona, considerando factores como:

- Sexo, edad, tipo y grado de discapacidad.
- Contexto educativo: institución residencial, ámbito asociativo, etc. Con pareja afectiva o sin ella.
- Ideas y creencias previas.
- Su propia idiosincrasia, sus intereses y deseos.

Podemos señalar los siguientes objetivos (López, F., 2001):

- Asegurar que las personas con discapacidad estén protegidas y se autoprotejan de los riesgos asociados a la actividad sexual.
- Hacer real el derecho a la privacidad e intimidad.

- Llevar a cabo programas de educación afectiva y sexual -formulado desde el punto de vista de los tutores y educadores-. Adquirir educación afectiva y sexual -desde el punto de vista de las personas con discapacidad.
- Esto, en concreto, es hacer lo posible porque:
 - Adquieran los conocimientos posibles.
 - Tengan actitudes positivas, respetuosas y tolerantes hacia las manifestaciones sexuales propias y de los/las demás.
 - Aprendan las habilidades interpersonales más útiles para las relaciones de amistad y, si fuera el caso, de pareja.
 - Aprendan prácticas higiénicas, saludables y seguras.
 - Adquieran una ética sobre las relaciones interpersonales que considere como valores fundamentales la igualdad entre sexos, el respeto a la voluntad del otro u otra, tomarse en serio el placer que comparte con el otro u otra o el dolor que debe evitarle.

6.2.2. Profesionales o personal de atención directa

En los profesionales de los centros la formación se dirigirá a dotarles de conocimientos y habilidades para poder llevar a cabo de una forma continuada el Programa de Educación Psicoafectiva con los usuarios/as, considerando factores como:

- Actividades y servicios que realizan en torno a las personas con discapacidad.
- Ideas y creencias previas.
- Actividades psicoeducativas

Más allá de la información, contenidos y materiales que podamos ofrecer a los profesionales (por otra parte imprescindibles para educar en sexualidad), cobran especial importancia los comportamientos, actitudes, y mensajes y los sentimientos y emociones que todos aprendimos a asociar con el propio cuerpo sexuado y con el de los demás. A pesar de que los profesionales manifiesten verbalmente la “naturalidad” del sexo, en muchas ocasiones pueden ofrecer a las personas con discapacidad mensajes contradictorios. Por tanto, más que adoptar falsas posturas será más importante aceptarse, reorganizar y actualizar las convicciones personales. Las actitudes en la que habrá que formar a los profesionales serán aquellas encaminadas a (de Dios et al. 2006):

- Informarse y conocer lo que se quiere enseñar, presentando el material de una manera abierta, franca, y adecuada a las necesidades educativas de las personas con discapacidad.
- Crear un clima de confianza, de respeto y que transmita una actitud positiva hacia la sexualidad.
- Mantener la atención de las personas con que trabaja, en el contenido a abordar, apoyándose en el uso de materiales concretos, en ejemplos aplicados a su realidad, ejercicios, práctica, ayudando a nominar, etc.
- Transmitir a las personas con discapacidad el sentimiento de que pueden comunicar y plantear abiertamente sus dudas e inquietudes.
- Tener en cuenta y aceptar la singularidad y las diferencias individuales de las personas con discapacidad, así como los valores de su familia.
- Saber escuchar y ayudar a resolver problemas en este ámbito de manera no rígida.
- Ser honesto/a consigo mismo/a y con las personas con discapacidad. Si resulta difícil afrontar algún tema o situación, buscar ayuda para ello.
- Vigilar las actitudes sexistas que coartan e impiden que las personas puedan desarrollar plenamente todos sus potenciales, independientemente de su sexo.

- No problematizar el tema. La sexualidad es mucho más que el riesgo de embarazos no deseados, ETS, SIDA, abuso, etc.

6.2.3. Familiares

Para las familias de las personas con discapacidad, el objetivo será ofrecer información, venciendo miedos y tabúes, para favorecer un cambio de actitud, que favorezca los procesos de desarrollo e independencia en sus hijo/as con discapacidad. Estará matizado por condicionantes como:

- Vínculo familiar (relación de parentesco)
- Contexto psicoeducativo
- Sexo, edad, tipo y grado de discapacidad de la o el familiar con discapacidad.
- Ideas y creencias previas
- Disponibilidad de recursos o apoyos
- El grado de aceptación de la discapacidad de su familiar y la actitud hacia ella o él.

El objetivo de la educación sexual con familias es (a través de un clima de confianza y de participación) el trabajo de actitudes como:

- Honestidad para mostrarse y reconocer las propias dudas, temores, inquietudes, etc., frente al tema sexual y a la sexualidad de los hijos e hijas con discapacidad.
- Aceptación del otro u otra como legítimo/a, aunque sea diferente.
- Disposición a compartir y aprender de los y las demás, no siempre se tiene razón en lo que se piensa o se cree.

- Empatía para tratar de entender el punto de vista del otro u otra sin juzgarlo/a, descalificarlo/a o desconfirmarlo/a.
- Estar abierto al cambio de actitudes, posturas, conductas.

Es importante, también, facilitar a los padres y madres la comprensión de que (Godoy et al, 2007):

- La familia es la principal y primera responsable de la educación sexual de sus hijos e hijas, pero el centro apoya y complementa esta labor.
- Es importante ser honestos ante sí mismos/as, reconociendo las dificultades, preocupación y/o ansiedad que les puede producir el tema de la sexualidad de sus hijos e hijas con discapacidad.
- Se puede buscar información y aprender, al nivel que cada persona pueda, sobre esta materia, utilizando los recursos al alcance tales como libros, folletos, consulta a especialistas, reuniones de educación sexual en el centro...
- Aunque no se hable de ello, la familia socializa diariamente la sexualidad de familiares con discapacidad a través de expresiones de afecto, cariño, respeto, responsabilidad, entre madre, padre, hijos e hijas (modelos de comunicación en el sistema familiar).
- Si bien “más vale tarde que nunca” para dar educación sexual, es mejor comenzar desde la temprana infancia. Si se inicia esta formación en la adolescencia, cuando la necesidad sexual irrumpe plenamente, se habrán desaprovechado oportunidades privilegiadas para enseñar y para que los hijos e hijas con discapacidad hayan desarrollado un vocabulario “sexual” que les permita comprender las enseñanzas de esta nueva etapa.
- Se debe recordar que callar, eludir o ignorar las necesidades sexuales de sus familiares con discapacidad no las elimina y puede conducir a que se expresen de manera inadecuada o distorsionada o a que otras personas puedan actuar de manera no apropiada con ellos y ellas. Hablar y reconocer los riesgos a los que están expuestos sus familiares con discapacidad, es el primer paso para prevenirlos.

- Tan importante como conversar, es observar a sus familiares con discapacidad (no confundir con espiar), ello dará pistas de sus necesidades e inquietudes en este aspecto. Mejorar la comunicación y la comprensión facilitará abordar éste y cualquier otro tema. Además puede prevenir, con un mayor grado de probabilidad, que les ocurran situaciones con consecuencias negativas.
- Es más fácil conversar sobre algunos temas o inquietudes con los familiares con discapacidad si se recoge primero la información que ellos o ellas manejan. Por ejemplo, frente a la pregunta ¿qué es el sexo? preguntarle para saber qué cree él, o ella, qué es el sexo. Esto permitirá responder a su inquietud desde el contexto en que surgió.
- No se puede olvidar que la familia es fundamental en el proceso de desarrollo psicosexual del niño y de la niña. Es el agente y modelo de referencia principal para la consolidación y aceptación de la identidad sexual y de género, también es en el seno de la familia donde el niño y la niña aprenden, en primera instancia, los valores morales y éticos que guiarán su comportamiento más tarde.

Las acciones formativas tendrán las siguientes características:

- Serán consensuadas con los intereses de los grupos de población, fomentando así la implicación y la participación de las partes.
- Se establecerá un acuerdo inicial en el Centro que incluya una evaluación de las condiciones reales del mismo (recursos educativos, consenso, coordinación de profesionales, características de los grupos, etc.), el establecimiento de unas prioridades y el compromiso de poner en marcha iniciativas específicas. Este proceso debe ajustarse a las diferentes necesidades personales llegando incluso (y según capacidades de autonomía, pero siempre con la participación de las interesadas y los interesados) a abordar cuestiones como qué información dar, qué criterios educativos seguir, cuáles son las actitudes y prácticas sexuales adecuadas, qué lugares y momentos son los adecuados, etc.
- Podrán ser específicas para los sectores de la población indicada o mixta, según los asuntos a tratar.

- Ofrecerá tutorías individualizadas a aquellas personas que así lo requieran.
- La asistencia a los cursos será voluntaria para las personas con discapacidad y las familias. Será obligatoria para el equipo de profesionales y la Junta Directiva de la entidad titular del centro.
- Se tendrá en cuenta la diferente tipología de usuarios y usuarias del centro así como las características de sus entornos familiares.
- Se impartirá en los centros y en horarios en las que todas las personas implicadas puedan participar.
- Los formadores y formadoras que impartan las acciones formativas deberán tener en cuenta el rol que en la toma de las propias decisiones juega la persona con discapacidad en función de su grado de autonomía y el papel que tiene su familia. Se realizarán tantos grupos para las acciones formativas como lo requieran las características de las personas con discapacidad.

6.3. Contenidos de las acciones formativas.

El contenido de las acciones formativas irá en función de los distintos grupos de interés así como de los temas necesarios para garantizar una adecuada educación sexual.

6.3.1. Con las personas usuarias de los centros.

De forma previa a la formación, con aquellas personas con mayores necesidades de apoyo será necesario realizar una evaluación previa de conocimientos básicos y expresiones, adaptar el vocabulario y el contenido, introducir fórmulas que permitan su participación y finalmente valorar los resultados.

6.3.2. Sobre los afectos y las relaciones interpersonales.

- Reconocer necesidades y proponerles una conducta sexual adecuada, desde el derecho de la persona a tener una vida sexual según sus necesidades y capacidades
- Evaluar el nivel de interés sexual y la necesidad que presenta la persona con discapacidad en este ámbito.
- Proporcionarles conocimientos sobre la función de la sexualidad: comunicación-relación, placer y reproducción
- Ayudarles a comprender que la sexualidad es una parte importante en la vida de todo ser humano, que son seres sexuados igual que el resto, y que existen diversas formas de vivir la sexualidad. Que cada uno tiene unos intereses y unas necesidades
- Fomentar la aceptación de su discapacidad (capacidades, aspectos positivos como persona), el fortalecimiento de su autoestima, el respeto a la diversidad, que la diferencia nos enriquece.

6.3.3. Sobre habilidades interpersonales.

- Desarrollar habilidades de relación y comunicación interpersonal y fomentar la comunicación sexual con familias y profesionales
- Aprender a:
 - Decir cosas agradables.
 - Expresar quejas.
 - Decir Sí

- Decir NO
- Expresar deseos y sentimientos de forma correcta aceptando negativas.
- Expresar cosas personales e íntimas.
- En general, en personas con mayores dificultades en estos aspectos, será necesario complementar, con un amplio programa de habilidades sociales, relaciones de empatía y apego, autonomía, respeto, etc. así como facilitarles la identificación de situaciones de abuso o potencialmente peligrosas, discriminar niveles de confianza de personas de su entorno, etc.

6.3.4. Sobre anatomía y fisiología sexual

- Ofrecerles información sobre su cuerpo, manifestaciones afectivas, conductas sexuales y lenguaje sexual adecuado
- Desarrollar una actitud positiva en torno a su cuerpo y a las sensaciones corporales.
- Cambios del cuerpo según las edades: pubertad, menopausia...
- La menstruación.
- La eyaculación.
- Promover hábitos de higiene y cuidado personal de sí mismo. Importancia de la privacidad y la intimidad
- Revisiones médicas anuales necesarias (entre ellas exploraciones ginecológicas y urológicas).

6.3.5. Sobre reproducción.

- Proporcionar información sobre prácticas sexuales de riesgo: prevención de embarazos no deseados, métodos anticonceptivos y prevención de enfermedades de transmisión sexual.
- Informar sobre los servicios de ginecología

6.3.6. Sobre los abusos sexuales.

- Qué son los abusos sexuales.
- Quienes pueden cometerlos.
- Qué ocurre tras un abuso sexual.
- Qué hay que hacer en caso de sufrir abusos sexuales.
- Quién nos puede ayudar.
- Prevención de agresiones sexuales.

6.3.7. Sobre conductas sexuales.

- La masturbación.

- Los juegos sexuales.
- Conductas sexuales no coitales.
- Conductas sexuales coitales.
- Modificar las conductas no adecuadas, en el caso de que las hubiese, ofreciendo alternativas saludables, para el desarrollo óptimo de las personas.
- Proporcionar herramientas para poder expresar adecuadamente y en condiciones de intimidad su vivencia sexual y afectiva y sus dudas con respecto al tema.
- Asesorar e informar a las personas con discapacidad sobre los métodos anticonceptivos que mejor se adapten a sus características y los disponibles de la zona, a través de coordinación médica.
- Responsabilidad ante la sexualidad, conducta social, etc.

6.3.8. Con las familias:

Con las familias se abordarían los siguientes temas:

- Contacto y sensibilización: encuentro entre padres, madres y profesionales que sensibilice, tranquilice y sienta las bases para futuras actuaciones.
- Ofrecer a las familias una visión global de los planteamientos actuales de la educación sexual y afectiva de las personas con discapacidad.

- Provocar una reflexión personal acerca de la sexualidad humana en la sociedad actual para personas con discapacidad (normalización, autodeterminación, empoderamiento, etc.).
- Dar información de cómo prevenir y/o actuar ante posibles casos de abusos sexuales.
- Facilitarles e informarles acerca de recursos que les permitan acercarse a las necesidades e intereses sexuales de las personas con discapacidad, estableciendo criterios para la intervención ante determinadas conductas sexuales.
- Hacerles comprender a los familiares de las personas con discapacidad, que estas personas no son seres “asexuados”.
- Garantizar la coordinación y establecer canales de comunicación hijas/padres y madres. Explicarles la dinámica y los contenidos de los programas y hacerles partícipes, garantizando un tratamiento ético y respetuoso.
- Proponerles o plantearles las posibilidades de intervención ante prácticas inadecuadas

En los casos en que nos encontremos actitudes de sobreprotección en las familias sería conveniente que la principal línea argumental de estas acciones formativas sea que la atención y el amor hacia sus familiares no son incompatibles con una formación que promueva la mayor autonomía. Este enfoque propone que las personas con discapacidad deben aprender a tomar sus decisiones, a arriesgarse, a confiar en sí mismas y en sus posibilidades y que nuestro papel es prestarles los apoyos necesarios para que puedan hacerlo. Una de las finalidades más importantes de su educación debe ser prepararles para una vida lo más independiente posible, considerándoles personas en desarrollo y no niños o niñas permanentes.

“Hay que afirmar con rotundidad que una sociedad democrática y que cree en los derechos humanos no puede mantenerse ajena a una cuestión tan nuclear y de tan claras repercusiones sociales como la que nos ocupa, es necesario que dé una respuesta adecuada a una problemática que se desarrolla en su seno, y no sólo por la vía asistencial, es muy importante también el cambio

de actitudes. Es mucho lo que como grupo social nos estamos jugando en cuestiones de esta clase. Conjugamos demasiadas veces los verbos proteger, mantener a salvo, cuidar, vigilar..., en lugar de favorecer al máximo el crecimiento del potencial que lleva dentro de sí cada persona.

La sobreprotección y el miedo reducen nuestras expectativas sobre las personas con discapacidad psíquica. Los datos muestran que cuando las expectativas son realistas y los apoyos son adecuados, la persona progresa y alcanza altas cotas de realización personal, antes ignoradas. Hoy en día no se puede seguir ignorando que las personas con discapacidad psíquica tienen derecho al desarrollo de una vida afectivo-sexual plena, aun cuando ello pueda exigir de nosotros un mayor apoyo.” (Amor 2000)

6.3.9. Con los/as profesionales:

Con los/as profesionales se abordarían los siguientes temas:

- Incorporar los conocimientos relativos a la sexualidad y la afectividad a los programas de formación y reciclaje de los profesionales que trabajan o atienden a las personas con discapacidad
- Formación en actitudes, valores, respeto y ética.
- Provocar una reflexión personal acerca de la sexualidad humana en la sociedad actual así como en las personas con discapacidad (normalización, autodeterminación, empoderamiento, etc.)
- Dotar a los profesionales de los recursos teóricos y prácticos que les permitan acercarse a las necesidades e intereses sexuales de las personas con discapacidad, estableciendo ciertos criterios para la intervención.
- Informar a los profesionales sobre los métodos anticonceptivos que existen y los servicios de ginecología disponibles en la zona a través de la coordinación médica para que llegado el caso, puedan asesorar y ayudar a las personas con discapacidad a decidir.

- Dar información de cómo prevenir y/o actuar ante posibles casos de abusos sexuales.
- Intervenir según las pautas de actuación del centro, ante conductas no ajustadas al contexto.
- Prestar información sobre aspectos legales.

Los programas de educación sexual destinados a personas con discapacidad habrán de tener en cuenta, además del grado de discapacidad, el nivel de procesamiento cognitivo. En este sentido será imprescindible, al menos, trabajar el esquema corporal propio y del resto, el cuerpo como propiedad y responsabilidad individual, la diferencia entre el “yo” -“no yo” así como la distinción entre comportamientos adecuados y no adecuados y su refuerzo comportamental.

De forma transversal el fortalecimiento de una adecuada autoestima debe siempre tenerse presente como objetivo, lo que requiere, además, de un abordaje respetuoso y una aceptación incondicional de las personas que participen en los programas de educación sexual.

Los profesionales habituales, además de la información que puedan ofrecer (sistematizada o no) son un modelo real y, por tanto, forman parte activa del proceso de aprendizaje a través del modelado, la imitación y la observación (García 2000). Será también importante, por lo tanto, cuidar especialmente la asignación del profesional de referencia, así como será recomendable la creación de un grupo de trabajo/consulta dentro del centro.

6.4. Indicadores de evaluación

Criterio: se deben poner en marcha acciones formativas sobre sexualidad para las personas usuarias y para el personal de atención directa

- Indicador: Número de acciones formativas sobre sexualidad programadas para personas con discapacidad usuarias del centro

Fórmula: nº de cursos programados en los últimos 12 meses

Estándar: ≥ 1

- Indicador: Número de acciones formativas sobre sexualidad programadas para personal de atención directa del centro

Fórmula: nº de cursos programados en los últimos 12 meses

Estándar: ≥ 1

- Indicador: % de acciones formativas sobre sexualidad ejecutadas respecto de las programadas

Fórmula: $(\text{n}^\circ \text{ de cursos realizados} / \text{n}^\circ \text{ de cursos programados en los últimos 12 meses}) \times 100$

Estándar: 100%

- Indicador: % de personas usuarias que han recibido formación sobre sexualidad

Fórmula: $(\text{n}^\circ \text{ de personas usuarias formadas} / \text{n}^\circ \text{ total de personas usuarias del centro}) \times 100$

Estándar: $\geq 80\%$

- Indicador: % de profesionales de atención directa que han recibido formación sobre sexualidad

Fórmula: $(\text{n}^\circ \text{ de profesionales de a.d. formados} / \text{n}^\circ \text{ total de profesionales de a.d. del centro}) \times 100$

Estándar: 100%

7. Las revisiones ginecológicas-urológicas.

7.1. Objetivos

En los centros de atención a personas con discapacidad será obligatorio que todas las personas residentes acudan a las revisiones ginecológicas y urológicas según las indicaciones médicas pertinentes, siguiendo las pautas prescritas.

Las revisiones tienen varios objetivos: la salud preventiva, la detección precoz de enfermedades y la adopción de medidas para prevenir embarazos no deseados.

En el caso de personas con discapacidad que deban tomar determinada medicación, será necesario considerar la posible influencia que dichos fármacos tengan en la vida sexual de la persona con discapacidad (alteraciones del deseo: descenso de la libido o hipersexualidad, dificultades de erección, anorgasmia, trastornos de la menstruación, etc.) y consultar con el/la profesional médico/a las medidas a tomar ante ellas.

7.1.1. Salud preventiva.

Aunque para la detección del cáncer de mama la edad establecida en el Servicio Andaluz de Salud, si no existen antecedentes familiares, es de 50 años, es necesario que se realicen revisiones anuales en cuanto la mujer comience a mantener relaciones sexuales y siempre que presente algún problema relacionado con su aparato genital o sus mamas; por otro lado, muchas mujeres con discapacidad, por su disfunción, pueden padecer con frecuencia cistitis e infecciones vaginales que, aunque sean de carácter leve, provocan importantes molestias y requieren un tratamiento inmediato.

Los protocolos han cambiado recientemente. Los departamentos de salud pública de las distintas comunidades autónomas están siguiendo las nuevas pautas recomendadas por la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, SEGO. Ahora se aconseja hacer la primera citología a los 25 años, y si en dos años consecutivos da negativo, la tercera se hace a los tres años. Ya no es necesario realizarla cada año, como se hacía antes. La prueba tampoco debe continuar más allá de los 65 años. El Ministerio de Sanidad cree que es una medida razonable, porque el cáncer de cérvix tiene un desarrollo muy lento.

En los hombres con discapacidad, siguiendo instrucciones del Servicio Andaluz de Salud, se recomienda que a partir de los 50 años estas revisiones sean imprescindibles y que si hubiese antecedentes familiares de cáncer de próstata, se acuda al urólogo una vez cumplidos los 40-45 años.

Las personas con mayores necesidades de apoyo pueden tener dificultades en el acceso a entornos o cuidados sanitarios: la visita al centro de salud puede resultar especialmente problemática y ansiógena. En muchos casos puede resultarles difícil cooperar en la consulta médica, debido a problemas comunicativos de comprensión o expresión, dificultades para consentir un tratamiento, para seguir instrucciones, etc. En otros casos tendrán importantes dificultades para identificar el dolor y expresarlo, con lo cual no podremos guiarnos por su información para describir la intensidad, localización y/o duración del mismo, sino que será necesario reconocer otros signos de alerta ante potenciales problemas de salud. Algunas personas con discapacidad no saben exactamente a dónde van y qué es lo que el/la médico/a les va a hacer. El tiempo desestructurado que pasen en la sala de espera y el resto de pacientes allí presentes pueden hacer más difícil la situación a una persona con discapacidad. La falta de familiaridad de la sala de consulta y los instrumentos que se utilizan puede resultarles sobrecogedores.

7.1.2. Exploración ginecológica o urológica.

Debido a estas dificultades a la hora de someterse a una exploración médica, en general, si ésta no parece “vital” no se lleva a cabo con periodicidad, y termina retrasándose hasta que aparecen serios problemas y complicaciones. Estas dificultades pueden reducirse con una adecuada información previa a la persona de lo que le va a ocurrir.

Para que la visita pueda resultar lo más agradable posible, tanto a la persona con discapacidad como al equipo de profesionales sanitarios, la principal intervención debe ser anticipar a la persona lo que va a ocurrir en todo momento, lo que supone proporcionarle explicaciones previas adaptadas a sus necesidades. Para ampliar información se puede consultar “Las personas con autismo en el ámbito sanitario. Una guía para profesionales de la salud, familiares y personas con TEA” (Alvarez, Lobatón, y Rojano 2007).

Debemos preparar a la persona con la mayor antelación posible para su visita al/ a la médico/a. Podemos utilizar un calendario como apoyo visual para indicarle el día de su cita. Los diagramas para explicar porqué tiene que ir al centro de salud también serán muy útiles. Puede ser útil hacer una visita previa al/ a la médico/a antes de la cita, para que la persona con discapacidad se familiarice con el entorno. Las fotos del personal o de la consulta pueden utilizarse como objetos de referencia cuando nos preparemos en casa. Resulta bastante útil pedir la primera o la última cita del día, para evitar tener que esperar demasiado en la sala, e incluso pedir cita doble, para contar con tiempo extra por si es necesario. Es también recomendable que en la exploración permanezcan presentes personas de confianza.

Una buena estrategia es realizar una serie de simulacros y ensayos previos y para que la persona se familiarice con los instrumentos sanitarios y su uso, podemos practicar en el centro realizando un role-play con batas blancas y material médico (fonendo, termómetro, etc.)

7.1.3. Medidas anticonceptivas: servicio de ginecología

Se propiciará que las mujeres del centro asistan a las consultas del servicio de ginecología del Servicio Andaluz de Salud, para que reciban la atención sanitaria que se oferta a personas en edad fértil, con dos objetivos fundamentales: ofrecer los medios que permitan disfrutar de una sexualidad saludable; y ayudar a decidir en las mejores condiciones, y por otro lado, facilitar que tomen una decisión sobre el método anticonceptivo más adecuado a sus necesidades, dando una información completa y actualizada, que les permita elegir el método anticonceptivo entre las alternativas existentes.

Las actividades que incluye el servicio serían:

- Indicación y seguimiento de métodos anticonceptivos no quirúrgicos y asesoramiento sobre otros métodos anticonceptivos.
- Información y educación sexual.
- Anticoncepción de urgencia (píldora postcoital).
- Información y prevención de Enfermedades de Transmisión Sexual (incluyendo VIH).

7.2. Actuaciones.

7.2.1. Salud preventiva.

En el Plan de Apoyos Personales (PAP) que se le realice a la persona a su llegada al centro se incluirá un apartado dedicado a su salud sexual y por tanto a las revisiones médicas que en este sentido deba realizarse.

El centro deberá elaborar unas guías informativas, adaptadas a la comprensión de la personas, según su tipo de discapacidad, en las que se incluya la información necesaria sobre su salud sexual y de los protocolos que en esta materia lleva a cabo la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Todo el material deberá ir en función de su edad, necesidades de apoyo y de que sea sexualmente activa o no.

La persona de referencia que le sea asignada a la persona en esta materia le hará entrega de la información reseñada, y en su caso, a su familia o representantes legales y les explicará la información aportada y la importancia de llevar una vida sana que prevenga enfermedades de alto riesgo para la persona. Se propiciará la toma de decisión de las personas con discapacidad en esta materia.

En función de la autonomía de la persona, ésta deberá llevar un control sobre las visitas médicas de las revisiones que deba realizarse y los tratamientos que deba seguir. Si la persona no posee la autonomía suficiente para ello, el centro deberá concertarle las citas, asegurarse de que asista a las consultas médicas y, en su caso, de que reciba el tratamiento que se prescriba.

La persona o sus representantes legales, tras la reunión mantenida, a su llegada al centro, deberán firmar un documento de consentimiento de que se lleven a cabo estas actuaciones y en caso contrario documento eximente de responsabilidad al centro.

7.2.2. Medidas anticonceptivas: servicio de ginecología.

En caso de que la persona no posea la autonomía suficiente para ponerse o utilizar medidas anticonceptivas recibirá del centro la ayuda necesaria así como los medios necesarios.

7.3. Indicadores de evaluación

Criterio: el centro deberá recoger de forma previa a la aplicación de programas de prevención, el consentimiento informado de la propia persona usuaria

- **Indicador:** % de personas usuarias que firman el consentimiento informado para su inclusión en los programas de prevención sobre sexualidad

Fórmula: $(n^{\circ} \text{ de personas que firman} / n^{\circ} \text{ total de personas usuarias}) \times 100$

Estándar: >80%

Criterio: las personas que se incluyen en los programas de prevención deberán cumplir en su totalidad con los objetivos de los mismos

- **Indicador:** % de personas incluidas en los programas de prevención que cumplen con todos los objetivos del mismo

Fórmula: $(\text{n}^\circ \text{ de personas que cumplen con la totalidad de objetivos} / \text{n}^\circ \text{ total de personas incluidas en programas}) / 100$

Estándar: 100%

Criterio: las personas usuarias incluidas en programas de prevención deberán estar satisfechas con los resultados de los mismos

- **Indicador:** grado de satisfacción de usuarios/as incluidos en programas

Fórmula: nivel de satisfacción (dependerá del instrumento de medida)

Estándar: >70%

8. Las relaciones interpersonales en el centro.

8.1. Centros residenciales

En muchos casos las personas que residen en recursos residenciales tienen su capacidad de aprendizaje limitada, al igual que su comunicación verbal y su capacidad de movimiento y de relación. En estas situaciones, el mundo social de estas personas se centra en los profesionales, los compañeros y compañeras de residencia y de los centros de día u otros recursos de tiempo libre a los que pueda acudir.

En ocasiones, el abordaje en los centros residenciales de la sexualidad se centra en la propia convivencia o en conductas no ajustadas al contexto que tienen lugar en el mismo. No es tampoco infrecuente que el centro no conozca mucho sobre la vida sexual de un/a residente que se incorpora al mismo. Si surgen conductas desajustadas y el abordaje de las mismas consiste en ignorarlas o en intervenciones individuales (con la mejor voluntad) que en muchas ocasiones pueden ser contradictorias, seguiremos perpetuando la consideración de la sexualidad como aspecto problemático u ocultándolo como tema tabú.

Frente a ello, este protocolo propone desde un planteamiento explícito, teniendo en cuenta cada persona, su biografía sexual, sus capacidades, sus posibilidades y recursos de relación, partiendo desde el trabajo en equipo en el que cada profesional (de atención directa, técnico, programas de ocio, centro de día, etc.) y de forma coordinada asuma parte de las responsabilidades, junto con la familia.

En este trabajo en equipo debe quedar claro que nuestra intervención no debe dirigirse sólo a la extinción de conductas desajustadas, sino que debemos trabajar para contribuir a su desarrollo y crecimiento como persona, de forma profesional y no paternalista favoreciendo un clima de convivencia con el equipo y las personas con discapacidad. Es imprescindible que las

pautas sean consensuadas y claras para lograr el bienestar de los y las residentes, pero además esto supondrá que los profesionales se sientan más apoyados en su intervención. Para asegurar esta unidad de criterio, una herramienta imprescindible es un documento que recoja la aplicación en el centro de la filosofía contenida en este documento, objetivos de trabajo y procedimientos de actuación en el centro ante conductas no ajustadas al contexto. Este procedimiento nos dotará de coherencia interna como equipo y de seguridad a la hora de intervenir ya que proviene de un trabajo y reflexión en equipo, y por tanto plural y multidisciplinar.

El papel de los profesionales en sexualidad no difiere al resto de roles en cuanto han de trabajar desde un apoyo no paternalista, y de forma profesional, poniendo el protagonismo en la persona y de forma ajustada a sus necesidades, posibilidades y capacidades.

8.2. Objetivo.

Establecer en los centros de atención a las personas con discapacidad las estrategias adecuadas para resolver las necesidades de relaciones interpersonales y de intimidad afectivo-sexual de las personas residentes. Estas estrategias irán en función del tipo de discapacidad, grado de autonomía personal y de la edad de las personas que convivan en la misma.

Las relaciones interpersonales y sexuales en el centro dependerán de las siguientes situaciones en las que se encuentran las personas residentes en el centro:

1. Personas capaces de decidir legalmente por sí mismas y que quieren disfrutar de su sexualidad.
2. Personas que no pueden decidir legalmente por sí mismas pero sí quieren disfrutar de su sexualidad.
3. Personas que no pueden decidir legalmente por sí mismas, pero no muestran conductas sexuales.

En el PAP de la persona deberá valorarse las características personales frente a su propia sexualidad y a la de los demás, además de recogerse los objetivos y actuaciones acordes con ella y consensuados con sus familiares.

8.3. ACTUACIONES

8.3.1. Personas capaces de decidir legalmente por sí mismas y que quieren disfrutar de su sexualidad.

La dirección del centro establecerá y organizará los espacios y los tiempos (dentro de la mayor flexibilidad posible) para que las personas residentes puedan disfrutar de su sexualidad.

Las necesidades materiales y personales que requieran las personas con discapacidad deberán ser indicadas y el centro en la medida de sus posibilidades las pondrá a su disposición. Asimismo, las personas residentes deberán atenerse a lo que disponga el centro en cuanto a la admisión de personas ajenas al mismo.

Todas las personas en el centro deberán 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.

Por otro lado, el centro sólo será responsable de las relaciones sexuales que mantengan las personas residentes de manera voluntaria y consentida, en los espacios y tiempos habilitados para ello. No será responsable de las relaciones que realice la persona fuera del centro, si es que ésta, por sus condiciones, tiene la posibilidad de entrada y salida libre del recinto.

En caso de embarazos no deseados se atenderá a lo dispuesto en la normativa vigente. Si el embarazo es deseado, se orientará y ayudará a la

persona a la consecución de los recursos más adecuados a su nueva situación personal.

8.3.2. Personas que no pueden decidir legalmente por sí mismas pero sí quieren disfrutar de su sexualidad.

Las relaciones íntimo-afectivo-sexuales que presentan estas personas se van a ver muy influenciadas por sus familias, representantes legales y profesionales, que podrán tomar decisiones sobre el ejercicio de sus derechos y sus necesidades.

Para ello, para que dichos representantes puedan aprobar de manera concreta el Plan de intervención que se estime oportuno, el centro deberá informarles y acordar entre todas las partes implicadas (incluyendo por supuesto a la persona con discapacidad) la dinámica y los contenidos del programa específico de intervención, desde un enfoque ético y respetuoso.

El papel principal del centro en estos casos debe ser el de mediador entre las partes, tratando de conciliar posturas e intereses, recordando que las personas con discapacidad no son meros objetos de atenciones o clientes de servicios sociales. Son, sobre todo, personas en el sentido más pleno y amplio de la palabra.

Las personas residentes no podrán mantener relaciones sexuales en el centro salvo que cuenten con el consentimiento expreso de sus tutores o representantes legales.

Si la dirección detectase que las personas con discapacidad mantienen relaciones sin el permiso arriba indicado, se pondrá en contacto con sus representantes legales y comentará los hechos, a fin de que éstos adopten las medidas pertinentes, sobre todo dirigidas a la evitación de embarazos no deseados o al contagio de enfermedades.

En el Plan de intervención será necesario desarrollar las actuaciones profesionales adecuadas ante:

- Explicitar normas en la atención de cuidados que requieren intimidad y seguridad.
- Establecer indicadores de masturbación saludables/apropiados.
- Establecer medidas que prevengan situaciones inadecuadas, riesgos o violencia contra sí o contra los demás.
- Manifestaciones afectivas y/o sexuales. Asegurar el cumplimiento de sus derechos individuales de acuerdo a las normas sociales comúnmente aceptadas.
- Establecimiento de parejas.
 - Incidir en el respeto al No del compañero o la compañera.
- Designación de una “persona de referencia”, que precisa del apoyo del equipo técnico y debe estar en contacto con la familia con el fin de evitar conflictos y aportar al proceso de intervención seguridad y coordinación.
- Para las personas con mayores necesidades de apoyo, cuya sexualidad se limite a prácticas autoeróticas, el centro debe asegurar que la persona cuenta con los recursos materiales y de privacidad que se hayan estipulado en su plan de intervención.
- Valorar resultados del plan de acción y volver a buscar un consenso en caso de tener que introducir cambios.

En caso de embarazos no deseados se estará a lo dispuesto en la normativa vigente. Si el embarazo es deseado, se orientará y ayudará a la persona y a sus familiares o representantes legales a la consecución de los recursos más adecuados a su nueva situación personal.

Aspectos como la esterilización deben estar sometidos a estrictas consideraciones éticas, legales y procedimentales. Para ampliar información recomendamos consultar “Sexualidad y personas con discapacidad psíquica” (Amor 2000).

8.3.3. Personas que no pueden decidir legalmente por sí mismas, pero no muestran conductas sexuales.

Para este grupo específico se aplicarán las actuaciones más acordes a sus necesidades y dirigidas a mejorar su calidad de vida y se les tendrá especialmente en cuenta en las medidas contra los abusos sexuales que se pudiesen llevar a cabo en el centro.

Sería igualmente conveniente valorar en estos casos si la persona realmente no es sexualmente activa o si simplemente carece de intimidad, de espacio y vida privada, por estar sometida a una situación de observación por parte de otras personas inherente al funcionamiento del centro, que cambiarían si su modo actual de vida o su educación fuera otro.

Recordamos que la sexualidad es una cualidad y calidad humana. Es inherente a la vida; es característica del hombre, varón o mujer, que precisamente se distinguen por un organismo sexuado. Pero es además un elemento de calidad en la vida, en las vivencias humanas, en el desarrollo de la persona. (Fierro 2000)

8.4. Gestión en el centro de conductas no ajustadas al contexto

Entendemos por conductas no ajustadas al contexto, aquellas conductas que tienen que ver con la expresión erótica de la persona y que entra en conflicto con las normas y costumbres de nuestra sociedad, de forma que la realización de las citadas conductas provoca rechazo de la sociedad y marginación del individuo. Dichas conductas sexuales surgen en numerosas ocasiones del conflicto surgido entre los impulsos del individuo y las normas sociales, que la persona con discapacidad desconoce (De Dios et al, 2006).

La aparición de conductas no ajustadas al contexto constituye un elemento de gran preocupación para las familias y los profesionales, y además

supone una barrera en el ámbito de la intervención en sexualidad en los centros, porque refuerzan los miedos sobre la sexualidad de las personas con discapacidad.

A la hora de intervenir ante conductas no ajustadas al contexto, siempre nos debemos plantear un doble objetivo, la modificación de la conducta, pero además valorar los factores que han provocado o influido en la aparición de la citada conducta y trabajar con seriedad la modificación de estos factores desde un abordaje de la Educación Sexual, como una educación en valores.

La intervención debe ser cuidadosamente planificada con antelación por parte del equipo y con la imprescindible participación de la persona con discapacidad y/o sus representantes legales. Siguiendo el modelo de Verdugo en su Programa de Habilidades Sociales (1997), las etapas que debemos realizar en cualquier planificación son las siguientes:

1) Definir claramente los objetivos operativos de la intervención. Debemos enunciarlos de forma explícita.

2) Analizar la conducta que se presenta, cómo, cuándo, dónde y con quién. Factores facilitadores, estímulos, reforzadores, etc., nos darán pistas de cómo realizar la intervención de forma más exitosa. Cuando hablamos de analizar debemos tener claro que es imprescindible registrar estas conductas y los factores asociados.

3) Definir la conducta que queremos que la persona adquiera o que extinga.

4) Planificar la intervención y colaboración de la familia. Debemos recordar que es esencial para la generalización de la conducta la participación de las mismas.

5) Diseñar la estrategia de intervención:

a) Seleccionar las técnicas de modificación de conducta más adecuadas.

b) Descomponer la conducta a adquirir en tareas simples que la persona debe realizar para adquirir la conducta, para lograr el objetivo operativo.

c) Preparación de los materiales necesarios.

d) Definir el número de entrenamientos que debe realizar.

e) Definir el número de entrenamientos correctos para entender que se ha superado el objetivo (habitualmente un 75%, 3 de 4 ensayos).

f) Establecer el mecanismo para reforzar la conducta.

g) Diseñar una hoja de registro para el seguimiento de los ensayos (con los errores, éxitos, etc.)

En detalle, el procedimiento puede ser:

8.4.1. Evaluación

Una vez obtenida la autorización escrita de la persona o de los tutores legales, todas las partes implicadas deben mantener una reunión (debidamente registrada) donde se planifique el proceso de intervención, empezando por la recogida de información. El objetivo es la valoración inicial de necesidades, circunstancias, experiencias, deseos y percepciones de la realidad y vida afectivo-sexual de la persona con discapacidad. En esta evaluación se recoge información directamente de la persona con discapacidad, sus familiares cercanos, los profesionales que le ofrecen los apoyos y educación y la observación directa. Todo ello a través de entrevistas semiestructuradas, cuestionarios y hojas de registro.

En ese análisis es necesario recabar la siguiente información:

- Cómo es la conducta, su topografía.
- Dónde se produce la conducta.

- En qué momento se produce la conducta.
- Qué condiciones favorecen la aparición de la conducta y viceversa.
- Personas implicadas durante la manifestación de la conducta.

El período de recogida de información vendrá determinado por la periodicidad de la conducta y su relevancia y se llevará a cabo cuidando al máximo la privacidad e intimidad de la persona mediante:

- a. Entrevista con las personas relevantes del entorno de la persona. Se les pedirá que rellenen un cuestionario destinado a recabar la información necesaria.
- b. Observación directa, para lo cual se utilizará una hoja de registro.

Posteriormente recopilaremos la información y realizaremos:

- Un análisis de la información recogida, debiendo extraer la siguiente información:

- Cuáles son los factores que favorecen la aparición del comportamiento.
- Cuáles son los momentos del día donde aparecen con más frecuencia los comportamientos.
- Cuál es la ubicación física de esos comportamientos.
- Descripción del entorno social donde se desarrolla la conducta, así como las posibles implicaciones de otras personas.
- Cómo se manifiesta la conducta.
- Valoración de los datos

- Un análisis de **discrepancias**, es decir, un análisis funcional de los incidentes recogidos con el fin de asegurar que presenta un origen sexual, así como cuál

es la función de la conducta y cuáles serían las alternativas existentes a dicha conducta socialmente aceptables:

- Aseo.
- Lugar.
- Momento adecuado.
- Necesidades de ayuda.
- Condiciones medioambientales.
- Solicitud/demanda de sus necesidades

8.4.2. Plan de intervención

Presentación a la persona y/o a la familia de los resultados del análisis funcional, y un plan de intervención, en el que se detalle de manera minuciosa por escrito todos los aspectos relevantes: personas implicadas, lugares apropiados, plazos de la intervención, actividades, condiciones, aspectos comunicativos, resultados esperados y la evaluación a realizar

A continuación se somete a la aprobación o no de la persona o de los tutores legales el plan de intervención, tras lo cual se presenta también a profesionales de otros contextos relevantes, reiterando el compromiso de todas las partes. En caso de que fuera necesario se invita a estos profesionales o tutores a participar en actividades formativas específicas.

En la ejecución del plan de intervención es especialmente necesario respetar la privacidad y el respeto a la persona con discapacidad.

8.4.3. Seguimiento y evaluación

Tras el seguimiento del Plan, se evalúan su eficacia, el logro de los objetivos previstos, aspectos de coordinación y mejora en la calidad de vida de la persona y su entorno, en dos niveles:

- a) Valorar los resultados de la aplicación del plan individual diseñado. Dicha evaluación concluye con la revisión del mismo en aquellas cuestiones que fueran necesarias. Se evalúan aquí los objetivos específicos del plan.
- b) Se valora la incidencia del plan en la vida de la persona más a largo plazo. Para ello se pueden tomar indicadores generales como:
 - Calidad de las relaciones afectivo-sociales
 - Cantidad de relaciones afectivo-sociales
 - Satisfacción en la conducta sexual individual
 - Satisfacción en la conducta sexual interpersonal
 - Número de conductas problemáticas
 - Intensidad de conductas problemáticas
 - Estado anímico-emocional
 - Nivel de autoestima
 - Respeto al desarrollo afectivo-sexual individual

Se elabora un informe escrito, y se informa de los resultados a los tutores legales.

8.4.4. Aspectos a considerar en la intervención:

- Cuidado con el vocabulario a utilizar y a su posible adecuación a diferentes contextos vitales de la persona.
- Incorporar explícitamente la atención a los tópicos y los mensajes de los medios
- El ritmo de aprendizaje de estas personas puede ser diferente debiendo utilizar varias sesiones, repetir los conceptos y adecuarlos al nivel de comprensión
- Incorporar contenidos integrados, no información fragmentada, de manera sencilla, ofreciendo conceptos sencillos y mensajes concretos, con el apoyo de ayudas visuales. Asegurarnos de que se comprenden y prestando atención a las posibles dificultades derivadas del uso de ejemplos.
- Abordar no solo los aspectos funcionales sino también los emocionales: evitar sentimientos de vergüenza y remordimientos, ayudarles a expresarse y protegerse y nunca juzgar. Incorporar valores y pautas sociales
- Estos programas requieren una actitud profesional comprometida.
- Deben plantearse en cuanto aparezcan las primeras dificultades y no esperar y dilatar su inicio, porque para entonces pueden haber derivado en situaciones más complejas.

Una metodología altamente recomendable en la intervención ante conductas no ajustadas al contexto, es el Análisis conductual positivo. Para ampliar información, en la publicación *Análisis conductual positivo*, de los Manuales de Trabajo en Centros de Atención a Personas con Discapacidad de la Junta de Castilla y León (Canal y Martín) se describe la aplicación de esta metodología de un modo práctico en centros de atención a personas con discapacidad.

8.5. Indicadores de evaluación

Criterio: se deberán organizar los espacios y los tiempos para que las personas residentes puedan desarrollar sus relaciones interpersonales e íntimas.

- **Indicador:** existencia de espacios habilitados en el centro para que las personas usuarias puedan desarrollar sus relaciones interpersonales e íntimas.

Fórmula: sí/no

Estándar: sí

Criterio: en caso de embarazo, si es deseado se orientará y ayudará a la persona a la consecución de los recursos más adecuados a su nueva situación personal; en caso de no serlo se atenderá a lo dispuesto en la normativa vigente.

- **Indicador:** % de embarazos no deseados que se dan en el período de un año

Fórmula: $(n^{\circ} \text{ de embarazos no deseados} / n^{\circ} \text{ total de embarazos en el año}) \times 100$

Estándar: 0%

- **Indicador:** % de usuarias embarazadas (embarazo deseado o no) que han sido orientadas a los recursos adecuados a su situación

Indicadores: $(n^{\circ} \text{ de mujeres embarazadas orientadas} / n^{\circ} \text{ total de embarazadas}) \times 100$

Estándar: 100%

9. Prevención de abusos

Una persona con discapacidad es maltratada cuando es objeto de violencia, física, psíquica, y/o sexual, de hecho y/o por omisión, por parte de las personas o instituciones de las que depende en su correcto desarrollo o por parte de cualquier otra persona.

El **abuso sexual** es aquella situación en la que una persona es utilizada para satisfacer los deseos sexuales de otra, ya sea presenciando o participando en actividades sexuales que violan los tabúes sociales y legales de la sociedad y que la persona no comprende o para las cuales no está preparada de acuerdo con su desarrollo y a las que, por lo tanto, no puede dar su consentimiento (violación, tocamientos, seducción verbal, masturbación en presencia de la persona, pornografía,...).

Igualmente, el centro instaurará las medidas oportunas para la prevención del **acoso sexual**. El acoso sexual es una forma de discriminación y consiste en: cualquier acto o intimidación física, solicitud de favores sexuales, otros actos o conductas incluyendo palabras, gestos o la producción, exhibición o difusión de escritos, fotos u otros materiales que resulten inadecuados y pudieran razonablemente ser considerados como sexualmente ofensivos, humillantes e intimidatorios. El acoso sexual puede ser persistente o un incidente aislado. Puede ir dirigido a una única persona o a un grupo de ellas.

Según los estudios realizados, cualquier tipo de discapacidad parece contribuir a un mayor riesgo de victimización, pero la discapacidad intelectual, los trastornos de la comunicación, y los trastornos de conducta parecen contribuir a niveles de riesgo más elevado, y las discapacidades múltiples (por ejemplo, discapacidad intelectual y trastornos del comportamiento) se traducen en aún mayores niveles de riesgo. (Sullivan y Knutson 1994).

9.1. Objetivo

Los centros deben poner en marcha actuaciones que fomenten la privacidad, el respeto, el cumplimiento de los derechos y que eviten que se den situaciones de abuso y, si éstas han tenido lugar, detectarlas a la mayor brevedad y adoptar las medidas necesarias. Para ello es necesario asegurar una coordinación eficaz entre las partes e instituciones implicadas.

9.2. Actuaciones.

- El centro debe actuar siempre garantizando el interés superior de las personas con discapacidad, protegiendo sus derechos como víctima:
 - Intervenir de manera coordinada.
 - Prestar atención de forma inmediata y ágil, evitando demoras en la intervención y siempre y cuando sea posible desde los servicios más próximos.
 - Poner especial atención a los procesos de detección y comunicación de las situaciones de abuso sexual o maltrato, para ello es muy importante estar atentos a la información que pueda recibirse desde todos los profesionales del centro y de otras personas residentes o sus familias.
- Una vez detectado el caso, se deberá asegurar la protección y el seguimiento de la persona con discapacidad.
 - Buscar la intervención mínima necesaria, evitando a la persona la reiteración de actuaciones por distintas

instituciones o su práctica en condiciones poco adecuadas.

Asimismo, es importante comunicar a las autoridades competentes aquellas situaciones que comporten un riesgo para la persona con discapacidad.

En ocasiones, la persona con discapacidad puede tener importantes dificultades comunicativas, o simplemente desconocer la relevancia de los hechos o sus posibilidades de denuncia. Por ello, deberemos estar atentos a todo tipo de señales que puedan generar sospechas de su existencia (para ampliar información sobre estas dificultades, ver anexo 3)

En caso de sospecha de abuso, ésta se pondrá de inmediato en conocimiento de la dirección del centro que valorará los indicios o la información y, en su caso, establecerá las medidas de protección necesarias, asumiendo la decisión de enviar a la persona con discapacidad a una exploración, física o psicológica, en el hospital de referencia.

En caso de certeza de abuso el centro se pondrá inmediatamente en contacto con el hospital de referencia de la zona para tomar las medidas que corresponda. Se trate o no de una situación de urgencia hospitalaria, el centro lo comunicará simultáneamente a su familia o al juzgado de guardia.

Asimismo el centro establecerá programas de abordaje afectivo-emocional, con personas que hayan sufrido abusos, por parte de profesionales formados en la materia, encaminados a minimizar los efectos negativos que éstos abusos hayan generado.

Respecto al acoso sexual, se vigilarán de forma especial conductas como:

- Conducta física de naturaleza sexual, por ejemplo, contacto físico no deseado como tocamientos innecesarios, palmaditas o pellizcos o roces contra el cuerpo de otra persona.
- Conducta verbal de naturaleza sexual, por ejemplo, insinuaciones sexuales inapropiadas, proposiciones o presión para realizar actos sexuales, sugerencias continuadas para quedar fuera del centro después de haber dejado claro que tales sugerencias son inapropiadas, flirteos ofensivos y no deseados, comentarios provocativos, insinuantes y lascivos.

- Conducta no verbal de naturaleza sexual, por ejemplo, la exhibición de fotografías pornográficas o de contenido sexual, objetos, material escrito, correos electrónicos, cartas o fax.
- Comentarios no deseados o despectivos sobre la vestimenta o el aspecto físico.
- Gestos lascivos e insinuantes.

Estas acciones pueden ocurrir también fuera del centro, debiéndose prestar atención a posibles señales de abuso o acoso en otros entornos.

9.2.1. Protocolo

El centro debe contar con un protocolo de actuación que contenga al menos, los siguientes elementos:

- Objeto.
- Responsables.
- Medidas preventivas.
- Procedimientos para:
 - Detección de víctimas de abusos.
 - Detección de potenciales personas abusadoras.
 - Actuaciones a desarrollar ante sospecha de abusos (detección, denuncia, investigación, derivación, atención a víctimas, etc.).
 - Registros.

- Evaluación.

9.3. Indicadores de evaluación.

Criterio: se debe disponer de un protocolo de detección y actuación ante situaciones de abuso o violencia hacia las personas usuarias del centro y difundirlo entre el personal del centro.

- Indicador: protocolo de detección de situaciones de abuso o violencia hacia las personas usuarias del centro elaborado y difundido entre el personal del centro

Fórmula: sí/no

Estándar: sí

- Indicador: % de profesionales que conocen y manejan el protocolo de detección de situaciones de abuso o violencia hacia las personas usuarias del centro

Fórmula: $(n^{\circ} \text{ de profesionales que conocen y manejan el protocolo} / n^{\circ} \text{ total de profesionales}) \times 100$

Estándar: 100%

- Indicador: veces que se ha puesto en marcha el protocolo de detección y actuación ante abusos en el año

Fórmula: n° de veces

Criterio: se debe atender por parte del centro a todos los indicios de posibles abusos detectando la necesidad de intervención.

- Indicador: % de casos ocurridos y no detectados de forma previa por el personal del centro en el período de un año

Fórmula: $(\text{n}^\circ \text{ de casos ocurridos y no detectados de forma previa} / \text{n}^\circ \text{ de casos totales de abuso o violencia ocurridos en el centro}) \times 100$

Estándar: 0%

Criterio: el centro establecerá programas de abordaje afectivo-emocional, con personas que hayan sufrido abusos, por parte de profesionales formados en la materia, encaminados a minimizar los efectos negativos que estos abusos hayan generado.

- **Indicador:** % de usuarios/as víctimas de abuso a los que se han aplicado programas de abordaje afectivo-emocional puestos por parte del personal cualificado

Fórmula: $(\text{n}^\circ \text{ de usuarios/as víctimas de abuso a los que se han aplicado programas de abordaje afectivo-emocional} / \text{n}^\circ \text{ total de usuarios/as víctimas de abusos})$

Estándar: 100%

10. Documentación de apoyo/anexos

Anexo 1: Derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y hombres con discapacidad

Qué son los derechos sexuales y reproductivos

Los derechos sexuales y reproductivos como tal no están identificados o ratificados por la comunidad internacional en instrumentos legales. En cambio sí es posible realizar un rastreo de documentos internacionales que dan carta de reconocimiento a los mismos como Derechos Humanos.

- 1948. Declaración Universal de los Derechos Humanos. Naciones Unidas. Artículo 16: Los Hombres y las mujeres tienen derecho a casarse y fundar una familia.
- 1968. Conferencia sobre los Derechos Humanos. Teherán: Derecho de las parejas a decidir el número de hijas/os y su espaciamiento.
- 1974. Conferencia de Población. Bucarest.: Papel de los estados asegurando el derecho a la descendencia, lo que incluye información y acceso a los métodos de control de la fertilidad.
- 1975. Declaración I Conferencia Mundial sobre la Mujer. México: Derecho a la integridad física y a decidir sobre el propio cuerpo, el derecho a las diferentes opciones sexuales y los derechos reproductivos, incluyendo la maternidad opcional.

- 1979. Convención sobre la Eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer de Naciones Unidas: Derecho a la igualdad de mujeres y hombres en las decisiones reproductivas y a la responsabilidad compartida que implican los hijos e hijas.
- 1994. Conferencia sobre Población y Desarrollo. El Cairo: Amplía la definición de los derechos reproductivos, incluyendo la capacidad de disfrutar tanto una vida sexual satisfactoria como de procrear.
- 1995. La Conferencia Mundial sobre la Mujer de Beijing: Ratifica todo lo adoptado en El Cairo.

Por su parte, la Asociación Mundial de Sexología (WAS) enumera hasta once derechos sexuales, que serían derechos humanos fundamentales y universales, en la Declaración del XIII Congreso Mundial de Sexología, 1997, Valencia, España. Revisada y aprobada por la Asamblea General de la Asociación Mundial de Sexología (WAS) el 26 de agosto de 1999 en el XV Congreso Mundial de Sexología, Hong Kong, República Popular China.

Aún cuando no es posible afirmar que una Declaración Universal de Derechos Sexuales haya sido redactada y ratificada por la comunidad internacional, sí es razonable afirmar y defender estos derechos sexuales en tanto que derechos humanos, por tanto universales e inalienables. Su respeto y ejercicio han de ser promovidos para el logro de un desarrollo pleno y digno de las personas.

Derechos sexuales y reproductivos de las personas con discapacidad

- 1993. Normas Uniformes sobre la Igualdad de Oportunidades para las personas con discapacidad. Naciones Unidas.
 - Reconoce la importancia de la igualdad y la no discriminación en lo que se refiere a la sexualidad, las relaciones sexuales, el establecimiento de relaciones de pareja, la maternidad y paternidad, etc. tanto en cuanto a actitudes como a información y educación sobre el funcionamiento y control sexual del propio cuerpo y todas sus potencialidades.

- 2008. Convención Internacional de los Derechos de las Personas con Discapacidad. Artículo 23. Respeto del hogar y la familia. Los estados partes respetarán y asegurarán:
 - El derecho a decidir libremente en cuanto a descendencia.
 - Que las personas con discapacidad, incluidos los niños y las niñas, mantengan su fertilidad, en igualdad de condiciones con las demás.
 - El cuidado de la salud sexual y reproductiva.
- 1997. Manifiesto de las Mujeres con Discapacidad. Foro Europeo de la Discapacidad. Recomendación:
 - Promover el derecho a decidir sobre cuestiones de sexualidad, embarazo, nuevas técnicas de reproducción, adopción, maternidad y cualquier otro aspecto que sea pertinente
 - Se debe garantizar a las mujeres con discapacidad el derecho a la familia, a las relaciones sexuales y a la maternidad
 - Promover el derecho a una educación sexual integral, libre de prejuicios. En cualquier momento y etapa del ciclo vital y sobre cualquier aspecto relacionado con la sexualidad.
- 2011. 2º Manifiesto de los Derechos de las Mujeres y Niñas con Discapacidad de la Unión Europea.

Concebido como una herramienta para activistas y responsables políticos, fue aprobado en Budapest los días 28 y 29 de Mayo de 2011 por la Asamblea General del Foro Europeo de la Discapacidad, a propuesta de su Comité de Mujeres. Se trata de una revisión efectuada a la luz de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de Naciones Unidas

Si bien no debiera ser necesario un reflejo específico de los derechos sexuales y reproductivos para las personas con discapacidad, su manifestación de forma explícita en estos documentos responde a la constatación de la

discriminación a que se ven sometidas muchas mujeres y hombres con discapacidad, en este caso, y, cómo no, a la constatación de la vulneración de los derechos sexuales y reproductivos que experimentan estas personas en todo el mundo.

Declaración universal de los derechos sexuales

La sexualidad es una parte integral de la personalidad de todo ser humano. Su desarrollo pleno depende de la satisfacción de las necesidades humanas básicas como el deseo de contacto, intimidad, expresión emocional, placer, ternura y amor.

La sexualidad es construida a través de la interacción entre el individuo y las estructuras sociales. El desarrollo pleno de la sexualidad es esencial para el bienestar individual, interpersonal y social.

Los derechos sexuales son derechos humanos universales basados en la libertad inherente, dignidad e igualdad para todos los seres humanos. Dado que la salud es un derecho humano fundamental, la salud sexual debe ser un derecho humano básico. Para asegurarnos que los seres humanos desarrollen una sexualidad saludable, los derechos sexuales siguientes deben ser reconocidos, promovidos, respetados y defendidos por todas las sociedades de todas las maneras. La salud sexual es el resultado de un ambiente que reconoce, respeta y ejerce estos derechos sexuales:

1. **El Derecho a la Libertad Sexual:** La libertad sexual abarca la posibilidad de los individuos de expresar su potencial sexual. Sin embargo, esto excluye todas las formas de coerción sexual, explotación y abuso en cualquier tiempo y situaciones de la vida.
2. **El Derecho a la Autonomía Sexual, Integridad Sexual y Seguridad del Cuerpo Sexual:** Este Derecho involucra la habilidad de tomar decisiones autónomas sobre la vida sexual de uno dentro de un contexto de la propia ética personal y social. También incluye el control y el placer de nuestros cuerpos libres de tortura, mutilación y violencia de cualquier tipo.

3. **El Derecho a la Privacidad Sexual:** Este involucra el derecho a tomar decisiones individuales y conductas sobre la intimidad siempre que ellas no interfieran en los derechos sexuales de otros.
4. **El Derecho a la Equidad Sexual:** Este derecho se refiere a la oposición a todas las formas de discriminación, independientemente del sexo, género, orientación sexual, edad, raza, clase social, religión o invalidez física o emocional.
5. **El Derecho al Placer Sexual:** El placer sexual incluyendo el autoerotismo, es una fuente de bienestar físico, psicológico, intelectual y espiritual.
6. **El Derecho a la Expresión Sexual Emocional:** La expresión sexual es más que el placer erótico en los actos sexuales. Cada individuo tiene derecho a expresar su sexualidad a través de la comunicación, el contacto, la expresión emocional y el amor.
7. **El Derecho a la Libre Asociación Sexual:** Significa la posibilidad de casarse o no, de divorciarse y de establecer otros tipos de asociaciones sexuales.
8. **El Derecho a Hacer Opciones Reproductivas, Libres y Responsables:** Esto abarca el Derecho para decidir sobre tener niños o no, el número y el tiempo entre cada uno, y el derecho al acceso a los métodos de regulación de la fertilidad.
9. **El Derecho a Información Basada en el Conocimiento Científico:** La información sexual debe ser generada a través de un proceso científico y ético y difundido en formas apropiadas en todos los niveles sociales.
10. **El Derecho a la Educación Sexual Comprensiva:** Este es un proceso que dura toda la vida, desde el nacimiento y debería involucrar a todas las instituciones sociales.
11. **El Derecho al Cuidado de la Salud Sexual:** El cuidado de la salud sexual debe estar disponible para la prevención y el tratamiento de todos los problemas, preocupaciones y desórdenes sexuales.

Los derechos sexuales son derechos humanos fundamentales y universales

Declaración del 13º Congreso Mundial de Sexología, Valencia, España, revisada y aprobada por la Asamblea General de la Asociación Mundial de Sexología (WAS) el 26 de agosto de 1999, en el 14º Congreso Mundial de Sexología, Hong Kong, República popular China.

Anexo 2: Necesidades específicas de las personas con discapacidad con mayores necesidades de apoyo.

La sexualidad en cada persona es diferente y no existen recetas comunes, lo que es aún más relevante en el caso de las personas con discapacidad. Por ello, cualquier planificación debe tener presente que estamos trabajando con una amplia diversidad.

Las personas con mayor autonomía podrían disfrutar de una sexualidad normalizada y la protección de su entorno no debería limitar la vivencia de una sexualidad feliz y satisfactoria.

Las personas con mayores necesidades de apoyo, pueden tener dificultades para vivir una sexualidad “normalizada”, aunque pueden aprender a tener conductas autoeróticas en privado, si así lo desean, controlar deseos y emociones, respetar a los demás y hacerse respetar. La dimensión de la autonomía crece y la de la protección disminuye aunque sigue siendo muy importante.

En las personas con discapacidad con mayores necesidades de apoyo, la sexualidad puede tener diferentes condicionantes debido a las dificultades para entender las normas y reglas sociales, para comunicarse y para establecer relaciones recíprocas. Para estas personas los objetivos deben estar ajustados a su dependencia de otras personas a la vez que tratemos de fomentar lo más posible su autonomía. Es este sentido, sus posibilidades de expresión de la sexualidad están más limitadas y aparecen con más frecuencia conductas no ajustadas al contexto.

Es importante señalar que en muchos casos la dificultad no es una falta de deseo por otras personas o por mantener relaciones sexuales, sino que la falta de comprensión de las normas y reglas sociales, su incapacidad para comunicarse, la falta de empatía y el desconocimiento de sus propios impulsos y sentimientos, se traducen en la mayoría de ocasiones en un fracaso rotundo ante el intento de establecer una amistad o una relación amorosa. Tras rechazos continuos ante los intentos de desarrollar su sexualidad, muchas personas padecen un importante sentimiento de frustración o conductas como el aislamiento en sí mismo/a o a la renuncia total a la sexualidad, siempre acompañado de un alto grado de ansiedad.

Una vez se descartan las relaciones interpersonales de carácter íntimo, uno de los puntos claves de la sexualidad de estas personas será la masturbación. En algunas ocasiones, los problemas de imaginación pueden originar la necesidad de disponer de ciertos objetos y otros estímulos como medios para satisfacer sus necesidades sexuales. Dependiendo de factores cognitivos, nivel de funcionalidad y nivel del lenguaje, cobran importancia aspectos como el lugar de realización, intensidad (con o sin orgasmo), frecuencia, zona de estimulación, género, etc. Como en el resto de personas, estos aspectos deben estar sujetos a las normas sociales y personales que establece la cultura de un determinado contexto, pero dada su incapacidad de comprensión de las mismas podemos encontrarnos dificultades como masturbaciones en público, utilización de otras personas (sin el consentimiento de éstas) para masturbarse, utilización de determinados objetos que pueden provocar lesiones en los genitales, masturbaciones muy reiterativas que puedan llegar a provocar erosiones y heridas cutáneas, etc...

Presentamos a continuación una propuesta de abordaje de algunas de las cuestiones que mayor relevancia tienen para la intervención en sexualidad con esta población, adaptadas de materiales de trabajo de la sexualidad de la Asociación GAUTENA (Asociación Guipuzcoana de autismo). (Illera y Aitzpuru 1998).

Masturbación.

Es importante conocer la función que ejerce la masturbación, y ser respetuoso con su expresión. Se trata de un comportamiento íntimo y por tanto debe realizarse en la intimidad. Como hemos visto, para muchas personas con

discapacidad la masturbación puede ser la única opción para descargar todas sus tensiones sexuales. Pero en este aspecto es importante realizar una aclaración sobre alguna creencia errónea que atribuye a las personas con discapacidad con mayores necesidades de apoyo una necesidad personal de masturbación más frecuente que el resto de la población. Lejos de esto, lo que ocurre a estas personas es que la falta de actividades satisfactorias y de ocupación productiva, en suma, el aburrimiento puede facilitar que sitúen a las conductas autoeróticas entre las actividades que le proporcionan satisfacción como puede ser comer o ver la televisión y a mayor tiempo libre desocupado, mayor frecuencia de aparición.

Según algunos estudios realizados, acerca de la expresión de la sexualidad entre adolescentes y adultos con Trastornos del Espectro Autista, las principales conductas sexuales no ajustadas al contexto se deben a las dificultades de comprensión de normas sociales y establecer adecuadas relaciones interpersonales:

- La masturbación es la forma más frecuente de expresión sexual.
- Muchos utilizan objetos específicos para estimularse (almohadas, revistas, pequeños objetos...).
- A menudo se masturban en público sin importarles la gente que les rodea.
- Algunos presentan signos de frustración (agitación, ansiedad, agresión...) cuando no llegan al orgasmo.

La principal línea a desarrollar en estos aspectos será proporcionar pautas sobre **el lugar y momento adecuados para la masturbación**, aunque una de las dificultades no poco frecuente es la **dificultad para alcanzar el orgasmo**, puesto que si la persona no consigue liberar la tensión acumulada pueden surgir dificultades conductuales.

A la hora de poner en marcha un programa de intervención, deberemos plantearnos en primer lugar la situación de **capacidad legal de la persona**, que en caso de carecer de la misma suelen depender de sus **tutores** para su toma de decisiones. Por ello, se pondrá en contacto de estos la necesidad de implantar un programa de intervención cuando aparezcan conductas espontáneas. En modo alguno se puede inducir a ellas desde el centro.

Una vez la situación está en conocimiento de los tutores y del centro, se debe mantener un primer contacto, donde estén presentes: los tutores, un equipo interdisciplinar del centro compuesto por profesionales que conozca bien a la persona y la propia persona con discapacidad y se registrará el desarrollo y las conclusiones de la reunión.

En esta reunión se informará a los tutores de la existencia del protocolo de sexualidad, y en relación a la conducta sexual citada, de las siguientes premisas:

- Son los tutores quienes deben decidir si consideran oportuno que el centro permita o no, e intervenga o no, sobre la conducta sexual manifestada.
- Desde el centro se debe informar de las consecuencias que puede tener extinguir o no permitir la masturbación.
- Si nos encontramos en un centro de día (y según sus características), puede que el centro, **no sea el lugar adecuado** para que las personas con discapacidad lleven a cabo la masturbación **ni para llevar a cabo su enseñanza explícita**, aunque pueden existir excepciones según criterio de los profesionales. Si hablamos de un centro residencial (que es la vivienda habitual de la persona) no caben estas consideraciones.
- Se recomendará a los tutores la participación en las actividades formativas dirigidas a familias que ponga en marcha el centro.
- Se ofrecerá todo tipo de información complementaria y asesoramiento especializado a aquellas personas que lo soliciten.

Finalmente, y tras estas actuaciones, los tutores legales pueden optar por (expresando su decisión por escrito):

a. **Considerar la masturbación como una conducta inapropiada.** En este caso, desde el centro se diseñará un **programa de intervención** donde planificaremos estrategias, que se pondrán en conocimiento de los tutores, entre las que podemos señalar:

- Actividades alternativas.

- Disminuir momentos desestructurados.
- Aumentar la supervisión.
- Diseñar actividades compartidas.
- Modificar actividades.

Pese a ello, se invitará a los tutores a recibir mayor información/formación y se expresará claramente las dificultades éticas y prácticas que conlleva este programa, el perjuicio que puede suponer impedir esta conducta (que, de hecho, es inevitable) y que su eficacia es muy reducida.

b. Favorecer/permitir la manifestación de la conducta sexual ya que se considera como algo natural y necesario. En este caso el centro elaborará un programa de intervención que permita desarrollar de la manera más adecuada posible la masturbación. Los contenidos a tratar pueden ser:

- **Concepto de masturbación.**

Definir el concepto, de manera verbal y visual.

- **Dónde pueden masturbarse.**

Conocer los contextos donde puede masturbarse.

Saber que se debe hacer en privado, sin nadie delante.

- **Cuándo pueden masturbarse.**

Conocer los momentos del día.

- **Cómo masturbarse.**

Cómo alcanzar la excitación.

Enseñar el procedimiento de la masturbación.

- **Higiene.**

Lavarse las manos antes de comenzar.

Lavarse las manos una vez ha terminado.

Lavarse sus genitales tras la eyaculación.

Limpiar los restos de semen que haya podido quedar.

Este programa de trabajo será desarrollado en el centro por parte de un profesional de referencia para la persona. Respecto al apartado de *Cómo masturbarse* (la enseñanza física y explícita), en principio se reserva a los tutores legales, para lo cual se ofrecerá todo tipo de asesoramiento y orientación necesarios para que pueda abordar con las garantías suficientes una enseñanza adecuada. **Solo en caso de demanda explícita de la familia (que debe ser recogida por escrito)** y previo estudio de la situación familiar, por parte de los profesionales, se puede llevar a cabo el programa en el centro.

Para aquellos casos en los que sea necesaria la enseñanza de la masturbación se tendrán en cuenta las siguientes premisas:

1. Los tutores deben autorizar esta práctica.
2. Será un profesional/familiar del mismo sexo quien enseñe a la persona.
3. Para alcanzar la excitación necesaria, no se utilizarán materiales donde aparezcan personas conocidas o del entorno de la persona.
4. La enseñanza se realizará de la manera más aséptica posible.
5. Se utilizará un espacio físico adecuado, que proporcione intimidad a la persona, donde pueda controlar la apertura de la puerta. En todo caso, si la persona se queda sola en un espacio de acceso público (ej. el baño), nos

aseguraremos que nadie pueda interrumpirle. En caso de realizarlo en el centro, nos aseguraremos de que cuente con el espacio adecuado para ello.

Si desarrollamos este programa desde un centro de día, para completar este programa con éxito, es necesario establecer con los tutores las medidas necesarias para que la persona pueda masturbarse en casa y de la manera pactada, cada vez que lo solicite. De esta manera cuando la persona quiera realizarlo en el centro se le recordará dónde y cuándo puede hacerlo.

Menstruación o período.

La primera consideración en lo relativo al periodo es precisamente que la intervención debería realizarse de forma previa a la aparición de la primera menstruación, para facilitar la comprensión y el mejor desempeño de la mujer con discapacidad ante ella, por lo cual correspondería a periodos en los que las personas con discapacidad aún no son usuarias de los centros. Para aquellos casos en los que exista una primera menstruación tardía o bien en los que estos aspectos no se hayan trabajado, presentamos algunas propuestas de posibles contenidos a considerar:

- Conocer el concepto de menstruación:
 - Definir el concepto verbalmente o través de material pictográfico: “cuando sale sangre de la vagina...”
 - Conocer de manera básica el ciclo menstrual.
 - Organizar en un calendario el ciclo menstrual.
 - Reconocer el uso de la compresa o tampón.
- Uso correcto de la compresa o tampón:
 - Colocar correctamente la compresa o tampón.
 - Saber cada cuánto y cuándo debe llevar puesta la compresa o tampón.

- Retirar correctamente la compresa o tampón.
- Higiene durante este período:
 - Saber si tiene que cambiarse la compresa o tampón.
 - Lavarse las manos tras cada cambio de compresa o tampón.
 - Desechar la compresa o tampón en los lugares adecuados.
 - Mantener una higiene correcta en su zona genital durante este período.
- Control del ciclo menstrual:
 - Utilizar una tabla de registro para controlar el ciclo.
- Uso de medicamentos:
 - Identificar el dolor menstrual.
 - Conocer que ciertos medicamentos reducen el dolor menstrual.
 - Uso adecuado.
 - Pedir estos medicamentos cuando sean necesarios.

En el caso que la mujer con discapacidad muestre dificultades para controlar su ciclo menstrual, el profesional se encargará de anotar en la hoja de registros, para así estar informados y controlar la regularidad, ausencia, premenstruación, etc. evitando así posibles dificultades o problemas de salud.

Por último, en ciertos casos puede ser preferible el uso de compresas frente a los tampones puesto que:

- Requieren una habilidad manual con la que la mujer puede no contar.

- Para algunas mujeres resulta menos probable que con ellos adquiera la independencia necesaria para cuidar por sí misma de su menstruación.
- Los tampones pueden ser utilizados erróneamente y producir daños.

HIGIENE PERSONAL.

Este aspecto es tratado de manera transversal en cada una de las fases anteriores. En todo caso, algunas situaciones pueden requerir una atención especial en cuanto a la higiene se refiere:

- Dolor/ picor de la zona genital.
- Sangrado del pene o de la vagina cuando no toca el período.

Los profesionales del centro deben estar atentos a estas circunstancias sobre todo en aquellos casos donde la persona sea incapaz de reconocer y/o manifestar esta dificultad.

Conducta social.

Una de las dificultades características de esta población suele ser la falta de comprensión de las normas sociales, lo que puede conducirles a situaciones verdaderamente embarazosas, tanto para ellas, como para las personas que les rodean. En este sentido, debemos incluir entre otros, los siguientes objetivos de trabajo:

- Conocer los sitios apropiados para desnudarse.
- Conocer los momentos adecuados para desnudarse.
- Conocer aquellas personas a las que puede besar, abrazar o acariciar y en qué circunstancias.
- Conocer aquellas personas a las que debe dar la mano y en qué circunstancias.
- Etc.

Estos objetivos se trabajarán de manera funcional, aprovechando situaciones naturales de la vida diaria, aunque también lo trabajaremos a través de fotos, vídeos, representaciones, etc.

La discapacidad es una cuestión social que hay que abordar desde diversos frentes. Poco a poco se va arrojando más luz sobre cuestiones relacionadas con la sexualidad de las personas con discapacidad y se van conociendo experiencias que pueden servir como modelos y fuentes de inspiración para poner en práctica otros nuevos. En este campo, resulta de interés reflejar para su contribución a reflexiones y propuestas desde el movimiento asociativo de personas con discapacidad, algunos ejemplos. Es de interés tratar de generalizar, con perspectiva de género, las buenas prácticas detectadas al contexto andaluz y a las personas con mayores necesidades de apoyo en, al menos, los siguientes aspectos: instituciones residenciales, investigación, educación sexual, rehabilitación sexual, asistencia sexual y servicios de salud sexual y reproductiva.

Anexo 3: Abusos

Factores que influyen en la posibilidad de abusos sobre las personas con discapacidad

Las personas con grandes necesidades de apoyo pueden no entender lo que está ocurriendo o no tener modo de comunicar los abusos a una persona de confianza. Otras con menores necesidades de apoyo pueden darse cuenta de que están siendo asaltadas, pero no saben que es ilegal y que tienen derecho a decir que no. Debido a amenazas a su bienestar o al de sus seres queridos por parte de quien abusa, pueden no comunicar nunca a nadie el abuso, sobre todo cuando es cometido por una figura de autoridad a quien aprenden a no cuestionar. Además, rara vez reciben formación en temas de sexualidad o se les proporciona entrenamiento en asertividad. Incluso cuando intentan informar, se enfrentan a obstáculos al hacer declaraciones a la policía porque pueden no ser consideradas creíbles por tener una discapacidad (Keilty y Connelly 2001).

Para ampliar información sobre el abuso en mujeres y niñas con discapacidad recomendamos consultar “Mujeres con discapacidad y violencia sexual: Guía para profesionales”, realizada por AMUVI y editada por la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social (disponible en la página Web de la Consejería).

¿Qué factores de riesgo contribuyen a la ocurrencia de abusos?

Algunos factores de riesgo pueden incluir sensación de impotencia, déficit en habilidades comunicativas e incapacidad para protegerse a sí misma debido a la falta de formación y/o recursos. El hecho de que estas personas puedan vivir en entornos sobrecontrolados y autoritarios, contribuye a incrementar la sensación de impotencia ante su situación. Además, en muchos casos no se ofrecen suficientes oportunidades de experiencia para aprender a desarrollar y utilizar su propia intuición (aquellos y aquellas que reciben formación pueden con frecuencia detectar mejor entre las situaciones de seguridad y las de riesgo.)

Otros factores incluyen la incapacidad del profesional o persona cuidadora para:

- 1) Solicitar información sobre los antecedentes de todos los implicados en la vida de la persona, como profesionales, auxiliares, auxiliares y personal voluntario,
- 2) La falta de conocimiento sobre las actitudes y prácticas de la entidad sobre la actuación ante abusos.
- 3) No contar con un plan en marcha para responder a las denuncias de abuso cuando se producen.

Además, las personas que abusan no suelen ser detectadas ni se responsabilizan de estas acciones, lo que permite que el abuso continúe.

Señales de detección de abusos en personas con mayores necesidades de apoyo:

Señales físicas:

- Contusiones en áreas genitales
- Dolor en áreas genitales
- Enfermedades de Transmisión Sexual
- Signos de abuso físico
- Lagrimeo del área vaginal o anal
- Dolores de cabeza / dolor de estómago

Conducta/ señales psicológicas:

- Depresión
- Abuso de sustancias
- Retraimiento
- Evitación de determinados lugares
- Fobias
- Convulsiones
- Evitación de ciertas personas
- Llantos repentinos

- Regresiones
- Trastornos del sueño
- Irritabilidad
- Sentimientos de vergüenza y culpa
- Cambio en el apetito
- Resistencia a examen físico
- Cambios en el estado de ánimo
- Conductas autodestructivas
- Sentimientos de pánico
- Cambio de hábitos
- Dificultades del aprendizaje
- Grave ansiedad y preocupaciones
- Conducta sexual inapropiada

(Sobsey 1994)

Perfil más frecuente de la persona que abusa

Como es el caso de las personas sin discapacidad que sufren abusos, los autores suelen ser personas conocidas por la víctima, tales como familiares, conocidos, el personal de atención residencial, proveedores de transporte y asistentes de cuidado personal. Según algunos estudios (Balderian 1991) el 97-

99 por ciento de los abusadores son personas conocidas y de confianza para la víctima con discapacidad. Mientras que en el 32 por ciento de los casos, los abusadores eran miembros de la familia o conocidos, el 44 por ciento tuvo una relación con la víctima relacionada con la discapacidad de la persona (como personal de atención residencial, transporte y proveedores asistentes de cuidado personal).

Posibles señales a buscar en una persona que abusa

- Abuso de alcohol o de drogas
- Erotismo excesivo o inapropiado
- Aislamiento social
- Usos de otras formas de abuso
- Historial previo de abusos
- Búsqueda de contacto con niños aislados
- Fuerte preferencia por los niños
- Cuidadores sustitutos (en particular hombres)
- Historia de abusos no resuelta
- Uso de pornografía

(Sobsey 1994)

¿Cuáles son los efectos del abuso en una persona con discapacidad?

La violencia sexual causa nocivos efectos psicológicos, físicos y de conducta. Pueden producirse embarazos no deseados, contagio de enfermedades de transmisión sexual, contusiones, laceraciones y otras lesiones físicas. A menudo se presentan síntomas psicosomáticos, tales como dolor de estómago, dolores de cabeza, convulsiones o problemas para dormir. Las consecuencias psicológicas suelen incluir depresión, ansiedad, ataques de pánico, baja autoestima, vergüenza y culpa, miedo irracional y pérdida de confianza. A nivel de conducta pueden aparecer aislamiento, agresividad, conductas autolesivas y conducta sexual inapropiada (Sobsey 1994).

¿Cómo puede prevenirse el abuso en las personas con discapacidad?

El primer paso es reconocer la magnitud del problema y enfrentarse a la realidad de que las personas con discapacidad con mayores necesidades de apoyo tienen más probabilidades de ser víctima de abusos que las personas sin discapacidad. Además, deben cambiar las actitudes sociales para ver a las víctimas con discapacidad con el mismo rigor y seriedad que a las víctimas sin discapacidad, y ofrecerles apoyo y asesoramiento. Cada abuso, independientemente de quién sea la víctima, debe tomarse en serio.

En segundo lugar, los abusos deben ser denunciados a fin de que se detengan. Si bien pocas personas divulgan los abusos por una serie de razones comprensibles, esta falta de transmisión de información promueve un ambiente propicio para que estos continúen. Se puede incrementar el número de denuncias mediante la formación de las personas con discapacidad y los proveedores de servicios sobre la violencia sexual, la mejora de la investigación y persecución de este delito, y la creación de entornos seguros que permitan a las víctimas denunciar.

La educación sexual debe ser obligatoria y debe incluir el fomento de la autodeterminación y de habilidades para construir relaciones, facilitando a las personas con discapacidad a que desarrollen relaciones seguras. Debe incluirse formación sobre abusos ofreciendo información sobre cómo reaccionar y protegerse a sí mismas cuando se convierten en víctimas del mismo.

Anexo 4: Resumen de indicadores

La sexualidad como una acción transversal		
Indicador	Estándar	Valor actual
<ul style="list-style-type: none"> % de personas usuarias informadas en la fase de acogida sobre las características y normas del centro en materia de relaciones interpersonales. 	100%	
<ul style="list-style-type: none"> nº de programas de educación sexual puestos en marcha anualmente 	≥ 1	
<ul style="list-style-type: none"> se dispone de un espacio de sugerencias, dudas y peticiones anónimas relacionadas con la sexualidad 	sí	
<ul style="list-style-type: none"> % de quejas y/o sugerencias relacionadas con la sexualidad recibidas en el centro por personas usuarias respecto al total de quejas y/o sugerencias recibidas 	<10%	
<ul style="list-style-type: none"> % de quejas y/o sugerencias respondidas respecto del total de quejas recibidas relacionadas con la sexualidad 	100%	
<ul style="list-style-type: none"> % de quejas y/o sugerencias resueltas respecto del total de quejas recibidas relacionadas con la sexualidad 	<60%	
<ul style="list-style-type: none"> grado de satisfacción de la persona con la resolución de la queja o sugerencia relacionada con la sexualidad 	<70%	
<ul style="list-style-type: none"> tiempo medio empleado en la respuesta a la 	<10 días	

queja o sugerencia		
<ul style="list-style-type: none"> • existencia de espacios habilitados en el centro para que las personas usuarias puedan desarrollar sus relaciones interpersonales e íntimas. 	sí	
<ul style="list-style-type: none"> • % de personas usuarias que han visitado al especialista al menos una vez en los últimos 12 meses 	100%	
<ul style="list-style-type: none"> • nº de programas de educación sexual dirigidos a residentes, personal de atención y personal de administración 	≥ 1 por cada grupo	
<ul style="list-style-type: none"> • nº de programas de educación sexual adecuados y adaptados a los distintos tipos de discapacidad destinados a residentes 	≥ 1	
<ul style="list-style-type: none"> • nº de programas de educación sexual adecuados y adaptados a los distintos tipos de discapacidad destinados al personal de atención directa 	≥ 1	
<ul style="list-style-type: none"> • nº de programas de educación sexual adecuados y adaptados a los distintos tipos de discapacidad destinados a personal de administración del centro. 	≥ 1	
<ul style="list-style-type: none"> • % de profesionales que han recibido formación e información específica, acceso a material, asesoramiento legal y pautas de intervención escritas. 	100%	

Programa de formación		
Indicador	Estándar	Valor actual
• nº de acciones formativas sobre sexualidad programadas para personas con discapacidad usuarias del centro	>=1	
• nº de acciones formativas sobre sexualidad programadas para personal de atención directa del centro	>=1	
• % de acciones formativas sobre sexualidad ejecutadas respecto de las programadas	100%	
• % de personas usuarias que han recibido formación sobre sexualidad	>=80%	
• % de profesionales de atención directa que han recibido formación sobre sexualidad	100%	

Las revisiones ginecológicas-urológicas		
Indicador	Estándar	Valor actual
• % de personas usuarias que firman el consentimiento informado para su inclusión en los programas de prevención sobre sexualidad	>80%	
• % de personas incluidas en los programas de prevención que cumplen con todos los objetivos del mismo	100%	
• grado de satisfacción de usuarios/as incluidos en programas	>70%	

Las relaciones interpersonales en el centro.		
Indicador	Estándar	Valor actual
<ul style="list-style-type: none"> n° de espacios habilitados en el centro para que las personas usuarias puedan desarrollar sus relaciones interpersonales e íntimas. 	>=1	
<ul style="list-style-type: none"> % de embarazos no deseados que se dan en el período de un año 	0%	
<ul style="list-style-type: none"> % de usuarias embarazadas (embarazo deseado o no) que han sido orientadas a los recursos adecuados a su situación 	100%	

Prevención de abusos		
Indicador	Estándar	Valor actual
<ul style="list-style-type: none"> protocolo de detección de situaciones de abuso o violencia hacia las personas usuarias del centro elaborado y difundido entre el personal del centro 	sí	
<ul style="list-style-type: none"> % de profesionales que conocen y manejan el protocolo de detección de situaciones de abuso o violencia hacia las personas usuarias del centro 	100%	
<ul style="list-style-type: none"> n° de veces que se ha puesto en marcha el protocolo de detección y actuación ante abusos en el año 		
<ul style="list-style-type: none"> % de casos ocurridos y no detectados de forma previa por el personal del centro en el período de un año 	0%	

<ul style="list-style-type: none"> • % de usuarios/as víctimas de abuso a los que se han aplicado programas de abordaje afectivo-emocional puestos por parte del personal cualificado 	100%	
--	------	--

Glosario (palabras clave)

- **Bisexualismo:** orientación sexual, romántica y afectiva que se dirige hacia personas del sexo opuesto y/o mismo sexo de la persona. La identidad bisexual engloba la posibilidad, y no solo el hecho, de este comportamiento sexual con más de un sexo o género.
- **Diversidad:** el concepto de diversidad engloba e incluye en su definición todas las formas de expresión humana. El concepto es utilizado en distintos ámbitos, desde la biodiversidad (variedad de seres vivos) a la diversidad étnica y sexual, donde en esta última se incluyen todas las formas de sexualidad y el erotismo humano
- **Género:** conjunto de valores, caracteres, creencias y actitudes que se adjudican o asocian a mujeres y hombres en relación a lo femenino y lo masculino. El género es la construcción cultural del sexo, son construcciones humanas, y por lo tanto, son mutables.
- **Heterosexismo:** creencia que la relación heterosexual es “lo natural” y por lo tanto hay que establecer normas, valores y estructuras éticas y estéticas que encaucen a las personas desde la infancia hacia la heterosexualidad. Paradójicamente “lo natural” no tendría por qué ser educado/a, y si lo requiere, deja de ser “natural”.
- **Heterosexualidad:** orientación sexual, romántica y afectiva que se dirige hacia personas del sexo contrario.
- **Homosexualidad:** orientación sexual, romántica y afectiva que se dirige hacia personas del mismo sexo de la persona. La identidad de género de un homosexual permanece acorde con su anatomía sexual.

- **Identidad de género:** autodefinición con respecto al conjunto de valores que se consideran propios de la feminidad y de la masculinidad (género), que puede o no corresponder con el sexo biológico y la orientación sexual.
- **Masturbación:** Es la excitación o estimulación específica de los órganos genitales con el objeto de obtener placer sexual, pudiendo llegar o no al orgasmo. Puede realizarse en solitario o a través de las relaciones sexuales, mediante la manipulación instrumental, caricias corporales, fantasías sexuales o por la combinación de ellas.
- **Menopausia:** Suspensión de la menstruación. Usualmente se presenta en las mujeres entre los 45 y los 50 años. Es también un periodo de la vida de la mujer en el que cesa la actividad cíclica del ovario.
- **Menstruación:** Se refiere a la descamación cíclica del endometrio (revestimiento del útero) acompañada de hemorragias que se produce en la mujer que no está embarazada. Los periodos menstruales suelen comenzar en la pubertad y continúan hasta la menopausia, identificando los años fértiles de la vida de la mujer.
- **Orientación sexual:** gusto personal, sexual y romántico por un determinado sexo. Las orientaciones sexuales pueden ir de la heterosexualidad a la homosexualidad, pasando por un abanico de variantes donde en el punto medio se encuentra la bisexualidad.
- **Sexualidad:** se refiere a la actitud psicológica frente al sexo e implica la expresión de sentimientos. De este modo engloba sexo (biológico), sensualidad, erotismo, amor, entre otros conceptos.

Bibliografía

Alvarez, R., Lobatón, S.y Rojano M.A. (2007). Las personas con autismo en el ámbito sanitario. Una guía para profesionales de la salud, familiares y personas con TEA. Autismo Andalucía.

- Amor J. R. (2000) Afectividad y sexualidad en la persona con deficiencia mental. Madrid: Universidad Pontificia de Comillas.
- Amor, J.R. (2000) Introducción. En Sexualidad y personas con discapacidad psíquica. Vol. 1. Colección FEAPS. Madrid: FEAPS. www.feaps.org/biblioteca/sexualidad_ydi/introduccion.pdf .
- Baldaro Verde, J., Govigli, G. y Valgimigli, C. (1988) La sexualidad del deficiente. Barcelona: CEAC.
- Balderian, N. (1991) Sexual abuse of people with developmental disabilities. *Sexuality and Disability* 9, nº. 4: 323-335.
- Chauchard, P. (1964) El equilibrio sexual: Fontanella.
- Craft, A & M (1983) Sex education-counselling for mentally handicapped. Costello.
- Dallayrac, N. (1996) Los juegos sexuales de los niños: Gedisa.
- De Dios, R., García, M. y Suárez, O. (2006) Discapacidad intelectual y sexualidad: Conductas sexuales socialmente no aceptadas. Serie documentos técnicos. Gobierno del Principado de Asturias.
- De La Cruz, F. y Laveck, G.D. (1979) Sexualidad y retraso mental. San Sebastián: S.I.S.
- Del Campo, A. (1997) Prevención de abusos sexuales a menores 12-18 años. Madrid: Ministerio de Trabajo
- Domenech, J. (1997) Jornadas interdisciplinarias de educación especial. Marfil.
- Drury, J. (2000) Holding on letting go.: A Condor Book .
- Edwards, J. P. y Elkins, T. E. (1990) Nuestra sexualidad: Por una vida afectiva y sexual normalizada. Barcelona: Milan.
- Fierro, A. (2000) El sexo de los ángeles. En Sexualidad y personas con discapacidad psíquica. Colección FEAPS 1. Madrid: FEAPS. www.feaps.org/biblioteca/sexualidad_ydi/02_sexo.pdf .
- Fuertes A. (1997) Aproximaciones al estudio de la sexualidad. : Amaru.
- García, J.L. (1994) Mi primer libro de información sexual. Elgar-G.I.E.
- García, J.L. (1997) Cuaderno de actividades de información sexual 1. : Elgar-G.I.E.
- García, J.L. (1997) Cuaderno de actividades de información sexual 2. : Elgar-G.I.E.
- García, J.L. (1997) Mi segundo libro de información sexual. : Elgar-G.I.E.
- García, J.L. (2000) Educación sexual y afectiva en personas con minusvalía psíquica. Cádiz: Asociación Síndrome de Down Cádiz y Bahía.
- García, J.L. (2000) Educación sexual y afectiva en personas con minusvalía psíquica: Una propuesta de intervención. En Sexualidad y personas con discapacidad psíquica. Colección FEAPS 1. Madrid: FEAPS. www.feaps.org/biblioteca/sexualidad_ydi/05_educacion.pdf .
- García, M., de Dios, R. et al (2007) Discapacidad intelectual y sexualidad: Programa de Educación sexual en Centros de atención a personas adultas. Serie documentos técnicos. Gobierno del Principado de Asturias.
- Giommi, R. (1996) Programa de educación sexual 11 a 14 años. : Everest.

- Godoy, P., et al (2007) Educación sexual de niños, niñas y jóvenes con Discapacidad Intelectual. Santiago de Chile: Ministerio de Educación de Chile, División de Educación General.
- Gómez, J. (1997) Avances en sexología, Universidad Del País Vasco.
- Guash, O. y Viñuales, O. (Eds.) (2003) Sexualidades. Diversidad y control social. Barcelona: Edicions Bellaterra.
- Harris, R.H. (1996) Sexo... ¿qué es? : Serres.
- Illera, A., y O. Aitzpuru. 1998. Sexualidad y habilidades sociales.: Gautena.
- Keilty, J., y Connelly, G. (2001) Making a statement: An exploratory study of barriers facing women with an intellectual disability when making a statement about sexual assault to police. *Disability & Society* 16, nº. 2: 273-291.
- Lameiras, M. (2004) Programa coeducativo de desarrollo psicoafectivo.: Pirámide.
- Lawson, W. (2005) Sex, sexuality and the autism spectrum. : Jessica Kingsley Pub
- Llanderas, P., y Mández, M. (s.d.) Educar en valores: Educación para la salud. Instituto de tecnologías educativas. Madrid: Ministerio de Educación.
www.ite.educacion.es/w3/recursos/secundaria/transversales/salud.htm (Accedido en enero 2011).
- López, F. (1996) Para comprender la sexualidad. Verbo Divino
- López, F. (2000) Abusos sexuales a menores y educación sexual. : Amaru
- López, F. (2001) Educación Sexual y Discapacidad. III Congreso “La Atención a la Diversidad en el Sistema Educativo”. Salamanca, 6 al 9 de febrero de 2001. Universidad de Salamanca. Instituto Universitario de Integración en la Comunidad (INICO).
- López, F. (2002) Sexo y afecto en personas con discapacidad. Madrid: Ed. Biblioteca Nueva.
- Mackay, J. (2004) Atlas Akal del comportamiento sexual humano. AKAL.
- Millán, S., Sepúlveda, A., Sepúlveda, P. y González, B. (2008) Mujeres con discapacidad y violencia sexual: guía para profesionales. : Consejería para la Igualdad y Bienestar Social. Junta de Andalucía.
- Newport, J & M (2002) Autism-asperger´s & sexuality. : Future Horizons
- Nordqvist, I. (1991) Sexualidad y discapacidad. Un tema que nos concierne a todos. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales - INSERSO.
- Pérez J. (1997) Matrimonio y deficiencia mental. : Universidad Pontificia Comillas. Cátedra de Bioética.
- Sánchez, E., Honrubia, M. y Chacón, M. D. G.(2005) Guía básica de educación afectivo sexual para personas con discapacidad visual. Barcelona: Universitat de Barcelona, Publicacions i Edicions.
- Sandre, F. y Raute, H. (1973) También ellos crecen. Barcelona: Herder.
- Sobsey, D. (1994) Violence and abuse in the lives of people with disabilities: The end of silent acceptance? Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co.
- Soto De Lanuza, J.L. (1987) Sexualidad y minusválidos. Madrid: Editorial Popular.
- Soulier, B. (1995) Los discapacitados y la sexualidad. Barcelona: Herder.

Sullivan, P.M., y Knutson J.F.(1994) The relationship between child abuse and neglect and disabilities: Implications for research and practice. Omaha, NE: Boys Town National Research Hospital.

Tallis, J. y Casarella, J.(2005)Sexualidad y discapacidad (1ª ed.). Madrid: Miño y Dávila.

VV.AA. (1993) Sexualidad y retraso mental. Siglo Cero, 145 y 146.

VV.AA. (1993)Sexualidad en personas con minusvalía psíquica. Documento Técnico nº 73 , Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales - I.N.S.S.