



PROPUESTA DE INTERVENCIÓN:
EDUCACIÓN AFECTIVO - SEXUAL
PARA PERSONAS CON
DISCAPACIDAD INTELECTUAL

TRABAJO DE FIN DE GRADO



AUTORA: MARIA ELENA TORICES CABALLERO

TUTOR ACADÉMICO: MOISÉS OCHOA AIZCORBE

GRADO EN EDUCACIÓN ESPECIAL

Universidad de Valladolid. Curso Académico 2017-2018

*A mi tía Isabel, por ser motor y guía,
por enseñarme desde la cuna la magia de este mundo.*

*A mis padres, por su amor.
Por hacer de mi sueño el suyo propio,
haciendo que me sienta afortunada cada día,
de lo que somos y de lo que tenemos.*

*“Las personas olvidarán lo que dijiste,
olvidarán lo que hiciste,
pero nunca olvidarán cómo las hiciste sentir”.*

Maya Angelou

Resumen

La educación afectivo-sexual en el ámbito de la discapacidad intelectual es, en muchos casos, una de las asignaturas pendientes a resolver por parte del sistema educativo y de los profesionales que lo conforman. Por este motivo, el presente documento trata de hacer una recopilación de bases teóricas fundamentales sobre discapacidad intelectual relacionada con la educación afectivo-sexual que posteriormente faciliten el trabajo a desarrollar: una propuesta educativa en este ámbito. En el caso que nos ocupa, se trabaja con dos alumnos de trece años escolarizados en sexto curso de Educación Primaria que presentan unas necesidades muy específicas en lo referido a conductas afectivo-sexuales. El objetivo general gira en torno al desarrollo de conductas aceptadas socialmente para incrementar su autoaceptación e inclusión en el ámbito educativo; mejorando por consiguiente su calidad de vida.

Palabras clave

Educación afectivo-sexual, discapacidad intelectual, intervención, Educación Especial, Educación Primaria.

Abstract

Affective-sexual education in the field of intellectual disability is on many occasions, a forgotten subject to solve by education system and professionals who form it. For this reason, this document tries to perform a compilation of the fundamental theoretical bases about intellectual disability related to affective-sexual education in order to prepare the following job: an educational proposal in this ambit. In this case, the intervention Will be with two thirteen year-old pupils schooled in sixth course of primary education who present specific needs in affective-sexual conducts. The principal aim is the development of social accepted conducts to increase their self-acceptance and inclusion in the educational field, improving with this their life quality.

Keywords

Affective-sexual education, intellectual disability, intervention, special education, primary education.

Contenido

INTRODUCCIÓN	5
OBJETIVOS	6
JUSTIFICACIÓN	7
FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA Y ANTECEDENTES	10
<i>Conceptualización básica de Discapacidad Intelectual</i>	10
<i>Historia de la Educación Sexual en Discapacidad Intelectual</i>	14
<i>La Educación Sexual en el Sistema Educativo</i>	16
<i>Los derechos afectivos y sexuales en las personas con discapacidad</i>	16
<i>La educación sexual y los modelos de intervención</i>	17
<i>Actitudes negativas o malas prácticas</i>	23
<i>La masturbación</i>	27
CONTEXTO	30
<i>Contexto centro educativo</i>	30
<i>Contexto aula</i>	31
<i>El alumnado sobre el que se va a intervenir</i>	31
METODOLOGÍA O DISEÑO	35
<i>Introducción metodológica</i>	35
<i>Fases previas al inicio de la intervención</i>	40
<i>Intervención en Educación Afectivo-Sexual</i>	42
<i>Temporalización</i>	43
<i>Fichas de sesión</i>	44
EXPOSICIÓN DE RESULTADOS	45
<i>Narrado de sesiones</i>	45
<i>Rúbrica de Actividad</i>	45
<i>Análisis MIMO</i>	46
<i>Diana de Aprendizaje (Docente)</i>	47
<i>Diana de Aprendizaje (Alumnado)</i>	50
<i>Consideraciones finales</i>	53
Bibliografía	56
ANEXOS	59

<i>ANEXO I. Guión para la reunión con los padres</i>	<i>60</i>
<i>ANEXO II. Guión para la reunión con otros educadores</i>	<i>62</i>
<i>ANEXO III. Cuadro recopilatorio de información relevante y listado de carencias y necesidades.....</i>	<i>64</i>
<i>ANEXO IV. Permiso para padres o tutores legales</i>	<i>66</i>
<i>ANEXO V. Rúbrica de actividad</i>	<i>67</i>
<i>ANEXO VI. Materiales para el desarrollo de la intervención</i>	<i>68</i>
<i>ANEXO VII. Fichas de sesión</i>	<i>133</i>
<i>ANEXO VIII. Narrado de sesiones</i>	<i>141</i>
<i>ANEXO IX. Álbum fotográfico</i>	<i>148</i>

INTRODUCCIÓN

El Trabajo de Fin de Grado (TFG) es una asignatura indispensable del Grado de Educación Primaria, a partir del cual nace el presente documento que sirve como vía evaluativa de la autonomía de trabajo, manejo de fuentes de información y capacidad de innovación en torno a un tema del alumnado.

En mi caso, la temática tratada gira en torno a la Educación Afectivo – Sexual de las personas con discapacidad intelectual, un ámbito olvidado o ignorado, en muchos casos, por distintos agentes educativos en este colectivo con necesidades tan específicas. La manera de abordaje elegida ha sido una propuesta de intervención realizada con dos alumnos de trece años escolarizados en sexto de educación primaria que presentan diferentes problemáticas.

La totalidad del contenido queda dividida en diferentes capítulos dependiendo del tema o aspectos que se deciden tratar y desarrollar. La actual introducción es el primero de ellos y a esta, le siguen dos puntos muy relevantes: los objetivos (creados al inicio de todo el planteamiento) y la justificación en la que se relaciona la sexualidad con el ser humano, de manera más concreta con la discapacidad intelectual y finalmente, se añaden unas pequeñas pinceladas de vivencias personales de la autora acerca del tema.

La fundamentación teórica y los antecedentes tratan de hacer una recopilación básica de la teoría existente sobre discapacidad intelectual, además de hacer un breve recorrido histórico sobre la educación afectivo-sexual en dicho colectivo. Se plantea que, aunque los avances en cuanto a formación afectivo-sexual han sido notorios, aún resultan insuficientes y queda mucho camino por recorrer, especialmente en este tipo de alumnado.

Finalmente, el grosor de toda esta propuesta se desarrolla en los tres capítulos siguientes: en primer lugar, se procede a la presentación de un contexto en el que se destacan las características de un centro concertado ordinario, el aula en el que posteriormente se desarrollará la intervención y las necesidades educativas y estilo de aprendizaje de los dos alumnos mencionados con anterioridad; en segundo lugar, se describe la metodología que se va a aplicar, las fases previas que deben desarrollarse antes del inicio de la intervención (cuyo objetivo fundamental es la recopilación de información) y una temporalización, organización y explicación pormenorizada de las sesiones; finalmente, el cierre del documento viene dado por un meticuloso análisis del trabajo realizado a través de distintas evaluaciones que facilitan y argumentan la elaboración de una serie de consideraciones finales para otros compañeros o docentes que tengan intención de poner en marcha una intervención de este tipo en el ámbito de la Educación Especial.

OBJETIVOS

Objetivo general

Ofrecer al alumnado con discapacidad intelectual conocimientos del ámbito afectivo-sexual que promuevan la autoaceptación y el desarrollo de conductas apropiadas socialmente.

Objetivos específicos

- Fomentar la aceptación de la sexualidad en personas con discapacidad intelectual por parte de la sociedad y, específicamente, de su entorno más cercano.
- Crear un clima de confianza que facilite la fluidez de la comunicación a la hora de expresar dudas, inquietudes o necesidades específicas en torno al tema afectivo-sexual promoviendo su normalización.
- Promover el autoconocimiento, las diferencias entre sexos y las diferencias individuales para facilitar la búsqueda de la identidad propia y la aceptación de uno mismo.
- Derrumbar los mitos existentes en lo relativo al ámbito sexual en personas con discapacidad intelectual acercando a la sociedad una visión más certera y real de la situación y necesidades específicas de este colectivo.
- Aumentar la calidad de vida de las personas con discapacidad intelectual ofreciéndoles conocimientos que les permitan tomar decisiones más acertadas en cuanto a su vida sexual, apoyándoles y guiándoles en este proceso.
- Fomentar que las personas con discapacidad intelectual puedan tener espacios y momentos de intimidad personal, respetando siempre su privacidad y la confidencialidad en todos los ámbitos de la persona.
- Aprender y aplicar técnicas de autocontrol que favorezcan las relaciones sociales positivas y la aceptación del “no” por parte de terceras personas en el ámbito afectivo-sexual acercando sus conductas y actitudes a los valores sociales imperantes.
- Asesorar a las familias de las personas con discapacidad intelectual en torno a los riesgos existentes en las prácticas sexuales.

JUSTIFICACIÓN

LA SEXUALIDAD Y EL SER HUMANO

Según la OMS (2002), la sexualidad humana es definida como: “Un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida. Abarca al sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se vive y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales. La sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no obstante, no todas ellas se vivencian o se expresan siempre. La sexualidad está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales”.

De este modo, se entiende que, por el simple hecho de ser personas, independientemente de otras características individuales, la sexualidad y la afectividad es algo innato, una necesidad más de toda y que nos acompaña durante toda la vida. Además, su evolución no es estática; motivo por el cual, requiere de una atención específica que favorezca su correcto desarrollo y se le otorgue la importancia que merece.

LA SEXUALIDAD EN LA DISCAPACIDAD INTELECTUAL

Recurriendo a la “Guía para el desarrollo de la afectividad y la sexualidad de las personas con discapacidad intelectual de Félix López (2011), encontramos un principio básico que manifiesta a la perfección la necesidad de intervenciones como la que se propone en el presente documento: “Declaramos principio básico que las personas con discapacidad tienen derecho a conseguir el máximo nivel de integración y normalización posible, también en el campo de sus necesidades afectivas y sexuales. En unos casos, tal vez no manifiesten intereses sexuales o sus limitaciones no les permitan ir más allá de algunas conductas muy concretas y limitadas (darse la mano o masturbarse, por ejemplo), en otros, en el otro extremo, tal vez puedan establecer, con apoyos, una relación de pareja. Lo importante es que las personas con discapacidad intelectual sean ellas mismas las que manifiesten o no intereses sexuales (respetando ambos casos) y las familias o tutores legales y los profesionales les ayudemos, si así lo desean, para que puedan conseguir el mayor grado de integración posible”.

Apoyando este principio básico, la sexualidad se convierte en un derecho y, por tanto, la educación afectivo-sexual en una necesidad; más aun tratándose de un colectivo que en muchas ocasiones tiene dificultades comunicativas, se encuentra con barreras actitudinales por parte de la sociedad y ven relegadas este tipo de necesidades a un segundo plano, siendo incluso ignoradas, negadas o tratadas

de manera incorrecta. Esto, obviamente, no ayuda a su pleno desarrollo madurativo ni a una mejora de su calidad de vida, pudiendo derivar en que la persona viva su propio desarrollo con cierta aflicción.

Además de lo anteriormente mencionado, es destacable mencionar que generalmente las personas con discapacidad intelectual se plantean muchas preguntas sobre el ámbito afectivo-sexual o realizan comentarios sugerentes al respecto. Estas inquietudes que suelen surgir de manera espontánea, pueden ser un gran aliado para los adultos de su entorno a la hora de resolver sus dudas e inquietudes de una manera veraz y adecuada ayudando a la normalización y a la adquisición de nuevos conocimientos que ayuden a la persona en la toma de decisiones.

EN LO PERSONAL...

En diferentes experiencias, vividas tanto en centros educativos específicos como en colegios ordinarios, he observado y vivido cómo, en muchas ocasiones, las conductas relacionadas con el ámbito afectivo sexual en personas con discapacidad intelectual son ignoradas, negadas o tratadas de una manera poco educativa. De este modo, en la mayoría de los casos, el alumno entiende que estas conductas están prohibidas, siente que está haciendo algo malo o que sus necesidades afectivas no son aceptadas por el entorno convirtiéndose en una problemática difícil de tratar.

Las posibles explicaciones que abalan estas actitudes por parte de los profesionales y educadores posiblemente tengan que ver con el enorme lastre que acompaña al colectivo. Son innumerables los mitos existentes: son personas que no pueden desarrollar conductas sexuales adaptadas y responsables, tienen una vida sexual y afectiva distinta al del resto de población sin discapacidad, son promiscuos sexuales, no pueden controlar su deseo sexual, tienen un apetito sexual muy elevado, son extremadamente cariñosos y tienen pérdida de control del afecto, careciendo, por todo ello, de la capacidad de manejar responsablemente este tipo de conductas.

A lo anteriormente mencionado hay que añadir que en la mayoría de los centros no se imparten programas educativos en el ámbito sexual y, si se imparten, las personas que lo llevan a cabo carecen de la formación necesaria. Además, este tipo de educación tan específica no se encuentra realmente integrada en el currículum. De esta manera, el panorama para este colectivo respecto al desarrollo afectivo-sexual se torna bastante desolador.

Bajo mi punto de vista, toda conducta desadaptativa en el ámbito afectivo sexual es una conducta que no ha sido educada o que, si se ha hecho, no se ha realizado de la manera idónea. Son numerosos los profesionales con los que he tropezado que asumen que, si ignoran una conducta, es como si no existiera realmente. En otros casos, las intervenciones se limitan a la utilización de expresiones coercitivas como “eso no se hace”, negando derechos fundamentales que todos los seres humanos poseemos y sin aportar explicaciones más educativas y funcionales ofreciendo al alumnado otras alternativas y visiones. El objetivo no es el de mantener una actitud de negación o tabuización de

estas conductas posiblemente inapropiadas, sino de aprovecharlas como una oportunidad para educar e intervenir.

Trasladándonos al ámbito familiar, a pesar de que existe una minoría que sí trata este tema con sus hijos y reciben educación en el mismo, otras familias muestran cierta reticencia puesto que consideran que si se habla del tema están invitando, tentando o animando a sus hijos a que lleven a cabo conductas de tipo sexual. Una vez más, pasa a ser un tema tabú que, acompañado de todos los prejuicios, termina por dejarse a un lado olvidando que es una esfera más en el desarrollo madurativo de la persona.

Para finalizar, otro de los problemas que suelen encontrarse las personas con discapacidad intelectual es la falta de momentos y espacios íntimos. Los miedos y recelos de los adultos de su entorno suelen derivar en que constantemente estén bajo la mirada de estos convirtiéndose en un añadido más a la hora de poder vivir su sexualidad de manera normalizada.

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA Y ANTECEDENTES

Conceptualización básica de Discapacidad Intelectual

Concepto de Discapacidad Intelectual

Según la OMS (1980), se entiende por discapacidad la restricción o ausencia (debida a una pérdida o alteración de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica de la persona) de la capacidad de realizar una actividad dentro del margen que se considera normal, es decir, aquello que se encuentra normativizado por la sociedad en un momento concreto. Basándose en esta definición, la discapacidad intelectual se consideraría una alteración o variación en la funcionalidad de la mente humana.

Por otro lado, según la Asociación Americana sobre Retraso Mental (AAMR): Retraso mental es una discapacidad caracterizada por limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual y en la conducta adaptativa que se manifiesta en habilidades adaptativas conceptuales, sociales y prácticas. Esta discapacidad comienza antes de los 18 años (Luckasson y cols., 2002).

La AAIDD, establece además **cinco premisas** que nacen a partir de su definición de discapacidad intelectual que ayudan a que sea correctamente aplicada y contextualizada. Son las siguientes

1. Las limitaciones en el funcionamiento presente se deben considerar en el contexto de ambientes comunitarios típicos de los iguales en edad y cultura.
2. Una evaluación válida tiene en cuenta la diversidad cultural y lingüística, así como las diferencias en comunicación y en aspectos sensoriales, motores y conductuales.
3. En una persona, las limitaciones coexisten habitualmente con capacidades.
4. Un propósito importante de la descripción de limitaciones es el desarrollo de un perfil de necesidades de apoyo.
5. Si se mantienen apoyos personalizados apropiados durante un largo periodo, el funcionamiento en la vida de la persona con DI generalmente mejorará.

Este nuevo enfoque cambió la concepción de discapacidad intelectual puesto que pasó de considerarse como una característica únicamente dependiente de la persona, a plantearse que la discapacidad es una suma de la interacción que realice el individuo con el entorno.

De este modo, se deben cumplir los **tres criterios** siguientes:

1. Deficiencias de las funciones intelectuales, como el razonamiento, la resolución de problemas, la planificación, el pensamiento abstracto, el juicio, el aprendizaje académico y el aprendizaje a partir de la experiencia, confirmados mediante la evaluación clínica y pruebas de inteligencia estandarizadas individualizadas.
2. Deficiencias del comportamiento adaptativo que producen fracaso del cumplimiento de los estándares de desarrollo y socioculturales para la autonomía personal y la responsabilidad social. Sin apoyo continuo, las deficiencias adaptativas limitan el funcionamiento en una o más actividades de la vida cotidiana, como la comunicación, la participación social y la vida independiente en múltiples entornos tales como el hogar, la escuela, el trabajo y la comunidad.
3. Inicio de las deficiencias intelectuales y adaptativas durante el período de desarrollo.

Tipos de discapacidad intelectual

Según su etiología

A pesar de que los especialistas en discapacidad intelectual comparten la opinión de que no es unicausal, es cierto que están aceptados algunos factores o circunstancias que, de darse pueden derivar en una discapacidad intelectual. A continuación, se muestran las causas más comunes **según el momento de aparición**:

Prenatal Antes del nacimiento	Perinatal En el momento del parto	Postnatal Después del nacimiento
<ul style="list-style-type: none"> • Alteraciones en el metabolismo. • Alteraciones en el sistema nervioso central. • Alteraciones genéticas. • Enfermedades, patologías o exposición a tóxicos por parte de la madre. 	<ul style="list-style-type: none"> • Hemorragias intracraneales. • Traumatismos craneales (fórceps). • Prematuridad. • Trastornos respiratorios. • Anoxia. • Presentación fetal anormal 	<ul style="list-style-type: none"> • Traumatismo craneal. • Consumo de tóxicos. • Infecciones del sistema nervioso (meningitis). • Factores ambientales adversos: desnutrición, maltrato, falta de estimulación, abandono.

Tabla 1. Causas de la discapacidad intelectual según el momento de aparición. Fuente: AAMR. (Elaboración propia).

Según su Coeficiente Intelectual

Conforme con el DSM-IV-TR puede especificarse **cuatro tipos de retraso mental de acuerdo con el nivel de limitación intelectual:**

- Retraso mental leve: Entre 50-55 y 70.
- Retraso mental moderado: Entre 35-40 y 50-55.
- Retraso mental grave: Entre 20-25 y 35-40.
- Retraso mental profundo: Inferior a 20-25.
- Retraso mental de gravedad no especificada: Esta categoría se emplea cuando existe una clara sospecha de la presencia del trastorno, pero por la razón que sea no podemos evaluar la inteligencia del sujeto por medio de los test usuales (P.ej.: individuos excesivamente deficitarios o no cooperadores, o niños).

Características de los tipos de Discapacidad Intelectual

- **Retraso mental leve** (80% de toda la población con discapacidad intelectual): Estos sujetos pueden pasar inadvertidos en la etapa de educación infantil. Con apoyos y adaptaciones adecuadas pueden terminar la escolaridad obligatoria con un nivel de educación primaria. Cuando son adultos pueden llevar a cabo una vida más o menos independiente.
 - Desarrollan HHSS y comunicación durante los años preescolares.
 - Tienen escasas limitaciones sensoriomotoras.
 - Con frecuencia no se detecta hasta que llegan a la escuela.
 - En la etapa adulta desarrollan HHSS y laborales adecuadas para una autonomía mínima, pero necesitan supervisión y asistencia.
 - Con apoyos adecuados, desarrollo correcto en la sociedad.
- **Retraso mental moderado** (10% de toda la población con discapacidad intelectual): Estas personas adquieren habilidades de comunicación en la primera niñez, pueden atender a su cuidado personal, suelen alcanzar un nivel de un 2º de primaria en relación con los aprendizajes escolares y de mayores pueden realizar, con supervisión, trabajos no cualificados. Igualmente, con supervisión, pueden vivir en comunidad en centros.
 - Desarrollan habilidades de comunicación durante los primeros años de la niñez.
 - Pueden aprender a desenvolverse independientemente por lugares que les son familiares.
 - Con apoyos pueden atender a su propio cuidado personal.
 - En la adolescencia, sus limitaciones en HHSS pueden inferir en las relaciones con los demás.
 - En la etapa adulta, son capaces de realizar trabajos no cualificados con apoyos.

- Requieren apoyos para una vida independiente.
- **Retraso mental grave** (4% de toda la población con discapacidad intelectual): En la etapa escolar estos niños pueden aprender a hablar, a realizar habilidades elementales de autoayuda, una lectura mínima (algunas palabras). En la adultez pueden, siendo estrechamente supervisados, realizar tareas simples y vivir en comunidad.
 - Necesidad de apoyos extensos y generalizados.
 - Graves problemas de salud y físicos, junto con enfermedades asociadas.
 - Déficit en las habilidades de comunicación.
 - Deficiente desarrollo físico y motor.
 - Conductas desadaptativas.
 - Dificultades para mantener y generalizar habilidades aprendidas.
- **Retraso mental profundo** (1-2% de toda la población con discapacidad intelectual): La causa del trastorno suele ser un problema neurológico. El ambiente en el que se desenvuelven estas personas debe estar muy estructurado y muy supervisado. En DSM-IV y IV-TR se dice que un sujeto con RM leve es ‘educable’ (educable) y con RM Moderado, RM Grave y RM Profundo “adiestrable” (*trainable*). Afortunadamente en DSM-5 estos calificativos desaparecen.
 - Graves limitaciones físicas, de salud, emocionales, psicológicas, etc.
 - Requieren apoyos extensos y continuos en más de un área de la vida para poder participar en entornos comunitarios integrados y poder tener una calidad de vida.



Ilustración 1. Porcentaje poblacional según el tipo de discapacidad intelectual. Fuente: AAMR. (Elaboración propia)

Es importante destacar en este apartado que en Castilla y León, en lo que a clasificación educativa de la discapacidad intelectual se refiere, a raíz de la creación del II Plan de Atención a la Diversidad de Castilla y León 2017-2022 que tiene como propósito avanzar hacia un paradigma educativo que es el de la inclusión educativa, la Dirección General de Innovación y Equidad Educativa, ve necesaria la creación de una nueva Instrucción (24 de agosto de 2017) por la que se modifica la Instrucción de 9 de julio de 2015 de la Dirección General de Innovación Educativa y Formación del Profesorado por la que se establece el procedimiento de recogida y tratamiento de los datos relativos al alumnado con necesidad específica de apoyo educativo escolarizado en centros docentes de Castilla y León.

Esta nueva Instrucción, a pesar de que sí realiza modificaciones en la clasificación de otros colectivos, no es así con los alumnos con discapacidad intelectual. Éstos, al igual que en la instrucción anterior de 2015, se encuentran ubicados en la ATDI en el grupo de ACNEE: Alumnado con Necesidades Educativas Especiales siendo su tipología la de “Discapacidad Intelectual” y su categoría la de: leve, moderada, grave o profunda, atendiendo a las características intelectuales del alumnado mencionadas anteriormente (*vid supra*).

Historia de la Educación Sexual en Discapacidad Intelectual

Si hacemos un repaso histórico podemos decir que hasta los 50-60 años del siglo pasado, las personas con discapacidad vivían segregadas en la familia o en instituciones, y sin ninguna relación con personas del otro sexo que no fueran la familia o los profesionales. El principal motivo era que la salud sexual se regía por un modelo moral imperante muy coercitivo de tal modo que únicamente “lo moral” era considerado correcto; de no ser así, era tratado incluso como una desviación o patología.

Esto ocurría porque el modelo moral dominante era “sexofóbico” ya que toda conducta considerada inadecuada por la religión era degenerativa o patológica por apartarse del proyecto divino, tal y como era interpretado por la Iglesia Católica.

Las desviaciones que eran consideradas más graves eran la homosexualidad y la masturbación por tratarse de vicios en solitario o prácticas sexuales con personas del mismo sexo en las que en ningún caso se podía dar la fecundación, que era el objetivo en sí del desarrollo de la sexualidad. De este modo, la sexualidad era negada a niños y a ancianos. Además, por ejemplo, los métodos anticonceptivos estaban prohibidos porque impedían que las mujeres cumplieran con su deber de procrear.

Por todo lo mencionado, las personas con discapacidad también pertenecían a ese grupo que tenía vetada la sexualidad porque en su mayoría no estaban casados y además, debido a su condición, no deberían tener hijos: por no poder darles los cuidados necesarios o por el temor a la transmisión genética de la discapacidad.

Esta forma de vida no era exclusiva de la Iglesia y las personas creyentes, si no que era también propia de médicos y docentes de gran prestigio en su campo. La ciencia se limitaba a comulgar con lo que provenía de esta visión moral puesto que a ellos se derivaban esos “casos patológicos” para que fuesen tratados y corregidos. Por ejemplo, eminencias como el profesor Tistot o Bienville, afirmaron que la masturbación provoca graves problemas en el sistema nervioso o que las mujeres que mostraban interés por lo referente a lo sexual sufrían un “furor uterino”.

En los años sesenta, gracias al proceso de industrialización, el criterio moral fue perdiendo importancia dejando, poco a poco, paso a una predominante cultura laica en la que los ideales religiosos dejaron de juzgar y regular la conducta sexual de la sociedad. Esta nueva cultura tuvo sus cimientos en hechos como el crecimiento laboral de la mujer, el éxodo rural, la divulgación de estudios científicos sobre sexualidad, el crecimiento de los métodos anticonceptivos y generalización del uso de la píldora u otros métodos.

Por primera vez, en 1971, los derechos sexuales de las personas con retraso intelectual se garantizaron por ley con la Declaración de los Derechos de las Personas con Retraso Mental, si bien, en la práctica, estos siguen, en gran medida, sin desarrollarse.

En los años 80-90 comenzaron a elaborarse programas de educación sexual dedicados a la información y a la prevención de los riesgos asociados a la actividad sexual con personas con discapacidad. La conciencia de que muchas personas con discapacidad sufren abusos sexuales acentuó el énfasis en la educación preventiva.

De un tiempo a esta parte, en nuestra sociedad se viene hablando de normalidad y de integración (escolar, laboral), excepto en el momento de admitir que los discapacitados tienen instintos, deseos y vida sexual. Muchas veces, cuando dan señales de algún interés de carácter sexual, son tratados como si fueran obsesos sexuales. Incluso en el reconocimiento de sus derechos sexuales, se han llegado a plantear medidas drásticas como la esterilización sistemática de las personas que sufren alguna deficiencia.

La esterilización, una medida de control drástico

La esterilización de las personas con discapacidad intelectual es un tema polémico y que siempre genera debate puesto que es una “solución” en la que pueden participar numerosos intereses: los de las familias de las personas con discapacidad (que en muchos casos lo ven como una medida que garantiza el control de la sexualidad de sus hijos y evita “problemas” en cuanto a la posible crianza de nietos), los de la propia persona con discapacidad (que ve coartado su derecho de libre ejercicio de su sexualidad y capacidad reproductora) y los de posibles futuros hijos (que tienen derecho a un cuidado, atención y crianza responsables por parte de sus progenitores y que, asumen riesgos

añadidos desde el mismo momento del nacimiento por las circunstancias que acompañen a sus padres).

La realidad es que, según nuestro Código Penal en su artículo 156, la esterilización de personas con discapacidad es legal, previa autorización de un juez. Además, según el Consejo General del Poder Judicial, sólo en el año 2016, 140 personas con discapacidad fueron sometidas a este procedimiento; dato que dista del estimado por Fundación CERMI Mujeres, que calculan que la cifra asciende a 1.000, siendo niñas y mujeres, en su mayoría, las que han sido intervenidas.

Según Ana Peláez, vicepresidenta del CERMI y del Foro Europeo de la Discapacidad, generalmente, esta decisión nace de las propias familias de la persona con discapacidad, que son asesoradas tanto por el entorno educativo como del sanitario. De hecho, afirma, en muchas ocasiones hay instituciones que exigen “informalmente” que la persona esté esterilizada como requisito para poder acceder a ellas.

El procedimiento de esterilización es diferente para hombres y para mujeres, pero en ambos casos, es un proceso irreversible. El propio proceso invita ya a la reflexión puesto que, a pesar de que se realiza una intervención que impide la fecundación, esta no afecta al deseo sexual de la persona ni a la capacidad para mantener relaciones sexuales (que conllevan otros riesgos, no únicamente un embarazo).

La Educación Sexual en el Sistema Educativo

Para una mejor visión del panorama actual en lo referente a la ubicación de la Educación Sexual en el Sistema Educativo, es necesario trasladarnos a la Ley Orgánica de Ordenación General del Sistema Educativo (LOGSE), del 3 de octubre de 1990, puesto que fue la primera ley educativa que habló de los temas transversales y eligió como contenidos de estos las diferentes preocupaciones sociales existentes, promoviendo la formación en valores; entre estos temas transversales, se dio cabida a la Educación para la Salud y la Educación Sexual.

Este hecho, contrasta notoriamente con la ley actual, la Ley Orgánica para la Mejora de la Calidad Educativa (LOMCE), del 9 de diciembre de 2013, que estableció que debían trabajarse de forma transversal en todas las áreas del currículum una serie de temas (comprensión lectora, expresión oral, comunicación audiovisual y TICs y educación cívica y constitucional) entre los que no se encuentra la Educación Sexual del alumnado.

Los derechos afectivos y sexuales en las personas con discapacidad

Con independencia de lo citado en el punto anterior, a continuación se cita, como criterios de referencia, algunos **derechos** afectivos y sexuales concretos de las personas con discapacidad: (Sánchez F. L., 2011)

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

La educación sexual y los modelos de intervención

Según la OMS (1983), “la educación sexual debe abarcar mucho más que la información. Debe dar una idea de las actitudes, de las presiones, conciencia de las alternativas y sus consecuencias. Debe aumentar el amor, el conocimiento propio, debe mejorar la toma de decisiones y la técnica de la comunicación”; además, según la UNESCO (2010) “busca dar a las personas jóvenes el conocimiento, las habilidades, actitudes y valores que necesitan para definir y disfrutar de su sexualidad (física y emocional) individual o en relaciones”.

La educación sexual, en general, puede abordarse desde modelos de intervención muy dispares. A continuación, se presentan los cuatro modelos existentes, que son expuestos de tal forma que además de explicar sus principales puntos, se reflexiona sobre algunas ventajas e inconvenientes que resultan especialmente útiles en el caso de la educación sexual en personas con discapacidad:

- **Modelo de riesgos**

Modelo desarrollado después de la primera guerra mundial a partir de la existencia de problemas de salud provenientes de prácticas sexuales de riesgo que implicaban enfermedades de transmisión sexual o embarazos no deseados y que provocaron una alarma social.

También se denomina “Modelo Santa Bárbara” porque la intervención tiene lugar una vez se ha dado el problema y principalmente lo que persigue es “evitar riesgos asociados a la actividad sexual” pero sin formar educativamente ni contribuir a la planificación de una vida

afectivo-sexual saludable. Fundamentalmente es aplicado por el personal sanitario que evita dichos riesgos o da una respuesta médica cuando el problema ya se ha producido. Se rige por el modelo clínico-médico de salud en el que se entiende como salud a la ausencia de enfermedad.

A partir de este modelo, se han atendido peticiones como el aborto, la esterilidad o la anticoncepción para evitar embarazos no deseados, SIDA, ETS o descendencia con alguna deficiencia.

La metodología que utiliza no permite que la persona con discapacidad decida, puesto que las pautas y medidas son tomadas por la familia de manera autoritaria sin valorar lo que la persona pueda pensar o sentir. Además, con este modelo se tiende a relacionar la idea de peligro con la de sexualidad puesto que sólo se recurre a este modelo cuando existe un problema. Por otro lado, lo positivo es que hace valoraciones de los problemas de manera realista, señalando lo que es un problema y lo que es un riesgo.

Concluyendo, este modelo resulta un tanto insuficiente por no ofrecer los conocimientos necesarios y fomentar una visión negativa de la actividad sexual. La salud no sólo implica la ausencia de enfermedad, sino también la calidad de vida de la persona con discapacidad intelectual, incluyendo necesariamente el bienestar afectivo-sexual.

- **Modelo religioso y moral**

El modelo religioso defiende la idea de que las relaciones sexuales sólo se deben dar con el fin de procrear o mostrar amor entre matrimonios heterosexuales.

Teniendo en cuenta de que las personas con discapacidad intelectual no están capacitadas para tener descendencia, las necesidades, sexualidad y derechos sexuales son totalmente negados reduciéndose su educación a la total abstinencia o el autocontrol.

Algunos de los objetivos que persigue este enfoque son la preparación para el matrimonio, la evitación de riesgos relacionados con la actividad sexual o el autocontrol hasta el matrimonio (si no hay matrimonio, supone la abstinencia sexual de por vida incluyendo por supuesto la masturbación y los pensamientos sexuales).

La metodología suele ser aplicada por la propia familia o tutores legales de manera directiva y persigue que la persona con discapacidad intelectual aprenda e interiorice que la castidad es una obligación y que todo lo relacionado con el mundo sexual no está permitido. Generalmente, está basado en una serie de normas morales que, de no ser cumplidas, derivan en castigos o intentos de “distraer” los deseos sexuales. La intervención por parte de personas externas a la familia suele estar restringida por tratarse de temas “delicados” que si se tratan incitan a la práctica sexual o fomentan la pérdida de la inocencia propia de este colectivo.

La parte positiva es que el papel de la familia es fundamental y su propuesta educativa incluye algunos contenidos éticos que pueden resultar interesantes. En contraposición, no se pretende un pleno desarrollo de su vida afectivo-sexual basado en la formación puesto que es inexistente e incluso rechazada. De este modo, los contenidos que se tratan pasan por la criba religiosa y moral siendo parciales a pesar de mostrar coherencia con los objetivos que plantea.

En general el modelo puede ser calificado de surrealista debido a que inculca una serie de reglas morales y de conducta inexistentes ya en nuestra sociedad. Además, se niegan los derechos fundamentales de estas personas (vid supra, página 14) y al no ser reconocidos, se corren riesgos como la práctica de sexo no seguro por la falta de información.

- **Modelo prescriptivo**

Este modelo tiene su origen en los años treinta y nace a partir de dos motivos: por un lado, la necesidad de educación sexual en el ámbito educativo y por otro, por temas como el derecho al aborto, la invención de lugares para poder tener sexo libre o el libre acceso a diferentes métodos anticonceptivos. Apareció asociado al movimiento juvenil SEX-POL (sexo y política) y defiende la idea de que el sexo no debe ir ligado a procrear y tampoco al matrimonio, si no que la actividad sexual es considerada como algo necesario para la salud de todo ser humano (con independencia de su estado civil, grupo étnico o tipo de discapacidad).

La idea principal de este modelo es el libre acceso a la sexualidad con independencia de la situación civil, pertenencia a grupo o discapacidad de la persona; aunque también trata informaciones relevantes sobre sexualidad analizando las condiciones sociales de una determinada población. Volviendo al contenido principal, trata temas como las formas de estimulación (se enseña de manera activa a las personas con discapacidad cómo deben masturbarse), excitación y actividades sexuales (se da oportunidad a toda persona para tener relaciones) con el fin de experimentar placer y satisfacción, no sin antes tratar temas como la seguridad en estas actividades (higiene y anticoncepción) para lograr que estas relaciones se lleven a cabo en un ambiente de tranquilidad y satisfacción.

Se considera que este modelo debe ser aplicado únicamente por profesionales sanitarios, sociales o profesores, puesto que la familia genera una cierta desconfianza al ser reproductores de determinados valores dominantes y mostrar una moralidad sexual de tipo represivo. Para ello, se desarrolla una metodología basada en la lucha social, en las movilizaciones, los debates y las exposiciones.

Muchas de las ideas procedentes de este modelo, son hoy en día aceptadas y respetadas por la mayoría de la población como, por ejemplo: la igualdad entre hombres y mujeres, la formación en métodos anticonceptivos, la defensa de los derechos sexuales en minorías

como las personas con discapacidad y la libertad en las relaciones sexuales con fines no reproductivos. A pesar de que sus contenidos son interesantes, realmente no es un modelo que pueda aplicarse en un centro educativo puesto que los padres deben formar parte de la intervención y colaborar activamente con los educadores para que la intervención sea efectiva. Si se deja fuera de este proceso a la familia, se puede considerar que además de ser una educación unilateral, los conflictos entre escuela y familia pueden terminar por repercutir negativamente en el alumnado.

- **Modelo biográfico y profesional**

Este modelo fundamentalmente defiende la idea de que toda persona tiene derecho a decidir sobre su vida sexual respetando su propia biografía. Entiende la salud como bienestar y como la obtención de la máxima calidad de vida de las personas; lo que conlleva que pueda vivir la afectividad y la sexualidad de la manera que elija, pero siempre proporcionando medios para facilitar la toma de decisiones e información para que las conductas que lleven a cabo le lleven a conseguir su propio bienestar y el de la sociedad.

Su marco de referencia son los diferentes derechos que han ido creándose con el paso de los años en torno al ser humano, la mujer o las personas con discapacidad. Es importante destacar que este modelo no se centra en la sexualidad basada en la genitalidad, si no que comprende también dimensiones emocionales y sociales que son independientes de la función reproductora del ser humano en matrimonio; defendiendo que la sexualidad es una decisión libre pero también debe ser responsable.

El modelo mantiene un discurso positivo de la sexualidad fundamentado en el conocimiento científico, que contribuye a la aceptación de la diversidad a la hora de vivir la sexualidad, pero siendo responsables con la libertad puesta en práctica. Además, no ubica a la sexualidad humana como un instinto, sino que es considerada como una elección en la que podemos decidir con conocimientos, buscando nuestra propia identidad y siendo responsables al respetar los derechos de los demás. De este modo, la sexualidad debe contribuir al pleno desarrollo de las personas y a la consecución del bienestar.

El principal objetivo es que la persona decida sobre su sexualidad, pero contando previamente con los conocimientos necesarios para que dicha decisión sea la más correcta. Para su consecución procura que haya una colaboración entre profesionales y familia, buscando la inclusión y normalización de la persona con discapacidad.

Aunque para la propuesta de los contenidos en una intervención con este modelo se tienen en cuenta las inquietudes y propuestas de la persona con discapacidad y su entorno, es cierto que trabaja generalmente a través de programas ya existentes pero adaptados de manera meticulosa a las necesidades que se presenten.

Aunque no tiene una metodología concreta, es cierto que siguen metodologías activas como pueden ser diferentes modelos de entrenamiento en habilidades sociales e interpersonales ya que los consideran temas clave y de eficacia probada.

Desde este modelo, Félix López en su “Guía para el desarrollo de la afectividad y de la sexualidad de las personas con discapacidad intelectual” (2011), propone que deben seguirse unos criterios de salud sexual para personas que puedan tener dificultades en la toma de decisiones y en la práctica en la vida real. Son los siguientes:

- **Criterio subjetivo o de la persona con discapacidad.** No hay salud sexual ni sin, ni contra la persona individual. Tiene que ser ella la que muestre interés por una determinada actividad sexual que le sea posible, y ella también la que se muestre satisfecha con la conducta o relación concreta que pueda llegar a tener. Nada es adecuado y saludable si la persona no lo vive como tal. Por eso es tan importante la escucha, la observación, en definitiva, el tener en cuenta a la propia persona con discapacidad (la autodeterminación como criterio de referencia).
- **Criterio de la pareja o persona implicada.** Las personas con discapacidad tienen que aprender a respetar el NO del otro. No se puede imponer ninguna conducta sexual a los demás. La actividad sexual debe ser siempre consentida y nunca producir daño al otro. Y no solo consentida por el otro, sino vivida de forma satisfactoria por ambos. Por tanto, tampoco hay salud sexual si la pareja o persona con la que tiene relaciones no acepta esa conducta y no la vive de forma satisfactoria.
- **Criterio científico-profesional.** Los profesionales pueden y deben evaluar si la conducta sexual o relación de que se trata es saludable o no. Tienen el derecho y el deber de evitar que cometan errores, a la vez que ayudan a que alcancen el mayor grado de integración y normalización que sea posible. No toman decisiones, pero deben ser mediadores eficaces.
- **Criterio legal.** Determinadas conductas o medidas que pueden tomarse en orden a evitar riesgos o a mejorar el grado de integración y normalización afectiva y sexual de las personas con discapacidad intelectual requieren la participación de los tutores legales, determinados informes profesionales y el dictamen de un juez. La ley debe ser cumplida en todos los casos, para que las personas con discapacidad estén bien protegidas.

Los criterios de salud sexual aplicados a las personas con Discapacidad Intelectual

La aplicación de algunos de los criterios anteriormente mencionados (especialmente el criterio subjetivo o el de pareja) están acompañados de numerosas dificultades porque si la persona es dependiente o no se conoce, en realidad el control y responsabilidad que puede llegar a tener sobre su vida afectivo sexual es muy limitado.

Por este motivo, Félix López en su ponencia en la Primera Conferencia Nacional de “Sexualidad en personas con minusvalía física” (1992), enumeró las razones que a veces dificultan enormemente la aplicación de los criterios:

- a) Puede que sean personas legalmente dependientes de otros. La legislación es clara en este sentido. Por ejemplo, en algunas cuestiones, ni ellas mismas, ni los profesionales pueden tomar decisiones importantes sobre su vida sexual sin contar con la aprobación legal de los padres o tutores.
- b) También son dependientes en cuanto a las propias posibilidades relacionales puesto que generalmente son los propios padres y educadores los que regulan sus tiempos de ocio y deciden las actividades en las que participan. Y son éstas las que impiden, crean y definen las ocasiones y formas de relacionarse.
- c) Muchas personas con discapacidad intelectual no pueden permitirse tener hijos y tienen dificultades para tomar decisiones apropiadas para controlar la fertilidad, si tienen actividad sexual. Esto, una vez más, obliga a los demás a tomar decisiones en su lugar.
- d) Las condiciones reales de estas personas implican dificultades objetivas para su posible vida sexual: ausencia de pareja sexual, ausencia de condiciones de intimidad, falta de habilidades sociales e interpersonales para pedir, aceptar o rechazar relaciones, limitaciones para el control de conductas socialmente indeseables, etc.

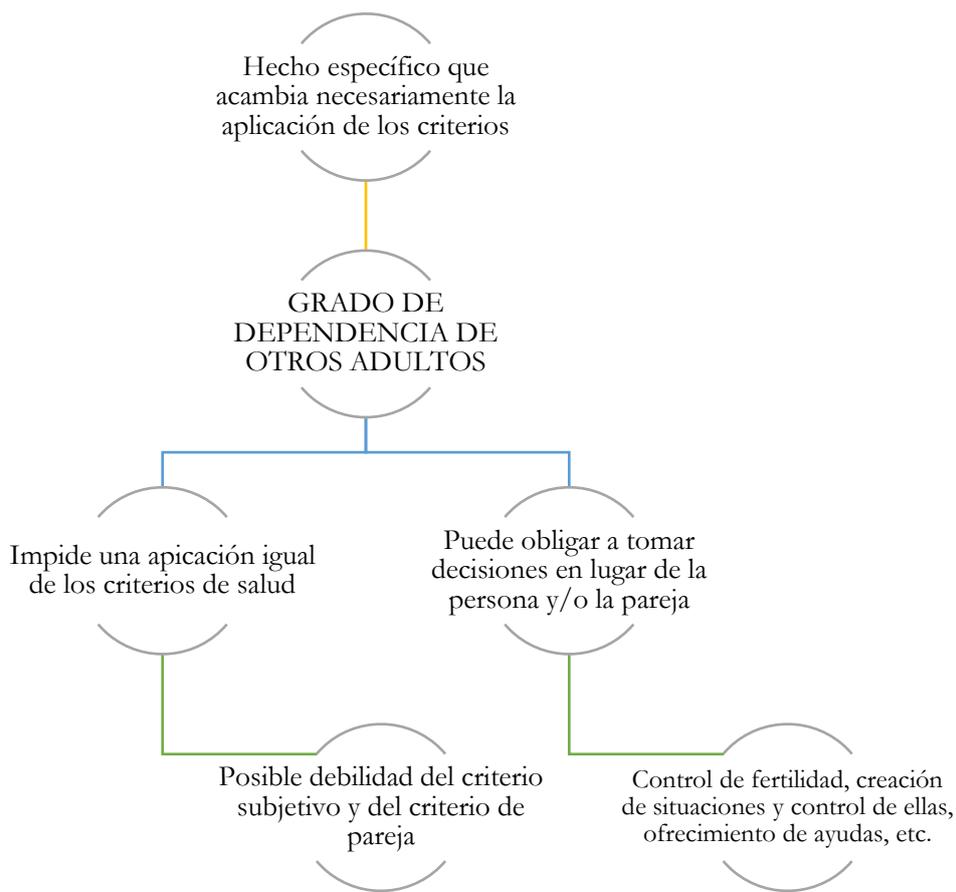


Ilustración 2. Criterios de Salud Sexual Minusvalías Psíquicas. Fuente: Félix López, (Elaboración propia).

En conclusión, es necesario reconocer varios puntos fundamentales:

- Son los demás los que deciden sobre lo que es o no es saludable para las personas con discapacidad intelectual en el ámbito afectivo sexual en la mayor parte de los casos.
- Por consiguiente, la educación sexual de las personas con discapacidad pasa antes que nada por la educación sexual de personas que van a decidir con o sobre ellos en estos aspectos como pueden ser padres, educadores, tutores, etc.
- Toda intervención debería ser global e incluir a padres y responsables legales y sociales de estas personas.

Actitudes negativas o malas prácticas

De entre las prácticas más inadecuadas y comunes hacia la sexualidad de las personas con discapacidad intelectual encontramos las siguientes: negación de su derecho a la privacidad e intimidad, decidir por la persona en aspectos de índole afectivo-sexual, no valorar su opinión por dar por hecho que no pueden aportar nada interesante, descuidar la atención de sus deseos o necesidades

sexuales, tratar temas que afectan a la persona de manera directa sin tenerla en cuenta u organizar su vida sexual o afectiva sin que exista una demanda previa por parte de la persona con discapacidad. Lo más común es que estas actitudes en un primer momento procedan de la propia familia de la persona discapacitada por ser el primer y más importante grupo de pertenencia y entorno social en el que se desarrolla el individuo. La familia ejerce sobre la persona una gran influencia que afecta directamente a su desarrollo como persona, como ser sexuado y como principal fuente de valores y actitudes que, posteriormente, se verán reflejados en sus conductas, sentimientos y modo de pensar.

Por todo lo anteriormente mencionado es importante que las familias de las personas con discapacidad derriben determinadas creencias basadas en mitos y prejuicios que derivan en actitudes negativas que fomentan la deshumanización, infantilización y devaluación de estas personas en todas las facetas de su vida.

Los mitos

Los mitos y prejuicios existentes en cualquier ámbito constituyen una importante barrera para el desarrollo sexual de las personas con discapacidad y discapacitan más que el propio nivel de retraso o deficiencia; fomentando que la sexualidad siga siendo un aspecto carente de cuidado y educación.

Se ha venido asignando a las personas con discapacidad un rol en el que no hay lugar para la sexualidad. Esta concepción, basada en el predominio del criterio moral, entiende que es un tema que no debe suscitar interés o debate, puesto que en su mayor parte estas personas no tienen pareja o no están casados y, además, no deberían tener hijos, bien porque no pueden cuidar de forma adecuada de los mismos o bien porque pueden tener hijos con problemas similares a los suyos (Amor, 1997). Desgraciadamente, esta idea aún no ha desaparecido y determinados mitos y prejuicios que derivan de la misma, siguen siendo aceptados por gran parte de nuestra sociedad a pesar de ser concepciones erróneas e infundadas que dan lugar a la ausencia de planificación de programas y estrategias de educación sexual por considerarse innecesarias. Los mitos y falacias más comunes son las siguientes:

- La necesidad de silenciar la sexualidad de la persona con discapacidad porque cuanto menos se hable del tema a la persona, mejor será. Esto supone que la ignorancia es la mejor arma para defenderse de la propia sexualidad, olvidando que ningún ser humano por su naturaleza puede ser asexuado.
- El establecer una relación lineal entre sexualidad y discapacidad intelectual asumiendo que las limitaciones intelectuales también afectan al área sexual creando incapacidad para desarrollar conductas sexuales responsables, adaptadas y beneficiosas; esperan de la persona conductas sexuales sin sensibilidad, torpes y susceptibles de engaño. El concepto de sexualidad se ve impregnado del propio concepto de deficiencia cuando en realidad son totalmente independientes. La discapacidad intelectual no determina la capacidad para amar,

expresar afecto y cariño, compartir sensaciones corporales, enamorar, seducir o respetar a la pareja (García, 1990; Marcheti y MacCartney, 1990; Fierro, 2000).

- Las personas con discapacidad presentan una vida sexual y afectiva muy distinta a la del resto de población sin discapacidad, mostrando continuas demandas de afecto, teniendo fuertes emociones e impulsos y teniendo graves dificultades para controlarlos, teniendo tendencia a la promiscuidad sexual. Este mito une directamente la sexualidad con lo patológico al pensar que tienen un apetito sexual descontrolado. La realidad es que carecen de una educación sexual que les haya ayudado a distinguir lo apropiado de lo inapropiado, a diferenciar lo público de lo privado o a fomentar su autocontrol (Edwards y Elkins, 1988).

Se hace hincapié en los mitos mencionados porque generan actitudes muy negativas hacia las personas con discapacidad a pesar de carecer de sustento científico y porque, una vez son instaurados en la mentalidad de una persona, son muy difíciles de desechar. De este modo, pueden afectar a los modelos educativos que la familia aplique en el hogar y a la actitud de los profesionales que trabajen en este ámbito proporcionando unos servicios u otros; creando una especie de reacción en cadena en la que la persona con discapacidad se ve gravemente perjudicada.

La familia como agente educativo

Como se ha mencionado anteriormente, la familia influye de manera directa en el proceso de sexualización de las personas con discapacidad intelectual a partir de la ideología que compartan y que, por consiguiente, apliquen, haciéndose visible a través de conductas concretas tanto en las rutinas familiares como en situaciones concretas.

Algunas de las funciones de la familia en la educación sexual son (González Castellanos & Gonzalo Gail, 2014):

- **Ser modelos:** Los seres humanos y, sobre todo los niños, realizan gran parte de sus aprendizajes por modelado. A través de la observación irán adquiriendo conocimientos de manera que encontrarán en la familia y, fundamentalmente, en los padres modelos de hombres y mujeres o modelos de relacionarse en pareja, entre otros.
- **Aceptar y querer a sus hijos tal y como son:** Proporcionar una relación incondicional para facilitar que desarrollen relaciones seguras con otros y se sientan en ellas confiados y dignos de ser queridos. Además, la aceptación por parte de sus seres queridos favorecerá también la propia aceptación y la valoración positiva de la diversidad.
- **Desarrollar una comunicación y mostrar un lenguaje íntimo que será la base de la intimidad sexual:** aprenderán de los padres manifestaciones afectivas (gestos, miradas...), cuidados que se procesan el uno al otro, etc.

- **Aceptar que sus familiares son seres sexuados** desde el inicio hasta el final de su vida y que, como tal, tendrán manifestaciones eróticas a lo largo de todas las etapas evolutivas.
- **Mostrar espontaneidad y naturalidad en el discurso con temática sexual:** dentro de las posibilidades y limitaciones de cada uno, tratar la sexualidad como un aspecto más de la condición del ser humano.

La familia, además, tendrá que estar en coordinación y cooperación con el resto de los agentes educativos, especialmente con la escuela de cara a que exista una coherencia con los mensajes relacionados con la sexualidad. Para ello es importante consensuar criterios, compartir experiencias o inquietudes y partir de una predisposición común hacia esta área, la cual facilite el proceso de sexuación de la persona a educar.

Resistencias frecuentes de los padres o tutores legales

Las resistencias y dificultades que con frecuencia ponen de manifiesto los padres o tutores legales de las personas con discapacidad física en lo referente a su educación afectivo sexual son las siguientes (Sánchez F. L., Guía para el desarrollo de la afectividad y de la sexualidad de las personas con discapacidad intelectual, 2011):

- Tomar decisiones por sus hijos considerando que son “propietarios de ellos”: “es mi hijo y yo soy su madre, yo soy su padre”, “nadie mejor que yo sabe lo que le conviene”. Esto puede llevar a negarles toda posibilidad de vida sexual y afectiva.
- Considerar que sus hijos nada pueden aprender sobre la sexualidad y las relaciones amorosas. Este prejuicio los lleva a no hablar con ellos de estos temas y, a veces, a oponerse a toda forma de educación o formación sexual.
- Considerar que sus hijos son inocentes, no se enteran de nada y no tienen intereses sexuales. Efectivamente puede haber algunos casos en que sea así, pero esto solo ocurre cuando la persona está gravemente afectada y se dan características muy especiales. En la mayor parte de los casos, las personas con discapacidad tienen conocimientos (con alguna frecuencia confusos y maliciados por los demás) y experiencias diversas (a veces abusivas) de muy diferente tipo.
- Tener el prejuicio que cualquier intervención en el campo de la sexualidad los llevará a masturbarse demasiado, ser precoces y promiscuos en las relaciones, sufrir embarazos y todo tipo de problemas.
- Desconfiar o criticar abiertamente a los profesionales.
 - Por no vigilar o controlar suficientemente a sus hijos, haciéndoles responsables de los riesgos que corren. En el caso extremo, pueden llegar a denunciar a los profesionales o al Centro.

- Por considerar a los profesionales demasiado permisivos o atrevidos dando demasiada libertad a sus hijos.

La masturbación

Realizo un apartado específico de esta conducta puesto que la masturbación es una de las formas más comunes de vivencia sexual de las personas con discapacidad intelectual siendo en muchas ocasiones, la única experiencia sexual positiva que pueden tener en su vida. Generalmente, este tipo de manifestaciones suele generar preocupación en las familias y educadores puesto que temen que provoque un desajuste social de la persona.

Ante estas dudas y preocupaciones que suelen surgir en la familia, es importante destacar que no existe una receta universal para que la actuación de estas sea exitosa; pero sí existen criterios que pueden ser de gran utilidad:

- El impulso sexual es algo que existe independientemente de la condición intelectual de la persona. Por este motivo, no se debe:
 - Reprimir: porque puede derivar en algo patológico.
 - Obviarlo: porque sigue existiendo.
 - Cercenarlo: porque quedaría algo incompleto.
- La salida óptima, por tanto, es la educación sexual de este impulso, la canalización de estos sentimientos, impulsos y tendencias, dentro de un marco integrador, fomentando una actitud comprensiva y demostrando que es algo natural. Para lo que es interesante:
 - Abordar el tema abiertamente, hablando de ello con naturalidad para evitar posibles sentimientos de culpa o vergüenza por parte de la persona con DI.
 - Es muy importante explicar las situaciones específicas en las que es aceptable o no, recriminando no el hecho, sino el lugar.

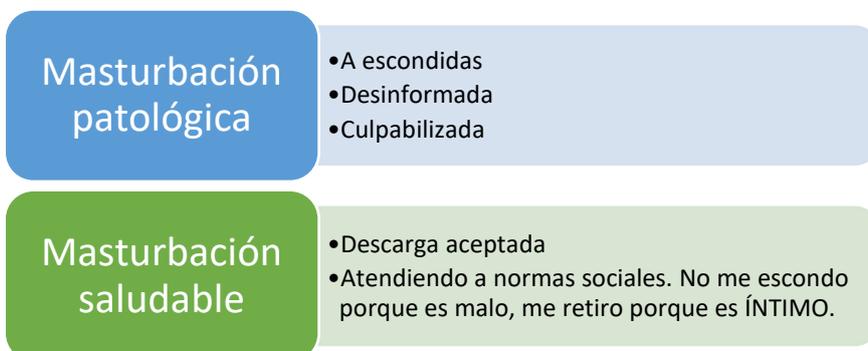


Ilustración 3. Características principales de la masturbación como problema y la masturbación saludable. Fuente: Félix López. (Elaboración propia).

Paul Lleror, investigador en la Universidad de Indiana, mediante una metodología sistemática, analizó las conductas afectivo-sexuales de 84 personas con discapacidad intelectual y las comparó con un grupo de 477 varones ordinarios. Los resultados de la investigación fueron los siguientes:

- La masturbación observada en las personas con discapacidad intelectual fue igual a la del resto de la población.
- Las fantasías masturbatorias son menores en personas con discapacidad intelectual que en el resto de la población ordinaria; cosa que tiene lógica, puesto que el cociente intelectual está íntimamente relacionado a la imaginación.

En conclusión, la conducta masturbatoria no depende del cociente intelectual; en todo caso, un mayor grado de inteligencia permite que las fantasías masturbatorias sean mayores en personas ordinarias. Por tanto, este estudio apoya la teoría de que no existe una compulsividad masturbatoria por el hecho de tener una discapacidad intelectual.

La masturbación saludable

La masturbación saludable es aquella que conviene aceptar sin intervención represiva puesto que la intención no es tratar de suprimirla, si no que deje de ser inapropiada. Generalmente es un tipo de conducta que se va autorregulando y que es fácil de educar puesto que, con el paso del tiempo, aprenden que es algo que se practica en la intimidad.

Según Félix López en su libro “Sexo y afecto en personas con discapacidad” (2013), los indicadores de masturbación saludable más importantes son:

- La capacidad de autocontrol, de forma que puedan posponer la conducta si lo desean.
- El practicarla en la intimidad (no en público, ni de forma exhibicionista).
- Que resuelvan la tensión-excitación sexual (de forma que no necesiten repetir una y otra vez esta conducta) y se queden después relajados o relajadas.
- Que lo hagan en condiciones de higiene y sin usar objetos que entrañen peligro.
- Que no instrumentalicen sus fines para llamar la atención o como respuesta que sigue a los conflictos.
- Que no sea la respuesta a un prurito o infección.
- El que no vaya acompañada de sentimientos de culpa.
- Que no haya sido aprendida en una situación de abuso sexual.
- Que no involucre a otras personas, exhibiéndose, enseñándoles a hacerlo, etc.
- Que no tenga lugar durante un tiempo o una frecuencia inadecuada.
- Que no interfiera con otras actividades, las propias de la situación.
- Que no moleste a los demás, por excesivo ruido o escándalo.

La masturbación como problema

Las personas con discapacidad intelectual pueden no llegar a comprender los razonamientos planteados anteriormente o pueden carecer de capacidad de autocontrol por lo que el problema debe afrontarse conductualmente. Un caso común es cuando la masturbación se da de manera compulsiva sin que la causa se encuentre en una infección o causa médica. Podemos observar un caso de este tipo en la intervención que sigue a este marco teórico.

CONTEXTO

El centro educativo donde se realiza la intervención que aparece en el presente documento es el Centro Cultural Vallisoletano de Hermanos Maristas, situado en la calle Arzobispo García Goldaraz número 10 y pertenece a la zona centro-sur de Valladolid.

Las familias que matriculan a sus hijos en el Centro Cultural Vallisoletano (de ahora en adelante CCV), tienen un nivel socioeconómico medio-bajo. La mayor parte son trabajadores del sector servicios y funcionarios, aunque algunos regentan pequeños negocios familiares. Son pocos los trabajadores autónomos y es destacable que un porcentaje bastante alto, señalan que su profesión es “amas de casa”. Aunque en la zona viven mayormente personas mayores ya jubiladas, en los últimos años ha aumentado el número de familias inmigrantes; realidad que se hace visible en el aula, donde hay numerosos niños de diversas nacionalidades perfectamente integrados en la realidad del centro.

En cuanto al entorno en el que se encuentra el CCV es una zona de bloques de pisos que cuenta con pocos espacios verdes; el único destacable es la Plaza del Ejército, urbanizada en 2004 y convertida en un lugar de ocio y deporte para muchas familias y niños. El centro educativo está muy próximo a Paseo Zorrilla, una de las principales arterias de la ciudad, lo que facilita el acceso al transporte público de la ciudad. Los recursos más próximos al CCV son el Centro de Salud Plaza del Ejército, el Centro Cívico Arturo Eyries, la biblioteca pública Rosa Chacel, un Centro de Acción Social y tres parroquias. En cuanto a recursos educativos, se encuentran dos colegios públicos de Educación Primaria, dos institutos, dos colegios concertados religiosos y el CFIE.

Contexto centro educativo

El CCV Maristas es un centro educativo bilingüe concertado que imparte enseñanzas de Educación Infantil, Educación Primaria y Educación Secundaria Obligatoria. En todos los niveles cuentan con tres líneas de centro para lo que cuenta con un total de 65 profesores (29 de ellos pertenecen a la etapa de Educación Primaria). Como se ha mencionado con anterioridad, el CCV es un colegio Marista que ofrece educación de inspiración cristiana, siendo su fin principal la transmisión de valores fundamentados en conseguir buenos cristianos y ciudadanos honrados, basándose en la figura de Marcelino Champagnat, fundador de los Maristas.

Desde el curso 2013/2014, el horario en Educación Primaria es de 09:00 de la mañana a 14:00 de la tarde. Anteriormente se trabajaba en jornada partida, pero la demanda de las familias era la preferencia de jornada continua. A pesar de esto, el programa de madrugadores, el servicio de comedor y las actividades extraescolares de tarde, ofrecen la posibilidad de que los alumnos que lo necesiten permanezcan en el centro de siete y media de la mañana a seis de la tarde.

Contexto aula

La intervención en su totalidad no se desarrolla en un aula ordinaria tal y como podría suponerse, sino que, debido a las características atencionales del alumnado (ver apartado inferior), son los alumnos los que salen del aula en los momentos de intervención para trasladarse al despacho de orientación a trabajar, ubicado en el hall principal del colegio.

Este espacio, en el que generalmente se llevan a cabo labores de apoyo educativo, intervenciones más específicas y reuniones del equipo de orientación y psicopedagógico tanto con personas que trabajan en el CCV como con familias u otros externos, tiene varias zonas bien diferenciadas: mesa redonda de trabajo con cuatro sillas, mesa de escritorio con ordenador (de manera habitual es utilizado por la orientadora del centro aunque puede también utilizarse puntualmente como recurso para el alumnado) y, por último, un espacio para guardar material educativo, herramientas para la evaluación del alumnado, pequeña biblioteca con recursos útiles para la Educación Especial, tablets o algunos materiales manipulativos de gran utilidad para la adquisición de conceptos complejos.

El alumnado sobre el que se va a intervenir

La intervención se lleva a cabo con dos alumnos con necesidades educativas especiales a demanda de sus agentes educativos. Ambos alumnos se encuentran cursando sexto curso de Educación Primaria y tienen 13 años. Para presentar detalladamente a ambos alumnos y con ayuda de sus informes psicopedagógicos, se muestran a continuación datos de especial relevancia que han debido tenerse en cuenta para que todos los materiales y la intervención en general estén adaptados a sus diferencias individuales.

Alumno 1

El primer alumno, es de escolarización ordinaria y lleva desde los tres años en el CCV. Es un alumno con Síndrome de Down y discapacidad intelectual leve (reconocida como discapacidad psíquica que le califica con un grado de minusvalía del 41%). Manifiesta un retraso significativo en áreas del lenguaje (lenguaje expresivo) y el área motora principalmente. Permaneció un año más en la etapa de Educación Infantil de modo extraordinario puesto que presentaba un importante desfase curricular en el ámbito comunicativo y de representación. En el CCV recibe apoyos especializados, refuerzo educativo, participación en programas y adaptación curricular. En cuanto al estilo de aprendizaje, se concreta en la tabla que se muestra a continuación, creada a partir de los datos que figuran en su informe psicopedagógico:

ESTILO DE APRENDIZAJE				
	NULA	BAJA	MEDIA	ALTA
Atención y concentración		x		
Motivación		x	x	
Nivel de autonomía				
Aceptación de las normas		x		
Resistencia a la frustración		x		
Actitud		x		
Memoria			x	
Actitud ante las ayudas y apoyos		x		
Actitud ante actividades que domina			x	x
Actitud ante actividades difíciles		x		
Capacidad de trabajo		x	x	
Preferencias de agrupamiento	Solo	Pareja	Peq-grupo	Gr-grupo
Terminación de las tareas	Nunca	Casi nunca	A veces	Siempre
Preferencia en los tipos de lenguajes	Visual	Auditivo	Manipulat.	Mixto
Refuerzos a los que responde	Materiales	Actividad	Sociales	
Ritmo de aprendizaje	Lento	Normal	Rápido	
Áreas en las que muestra más interés	Tareas de repetición e imitación supervisadas			
Áreas en las que muestra menos interés	Rechazo ante tareas en las que presenta menos habilidad o que requieren de concentración			
Otros aspectos a considerar	Tiene que ser dirigido y apoyado por el profesor de manera constante durante la tarea.			

Tabla 2. Estilo de aprendizaje alumno 1. Elaboración Propia. Fuente: Informe psicopedagógico del alumno.

Detección de Necesidades

Por otro lado, tras las reuniones previas al inicio de intervención, se detectan una serie de necesidades en el alumno sobre todo a partir de una demanda explícita de ayuda por parte de su tutor en el centro educativo. La conducta problema viene a partir de un problema de autocontrol del alumno en momentos en los que la vigilancia por parte de un adulto se hace menos notoria o es de baja intensidad. El problema se hace patente cuando el alumno en la hora del recreo o en Educación Física tiene conductas irrespetuosas hacia las niñas de su misma clase o de cursos inferiores: tocar el trasero, levantar la falda o empujar hasta tirar al suelo para posteriormente subirse sobre ella. A pesar de haber recibido castigos positivos (broncas o tareas que le desagradan) los comportamientos no cesan y se

han repetido en varias ocasiones en los últimos meses. Por todo esto, se concluye que es necesaria una intervención específica que cubra las siguientes necesidades:

- Necesita conocer las relaciones que unen a las personas y lo que está permitido y no está permitido en el desarrollo de estas.
- Necesita conocer alternativas a las conductas negativas que lleva a cabo.
- Necesita distinguir lo que hace bien y lo que hace mal en el patio del colegio.
- Necesita conocer técnicas para la aceptación del rechazo que le ayuden a aceptarlo como algo natural.
- Necesita modificar sus conductas negativas conociendo las posibles consecuencias futuras de las mismas.
- Necesita conocer el concepto de espacio íntimo y todo lo que conlleva.
- Necesita identificar y conocer una situación de acoso y qué debe hacer ante esta situación.

Alumno 2

El segundo alumno se encuentra escolarizado en régimen de combinada desde tercero de educación primaria de tal modo que únicamente acude al CCV los jueves y los viernes, yendo el resto de los días de la semana a un centro específico. Dicho alumno tiene discapacidad intelectual moderada teniendo una edad mental aproximada de unos 5 o 6 años y medio. También tiene diagnosticado trastorno por déficit de atención e hiperactividad y trastornos de la comunicación y el lenguaje que se concretan en un trastorno simple del lenguaje. En la mayor parte de las materias, tiene un nivel real de aprendizaje de 1º o 2º de Educación Primaria. Aunque la lectoescritura es lenta y costosa, si se le deja tiempo y se le da apoyo en palabras complejas, la realiza adecuadamente. En cambio, en el área matemática, posee una discalculia grave que hace que la adición y sustracción de números simples, se haga muy difícil en muchas ocasiones. En cuanto al estilo de aprendizaje, que resulta imprescindible tenerlo en cuenta para la planificación de una intervención educativa, se resume en la siguiente tabla:

ESTILO DE APRENDIZAJE				
	NULA	BAJA	MEDIA	ALTA
Atención y concentración		x		
Motivación			x	
Nivel de autonomía			x	
Aceptación de las normas		x	x	
Resistencia a la frustración		x	x	
Actitud			x	

Memoria		x	x	
Actitud ante las ayudas y apoyos			x	x
Actitud ante actividades que domina		x		x
Actitud ante actividades difíciles		x		
Capacidad de trabajo		x		
Preferencias de agrupamiento	Solo	Pareja	Peq-grupo	Gr-grupo
Terminación de las tareas	Nunca	Casi nunca	A veces	Siempre
Preferencia en los tipos de lenguajes	Visual	Auditivo	Manipulat.	Mixto
Refuerzos a los que responde	Materiales	Actividad	Sociales	
Ritmo de aprendizaje	Lento	Normal	Rápido	
Áreas en las que muestra más interés	Trabajos con supervisión y guía del profesor			
Áreas en las que muestra menos interés	Tareas que requieren mucha atención/concentrac.			
Otros aspectos a considerar	Finaliza tareas en mesa con ayuda, sigue pautas			

Tabla 3. Estilo de aprendizaje alumno 2. Elaboración Propia. Fuente: Informe psicopedagógico del alumno.

Detección de necesidades

Al igual que con el Alumno 1, tras las reuniones previas a la intervención se detectan una serie de necesidades muy específicas y en esta ocasión, a demanda de los padres, se ve necesaria una intervención individualizada. La conducta problema viene a partir de una posible masturbación compulsiva. A pesar de que parece ser que el alumno únicamente la lleva a cabo en determinados contextos entre los cuales no se encuentra el CCV, es cierto que los padres manifiestan inquietud y preocupación en lo referente a ella. La conducta masturbatoria aparece fundamentalmente en el hogar, en espacios públicos al aire libre y el centro específico al que acude tres días semanales. Según la información facilitada por los padres, el centro específico ya está trabajando con él sobre el tema, pero desconocen los detalles en profundidad y apuntan su preocupación por tener un hermano pequeño que pueda llegar a imitar la conducta en el futuro. Por todo esto, se concluye que es necesaria una intervención específica que cubra las siguientes necesidades:

- Necesita conocer la diferencia entre un espacio público y uno privado en lo referente a las actividades que se desarrollan en ellos.
- Necesita conocer qué es la masturbación y no identificarlo como algo negativo.
- Necesita unas normas básicas a seguir en lo referente a las conductas masturbatorias.
- Necesita ser consciente de los límites en esta conducta y las consecuencias si éstos se superan.

METODOLOGÍA O DISEÑO

Introducción metodológica

La intervención que se presenta a continuación va a seguir una serie de principios metodológicos esenciales sobre los que se va a asentar y de los que van a partir el resto de los objetivos, contenidos y actividades. Son los siguientes:

- Es **una intervención abierta** a: particularidades del centro educativo en el que se aplique (recursos, alumnado y profesionales), diversidad de las familias (número de miembros, nivel socioeconómico y modelo educativo) y, lo más importante, adaptada a la diversidad de alumnado con discapacidad intelectual.
- Debe **contar siempre con el apoyo y colaboración de padres o tutores legales**. Toda formación o intervención que persiga cualquier objetivo en el ámbito afectivo sexual contará con consentimiento previo de los padres y se llevará a cabo respetando la biografía, creencias o decisiones de la familia de la persona con discapacidad. Por otro lado, la ayuda mutua resulta imprescindible tanto para el intercambio de información relevante como para el seguimiento de la intervención y el conocimiento de sus efectos en los distintos entornos en los que se mueva la persona.
- La intervención en sí persigue el objetivo de **formar para la mejora de la calidad de vida** de la persona con discapacidad; por tanto, se tendrán en cuenta sus intereses y opiniones y se dejará que decidan sobre su vida afectiva y sexual contando con la ayuda y total disposición de los educadores implicados y de la familia. También es importante dejar claro que durante todo el proceso se tendrán en cuenta sus capacidades y posibilidades, no únicamente sus limitaciones.

El modelo biográfico y profesional

De los cuatro modelos existentes a la hora de llevar a cabo una intervención de estas características, el elegido ha sido el propuesto por Félix López: El modelo biográfico profesional, por garantizar tres premisas que se consideran fundamentales:

1. El interés o desinterés es de la propia persona con discapacidad. Sus deseos no deben ser creados o rechazados desde fuera por otras personas.
2. Los padres o tutores legales participan activamente en los apoyos y en la toma de decisiones.
3. Los profesionales son mediadores que están para ofrecer conocimientos, evaluar posibilidades y prestar ayudas a las familias y a las personas con discapacidad.

Por comparación los otros modelos han sido desechados por razones como las siguientes:

- Cada persona con discapacidad intelectual es única, diferente a todas las demás, por lo que tiene derecho a tener una biografía afectiva y sexual única. Las personas podemos y, por tanto, debemos tomar decisiones sobre nuestra vida sexual y amorosa.
- El Modelo de Riesgos o modelo Santa Bárbara, solo interviene cuando hay problemas o, en el mejor de los casos, únicamente para evitar problemas. Evitar los problemas y saberlos afrontar (embarazos, abusos sexuales, infecciones de transmisión sexual, etc.) en el campo de la sexualidad y los afectos es fundamental, pero no es suficiente.
- Por otra parte, no se considera respetuoso con los derechos de las personas con discapacidad intelectual el Modelo Moral, porque hace lo posible para que estas personas no puedan tener una vida afectiva y sexual. Los padres y profesionales creyentes tienen derecho a organizar su propia vida sexual conforme a sus creencias, predicar y dar testimonio de ello, pero no deben, adoptando un rol fundamentalista, exigir a los demás, sin más, que sigan sus criterios, obligándoles a renunciar al grado de integración y normalización que puedan alcanzar.
- Finalmente, tampoco es aceptado el Modelo “Prescriptivo”, que pretende organizar desde un modelo externo la biografía sexual y amorosa de las personas con discapacidad no solo sin las familias, sino, a veces, contra las familias. Parte del supuesto de que la actividad sexual es una condición necesaria para la calidad de vida y por ello acaban considerando la actividad sexual como obligatoria. Finalmente suplantando a las familias y a las propias personas con discapacidad intelectual prescribiéndoles la vida sexual que deben tener. Es el modelo opuesto al moral, imponiendo un fundamentalismo de signo contrario.

¿Qué se debe tener en cuenta al realizar una intervención de este tipo?

Para responder a esta cuestión ha sido de gran utilidad acudir a una encuesta sobre la sexualidad en los centros de atención a personas con discapacidad intelectual realizada en 1992 a 283 profesionales de atención directa en 23 Centros repartidos por toda la geografía española. Más de la mitad de los participantes poseían estudios superiores, en su mayoría se encuentran entre los 25 y 40 años y participan tanto hombres como mujeres cuyos cargos van desde cuidadores hasta médicos o psicólogos o maestros de taller. Los resultados más interesantes y que han resultado relevantes a la hora de plantear la intervención han sido los siguientes:

- La actitud general observada hacia la sexualidad por parte de las personas con discapacidad intelectual es manifestarla como una actividad más (52%) o sólo la manifiestan muy esporádicamente (33%).
- Entre los que manifiestan actividad sexual, en un 34% de los casos se da de manera natural y en privado, mientras que en un 32% de los casos se da de forma excesivamente desinhibida.

- Las manifestaciones sexuales se dan indistintamente en hombres y en mujeres.
- En un 55% de los casos, la conducta sexual más frecuente es la masturbación, seguido con un 33% de otra conducta llamada “juegos y caricias eróticas”. Hablando de conducta sexual, es relevante que existe una diferencia entre hombres y mujeres: mientras que en hombres es más común la masturbación (66% de los casos), en mujeres es más común encontrar tanto masturbación (40%) como juegos y caricias eróticas (46%).
- Otro dato llamativo es que un 53% de los profesionales sí tiene presente la sexualidad de las personas con discapacidad, frente a un 35% que admite que se le presta poca atención. De los que sí tienen en cuenta la sexualidad, en un 44% de los casos, se interviene libremente según criterio personal puesto que no existe un programa concreto aplicable a cada persona y situación. Además de esto, un 4% de los profesionales intentan ocultar la sexualidad de estas personas argumentándolo en un 18% de los casos, que es un tema muy delicado y conflictivo.
- En un 67% de los centros no existe ningún programa concreto para abordar el tema a pesar de que un 54% de los profesionales encuestados lo consideran aconsejable y un 31% lo considera imprescindible.

Además de esta encuesta, también ha resultado interesante otra realizada por Ricardo Belmonte, maestro de Educación Especial en el Centro Público “Cruz de Mayo” de Mellín, Albacete en 1992. En la encuesta, realizada a cuarenta trabajadores con contacto directo con el alumnado con discapacidad, se planteaban diferentes cuestiones alusivas a la sexualidad de estas personas. Las conclusiones más relevantes obtenidas fueron las siguientes:

En cuanto al centro	En cuanto al alumnado	En cuanto a las demandas que hace la familia al centro educativo
<ul style="list-style-type: none"> • Falta una adecuada información sobre la sexualidad de los minusválidos psíquicos. • Existe una dificultad de los educadores para ejercer su labor en este ámbito debido, por una parte, a la ausencia de un programa general de 	<ul style="list-style-type: none"> • No encontraron grandes diferencias entre la sexualidad de una persona con discapacidad intelectual y la de un alumno ordinario. • No poseen un impulso sexual mayor que el de una persona ordinaria. 	<ul style="list-style-type: none"> • Que procuren que sus hijos no manifiesten conductas sexuales (como caricias o besos). • Que se vigilen las conductas de tipo masturbatorio. • Que se evite el abuso sexual y, en el caso de las

actuación que unifique criterios y, por otra a la actitud de los padres de los alumnos.	<ul style="list-style-type: none"> • Su preocupación por definir su identidad sexual es similar al de alumnos ordinarios. • Se reduce su experiencia sexual, tanto en la familia (falta de contacto con otros niños y adolescentes de su edad), como en el Centro no permitiendo experiencia o manifestaciones normales además de ofertarles una información sexual desestructurada. • A veces, por eficacia en el trabajo, se reduce su necesidad de intimidad. 	alumnas, sobremanera el embarazo
---	---	----------------------------------

Tabla 4. Recopilación de conclusiones sobre la encuesta realizada por Ricardo Belmonte, 1992. Elaboración propia. Fuente: Ministerio de Asuntos Sociales, 1993.

El motivo de elección concreta de estas dos encuestas es porque las personas encuestadas trabajan en contacto directo y diario con las personas con discapacidad desde diferentes puestos de trabajo y niveles de estudios, cosa que les permite conocer de cerca y diariamente sus necesidades afectivo-sexuales desde un punto de vista muy significativo.

En el caso de la primera encuesta, nos aporta un dato muy significativo y relevante y es que el desarrollo de la sexualidad y sus manifestaciones no entiende de sexos ni de nivel intelectual, sino que es común y natural en todas las personas. Por otro lado, nos acerca la realidad de estas personas que, en su mayoría, lejos de tener relaciones sexuales plenas, se reducen a juegos, caricias o masturbación. Para cerrar, a pesar de que se considera un tema imprescindible, algunos profesionales afirman que es un tema delicado, conflictivo y que deriva en querer ocultar o ignorar esta necesidad.

La segunda encuesta ha sido seleccionada por el hecho de que las conclusiones obtenidas nos aportan una visión desde tres vertientes distintas, facilitando datos sobre actitudes familiares o del centro educativo dejando importantes reflexiones como que se carecen de programas de intervención, existe falta de formación o la actitud familiar está orientada a la inhibición o prevención.

El rol del maestro PT o de Educación Especial

El maestro de educación especial o PT realiza una importante labor en el terreno afectivo-sexual de las personas con discapacidad intelectual. Tanto si pensamos en un contexto ordinario como en uno específico, el maestro PT es el perfil profesional que mejor conoce las necesidades educativas especiales que pueda presentar el alumnado; a pesar de no tener una formación específica en el ámbito afectivo-sexual, desempeña un importante papel a la hora de reconocer carencias en un alumnado tan diverso o planificar intervenciones de este tipo adaptadas a las características individuales de los estos.

Por un lado, la “distancia profesional” le otorga la posibilidad de intervenir sin implicación emocional. El pasar mucho tiempo con el alumnado con discapacidad intelectual da la oportunidad de observar cómo interactúan con su grupo de iguales y poder sacar conclusiones fiables acerca de sus intereses afectivos y sexuales. En muchas ocasiones, el maestro PT se convierte en un modelo para el alumnado, pudiendo mostrar ante ellos conductas ejemplares que el alumno pueda imitar. Además, se pueden establecer relaciones privilegiadas con las familias de este alumnado, cosa de gran utilidad a la hora de conocer sus conductas fuera del centro y poder unificar criterios de actuación con las familias para que la educación sexual no se dé unilateralmente.

Por otro lado, según el modelo biográfico y profesional, el rol del profesional-tutor de la persona con discapacidad, persigue **tres objetivos fundamentales** (Sánchez F. L., Guía para el desarrollo de la afectividad y de la sexualidad de las personas con discapacidad intelectual, 2011):

1. Ganarse la confianza de la persona con discapacidad. Por eso una condición fundamental es que el profesional tutor sea aceptado por la persona con discapacidad.
2. Defender los derechos e intereses de la persona con discapacidad para mejorar su calidad de vida.
3. Involucrar de forma positiva y eficaz a la familia o tutor legal y a los profesionales del equipo que se forme a tal efecto, para que acepten con actitud positiva el proceso y ofrezcan apoyos eficaces.

El rol de la familia

Como se ha mencionado con anterioridad en el marco teórico, cada familia adopta un modelo educativo del que van a depender las conductas y actitudes que enseñen a sus hijos. Ante la condición de ser sexuado y las manifestaciones que esto conlleva, la familia puede adoptar también distintas posturas (González Castellanos & Gonzalo Gail, 2014): negación de dicha sexualidad, rechazo con tendencia a censurar o reprimir manifestaciones sexuales, sobreprotección que conlleva restricciones o hipervigilancia (menos espacios y tiempos de intimidad) o la idónea, que es la postura de apoyo en la que se acompaña y ayuda al familiar para que alcance un desarrollo óptimo.

Mencionar esto, resulta fundamental a la hora de plantear una intervención en educación afectivo-sexual, puesto que, dependiendo de la postura que adopte la familia, pueden encontrarse determinadas dificultades o fortalezas para el desarrollo de la misma. Además, aunque evidentemente la cuarta postura es la más apropiada para la mejora de la calidad de vida de la persona con discapacidad y facilitar la expresión de su sexualidad, generalmente, se suelen adoptar una de las tres primeras.

A pesar de ello, generalmente, la mayoría de las familias muestran implicación y se esfuerzan en manifestar actitudes de apoyo y empatía a pesar de que los mitos en torno a esta temática, los miedos o la propia educación afectivo-sexual recibida, pueden suponer graves obstáculos a los que hacer frente.

El objetivo que debe perseguir la persona que lleve a cabo la intervención con respecto a la familia, es involucrarla y hacerle partícipe de todo el proceso y de la toma de decisiones, buscando una postura constructiva y favorable para lograr la normalización e integración de este aspecto. También es importante que la familia no decida por su hijo/a, porque a pesar de ser responsables de la persona con discapacidad, en ningún caso son propietarios puesto que éstos tienen derechos propios que no deben ser negados.

Para la consecución de todo esto, es imprescindible que la familia vea en el maestro de educación especial que va a intervenir, una figura con la que pueden colaborar positivamente para lograr el bienestar de sus hijos. Para ello, se debe ganar a la familia con tolerancia, aceptando sus resistencias y haciéndoles ver las consecuencias positivas que puede dar como resultado una intervención de este tipo con perseverancia y capacidad de convencimiento e ir, poco a poco, acercándonos al cuarto modelo.

Fases previas al inicio de la intervención

Con el fin de recabar toda la información posible con respecto a la persona con discapacidad intelectual en diferentes ambientes y asegurarnos de la colaboración e implicación de los agentes educativos que se encuentran en contacto directo con ella, se deben llevar a cabo varias fases previas al inicio de la intervención:

1. Una reunión con los padres o tutores legales que nos aporte información sobre conductas, intereses o inquietudes que puedan tener tanto ellos, como la persona con discapacidad en la vida en el hogar: vida fuera del centro, disponibilidad de espacios privados, tipo de educación, ambiente familiar general, etc. Para llevarlo a cabo, es interesante disponer de un guion que nos ayude a tratar los aspectos más relevantes.

Anexo I. Guion para la reunión con los padres

2. Reunión con otros educadores, como su tutor de aula, que trabajen de manera habitual con las personas con las que se va a llevar a cabo la intervención; esta reunión es muy importante puesto que los tutores suelen pasar largos periodos de tiempo con sus alumnos en el aula ordinaria, en muchas ocasiones, más que el propio especialista en pedagogía terapéutica.

Anexo II. Guion para la reunión con otros educadores

3. Una vez realizadas ambas reuniones, es conveniente realizar un documento recopilatorio en el que se resume la información obtenida más relevante. A partir del mismo, se establecerá una lista de necesidades y carencias que puede tener el alumno con discapacidad. Este documento es primordial, puesto que, a partir del mismo, se establecen los objetivos de la intervención, orientados a suplir dichas carencias y cubrir las necesidades del alumnado. Además, nos ayuda a saber de qué punto partimos y nos asegura que la intervención va a ser individualizada.

Anexo III. Cuadro recopilatorio de información relevante y listado de carencias y necesidades

4. Reunión con la persona con discapacidad intelectual para verificar la detección de necesidades realizada a partir de las reuniones con la familia y los educadores, conocer algunas de sus inquietudes o establecer en qué punto de su recorrido vital se encuentra en lo relativo al plano afectivo-sexual. Para este encuentro es primordial que el cuadro recopilatorio del ***Anexo III*** esté debidamente cumplimentado puesto que nos será de gran ayuda tenerlo presente para la detección de necesidades y contrastación de la información recibida.
5. Para finalizar este proceso previo, se solicitará una nueva reunión con los padres o tutores legales con el fin de informarles de las necesidades detectadas y las conclusiones obtenidas tras terminar la ronda de reuniones con todas las partes. Esta reunión es una nueva oportunidad para que la familia pueda realizar propuestas, alegaciones o muestras de conformidad o disconformidad. En este momento, deben firmarse todos los permisos que autorizan a la realización de la intervención.

Anexo IV. Permisos para padres o tutores legales

Es importante señalar que se debe avisar a las familias de que la intervención no es cerrada: puede modificarse una vez se ha iniciado, plantearse nuevas metas e incluso, si muestran desacuerdo con las actividades realizadas, se puede finalizar de inmediato.

Intervención en Educación Afectivo-Sexual

Tras llevarse a cabo todo el procedimiento previo al inicio de la intervención y una vez detectadas las necesidades del alumnado, se procede al diseño de temáticas o centros de interés que se muestran a continuación. En primer lugar, se desarrolla una intervención informativa que es interesante que todo alumno reciba antes de la aparición de las primeras conductas sexuales; por este motivo, esta parte de la intervención se llevará a cabo de manera conjunta con todos los participantes en la misma. En segundo lugar, la intervención profundiza en diversos temas obtenidos a partir de la información recopilada antes del diseño. Esta segunda parte debe estar adaptada a las necesidades de cada alumno, individualizada y no generalizable. Para finalizar, es importante apuntar que TODO el proceso debe asentarse en las capacidades o puntos fuertes del alumnado para lo que es imprescindible que las limitaciones hayan sido estudiadas y evaluadas previamente por un equipo psicopedagógico, habiendo informado con posterioridad a la persona que vaya a llevar a cabo dicha intervención. Esta última parte es especialmente relevante puesto que a partir de ella se establecen las adaptaciones y los apoyos necesarios.

INTERVENCIÓN INFORMATIVA. PRE-CONDUCTA SEXUAL	Reconocimiento del propio cuerpo	Identificación de uno mismo: Las partes de mi cuerpo y su nombre correcto.
		Diferencias entre el hombre y la mujer: Comprensión de estas y ubicación de uno mismo.
	Los cambios que experimentamos	La adolescencia, una etapa de cambios.
		Los cambios físicos en general, los cambios físicos propios del hombre y los cambios físicos propios de la mujer.
		Los cambios propios y el estudio de mi propia evolución.
	INTERVENCIÓN POST-CONDUCTUAL	La masturbación
Qué es la masturbación y porqué es saludable [(Aprobación de la conducta (1)]		
Normas a seguir: Cómo actuar ante la excitación, pautas de higiene, prevención de autolesiones.		
Las muestras de afecto y el deseo sexual		Concepto de familia, amistad, noviazgo, pareja y matrimonio
	Cuando nos dicen que no. Los derechos de los demás: Autocontrol (2)	

		Cuando decimos que no. Mis derechos. Prevención del abuso sexual. (2)
--	--	--

Tabla 5. Diseño de temáticas a tratar en la intervención. Fuente: Elaboración propia.

- (1) El principio básico de la intervención es tener en cuenta que la masturbación es una conducta normal y que, por tanto, no se trata de suprimirla, si no de que conseguir que deje de ser inapropiada y pase a ser apropiada.
- (2) Para los dos apartados que van a trabajarse a continuación, fundamentalmente se van a tomar como referencia dos programas de reconocida eficacia para trabajar habilidades sociales básicas y emocionales que les permitan enfrentarse y responder adecuadamente a determinadas situaciones comunes con las que se pueden encontrar en su vida diaria:
 - Por un lado, el Programa de Enseñanza de Habilidades de Interacción Social (PEHIS) para niños y adolescentes de Inés Monjas Casares.
 - Por otro lado, el Programa SICLE (Siendo Inteligentes Con las Emociones) de Antonio Vallés Arándiga, estructurado desde el primer ciclo de Educación Primaria y hasta Educación Secundaria, dependiendo del nivel de comprensión y abstracción que posea el alumno.

Temporalización

La temporalización es el recurso utilizado para la planificación del tiempo dedicados a la intervención y a cada actividad. En este caso, se van a utilizar dos herramientas: En primer lugar, el calendario en el que aparecen marcados los días destinados al desarrollo de la intervención y, en segundo lugar, el desglose pormenorizado de las sesiones con las temáticas y la duración de cada una de ellas.

Calendario con fechas de intervención

Leyenda	
	Otros meses
	No lectivo
	Intervención

Abril 2018						
lu.	ma.	mi.	ju.	vi.	sa.	do.
						1
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	29
30						

Desglose pormenorizado de los días de intervención

Sesión	Fecha	Duración	Temática
1ª Sesión conjunta	12/04/2018	60 minutos	Reconocimiento del propio cuerpo
2ª Sesión conjunta	13/04/2018	75 minutos	Los cambios que experimentamos: La adolescencia
1ª Sesión Alumno 1	16/04/2018	55 minutos	Concepto de familia, amistad, noviazgo, pareja y matrimonio
2ª Sesión Alumno 1	17/04/2018	60 minutos	Cuando nos dicen que no. Los derechos de los demás: Autocontrol
3ª Sesión Alumno 1	18/04/2018	65 minutos	Cuando decimos que no. Mis derechos. Prevención del abuso sexual
1ª Sesión Alumno 2	19/04/2018	55 minutos	Los lugares públicos y los lugares privados
2ª Sesión Alumno 2	20/04/2018	40 minutos	Qué es la masturbación y porqué es saludable
3ª Sesión Alumno 2	26/04/2018	45 minutos	Normas a seguir: Cómo actuar ante la excitación, pautas de higiene, prevención de autolesiones.

Tabla 6. Desglose de días de intervención según su temática. Fuente: Elaboración propia.

Fichas de sesión

Las fichas de sesión son un documento imprescindible en la intervención puesto que, en ellas, se muestran los aspectos más relevantes a la hora del desarrollo y puesta en marcha de la intervención. Con la creación de estas fichas se busca que otros docentes puedan ver en poco espacio los objetivos, actividades, recursos necesarios y la evaluación del procedimiento para tener una idea global de lo que ocurre en cada una de las sesiones.

Como la intervención se debe desarrollar en diez sesiones, también son diez las fichas de sesión. Estas se presentan en un anexo:

Anexo VII. Fichas de sesión.

EXPOSICIÓN DE RESULTADOS

La exposición de resultados, al ser la parte más relevante de esta intervención, se va a desarrollar y llevar a cabo a través de una doble vertiente. Por un lado, se procede a un narrado de las sesiones que incluye un análisis y documentos fotográficos de cada una de ellas; posteriormente se hará una global evaluación de todo el proceso a través de cuatro evaluaciones distintas:

1. Evaluación del alumnado: Materiales realizados y rúbrica de actividad (Anexo V).
2. Heteroevaluación de la práctica docente: Análisis MIMO.
3. Autoevaluación de la práctica docente: Diana de Aprendizaje.
4. Autoevaluación de su aprendizaje por parte del alumnado: Dianas de aprendizaje.

Narrado de sesiones

En el narrado de sesiones se lleva a cabo una descripción detallada de las actividades realizadas y de cómo ha sido su desarrollo con el alumnado. Simultáneamente se realiza un pequeño análisis en el que se añaden anécdotas o curiosidades que se hayan dado durante las sesiones.

Este apartado se desarrolla en un anexo:

Anexo VIII. Narrado de sesiones

Rúbrica de Actividad

La **rúbrica de actividad** mostrada en el anexo V junto con algunas de las actividades (ver fichas de sesión en el anexo VII), han servido como instrumento para la **evaluación de los alumnos**. Lamentablemente, por falta de tiempo, no he podido observar si realmente la intervención ha tenido los efectos deseados, pero lo que sí puedo afirmar es lo siguiente:

- Para el alumno 1 resultan poco motivantes las recompensas a largo plazo, por lo que la técnica de modificación de conducta utilizada, el calendario, en el que si obtenía una semana completa de puntos verdes por buen comportamiento obtendría un premio, no ha resultado demasiado efectiva. Hubiese sido más adecuado que al finalizar una jornada de buen comportamiento recibiese la recompensa de manera inmediata y que se le hubiesen retirado los premios de manera progresiva.
- El alumno 1 ha seguido manifestando conductas poco apropiadas con las niñas de su grupo-clase en la hora de Educación Física pasadas dos semanas desde la intervención realizada, aunque no ha sido así en la hora del recreo.
- El alumno 2 está siendo sometido a una intervención trilateral con respecto a sus conductas masturbatorias: una por parte del centro específico al que acude tres días por semana, otra por parte de su núcleo familiar (que siguen pautas del centro específico) y, por último, la

intervención que figura en esta intervención. Por estos motivos, se deduce que la intensidad y el encontrar medidas correctivas en todos los contextos en los que se mueve en su vida diaria, posiblemente tengan efectos notorios.

- Desconozco si las conductas masturbatorias del alumno 2 se han reducido realmente porque no he tenido oportunidad de conocer por parte de la familia si han vuelto a aparecer en lugares o momentos inapropiados.
- La intervención ha estado ajustada a las necesidades del alumnado y a su nivel cognitivo; algunas de las actividades que requerían del uso del pensamiento abstracto han resultado un tanto complejas de resolver por su parte, pero con ayuda y supervisión, se han conseguido realizar la totalidad de las actividades planteadas.
- Ha sido un acierto la personalización de las actividades, relacionándolas con aspectos de su interés o de su vida fuera de la escuela (para lo que ha sido necesario una recopilación de información previa al inicio de la intervención) para que resultasen más atractivas y significativas para los alumnos.
- El comportamiento y actitud demostrados por parte de ambos alumnos ha sido extraordinario, mostrando gran interés, motivación e ilusión por el aprendizaje de estos contenidos “extracurriculares”.
- Si tuviera que calificar el conjunto de la intervención sería de NOTABLE por no poder haber sido más larga, con más sesiones, actividades y con un seguimiento de su éxito o fracaso. En ese sentido, no he podido hacer más que lo que el periodo de prácticas me permitía.

Análisis MIMO

En segundo lugar, para realizar una **heteroevaluación**, he contado con la ayuda de la orientadora de las etapas de Educación Infantil y Primaria del CCV, que ha actuado como observadora y supervisora de toda la intervención. En esta ocasión, decidimos realizarla a través de un **análisis M.I.M.O.** que, es el método utilizado por la totalidad de los docentes del CCV para darse feedback entre ellos por parejas para el análisis de su práctica docente. Se muestra en la siguiente tabla:

MANTENER	INCLUIR	MODIFICAR	OMITIR
Según mi observadora, mantendría todas las actividades realizadas durante la intervención.	Mi observadora ha echado en falta algún audiovisual más durante la intervención que ayudase a los alumnos a la comprensión de	Las modificaciones propuestas por mi observadora se han realizado siempre ANTES de la realización de las actividades con los	Mi observadora no omitiría nada de esta intervención, todo la ha parecido adecuado y correcto para el nivel y necesidades del alumnado.

<p>Las realizadas con el Alumno 1 le han gustado especialmente por su carácter innovador y original, de tal modo que la parecen de interesante aplicación en los primeros cursos de la etapa de Educación Primaria con el alumnado ordinario.</p>	<p>algunas partes de esta porque únicamente ha habido uno en la última sesión con el Alumno 1. Es cierto que podría haber incluido el uso de tablet o haber preparado alguna actividad que supusiera el uso de las TIC porque este alumnado aprende más y mejor con métodos visuales e interactivos.</p>	<p>alumnos. Es decir, a la hora de aplicación de una ficha, esta, ya había sido supervisada y en algunos casos, modificada por la orientadora. Por ejemplo, en la intervención con el Alumno 2, al hablar de excitación o masturbación, los pictogramas que se habían incluido de la plataforma ARASAAC eran muy explícitos y fueron sustituidos por imágenes de un niño tocándose por dentro del pantalón sin mostrar una imagen de un pene como tal.</p>	
---	--	--	--

Tabla 7. Análisis M.I.M.O de la intervención. Elaboración propia. Fuente: Alicia Lajo Muñoz

Diana de Aprendizaje (Docente)

Finalmente, para realizar una **autoevaluación** de mi práctica docente voy a utilizar un método muy visual, sencillo y completo: la **diana de aprendizaje**. Para realizar la diana de aprendizaje he seguido los siguientes pasos:

- Dibujar una diana con cuatro círculos concéntricos: Cada círculo corresponde a una puntuación siendo el más pequeño el que puntúa con un punto y el más grande el que puntúa con 4 puntos.
- Cortar la diana con seis rectas, de tal modo que quede dividida en seis secciones. Cada una de las secciones corresponde con cada uno de los ítems que serán evaluados:
 1. He conseguido los objetivos planteados.
 2. Las actividades planeadas han sido adecuadas.
 3. He organizado bien las sesiones (tiempo, estructura, recursos).

4. Mis actividades son motivantes para los alumnos.
 5. He aprendido cosas nuevas como docente.
 6. Siento satisfacción personal con mi intervención.
- Finalmente, he puntuado los ítems del 1 al 4, siendo:
 - 1: Nada de acuerdo.
 - 2: Poco de acuerdo.
 - 3: Medianamente de acuerdo.
 - 4: Totalmente de acuerdo.
 - La última parte es trazar un polígono en el que los vértices más cercanos al centro de la diana son mis puntos débiles y los puntos más alejados son mis puntos fuertes.

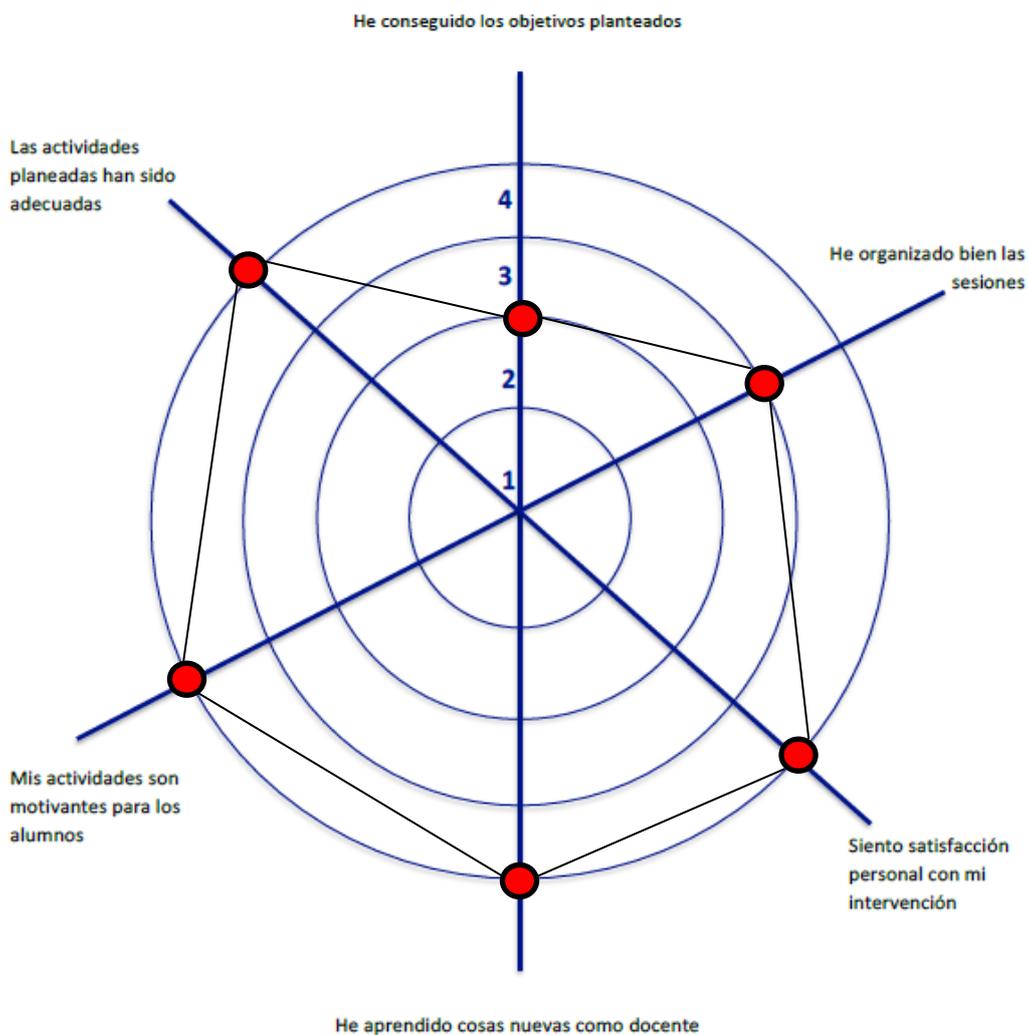


Ilustración 4. Diana de aprendizaje. Autoevaluación docente. Fuente: Elaboración propia.

Análisis de resultados

Como puede observarse hay cuatro ítems puntuados con la máxima calificación:

- Las actividades planteadas han sido adecuadas: por contar con la aprobación del equipo psicopedagógico y ser adecuadas al nivel real de aprendizaje del alumnado.
- Mis actividades son motivantes para los alumnos: por haber conseguido despertar en ellos interés y observar que se quedaban en cada sesión “con ganas de más”.
- He aprendido cosas nuevas como docente: considero que este ítem se cumple en cualquier caso en el que un docente esté en contacto con un alumno. Relacionado o no con la intervención, siempre se aprenden cosas de gran utilidad y valor acerca del alumnado, su diversidad y cómo trabajar con ellos.
- Siento satisfacción personal con mi intervención: no hay mayor satisfacción que ver a los alumnos trabajar sobre papel diseñado por mí y ver cómo disfrutaban en actividades cooperativas, hablando entre ellos y logrando despertar el “hambre de aprender”. Independientemente de la consecución o no de los objetivos planteados, esto me llena enormemente como futura docente.

El resto de los ítems han sido puntuados de manera diversa:

- He organizado bien las sesiones: tiene una puntuación de 3 debido a que casi todas las sesiones han resultado más extensas de lo planificado; aunque he de decir que ha sido debido a mi permisividad con los alumnos puesto que me parecía muy interesante y necesario dejarles hablar y expresar todo aquello que les inquietase con respecto a lo que estábamos trabajando.
- He conseguido los objetivos planteados: tiene una puntuación de 2 puntos. Con respecto al alumno 1, los objetivos se han conseguido parcialmente puesto que la conducta se ha reducido notoriamente pero no ha desaparecido. Con respecto al alumno 2, el éxito es compartido al haber trabajado de manera conjunta con el resto de los contextos educativos en los que se mueve el alumno. Por otro lado, la falta de tiempo ha hecho que el seguimiento de los resultados se vea afectado y la brevedad de la intervención, se plasma en unos resultados humildes.

Diana de Aprendizaje (Alumnado)

Siguiendo los mismos pasos para su elaboración que en la diana de autoevaluación docente, los aspectos a puntuar por parte de los alumnos son las que se presentan a continuación:

ASPECTOS A PUNTUAR	
Comunes a los dos alumnos	
<ul style="list-style-type: none"> • Conozco las diferencias entre el cuerpo de un hombre y de una mujer. • Sé que cambios se dan en la adolescencia. • Mi comportamiento y actitud han sido positivas. • He colaborado con mi compañero. 	
Específicos de la intervención individualizada	
Alumno 1: <ul style="list-style-type: none"> • Comprendo qué comportamientos debo tener con mis compañeras. • Conozco mi burbuja y quién puede entrar en ella. 	Alumno 2: <ul style="list-style-type: none"> • Diferencio un espacio público de uno privado. • He aprendido las normas a seguir para tocarme.

A continuación, se muestran las dos dianas realizadas por los alumnos en los días posteriores a la finalización de la intervención; se acompañan de algunas observaciones, datos obtenidos mientras las realizaban o reflexiones personales al respecto.

Diana Alumno 1

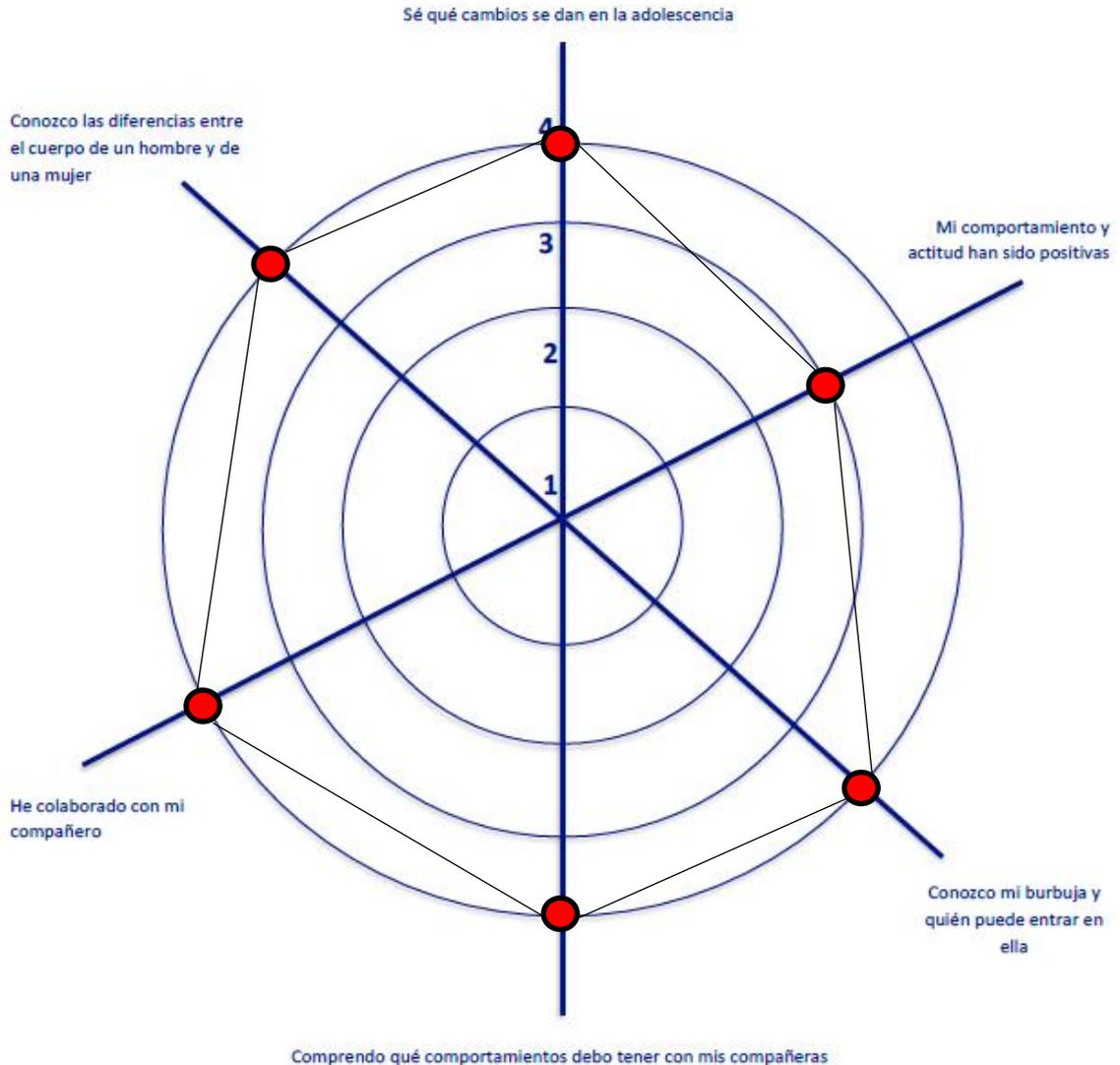


Ilustración 5. Diana de Aprendizaje. Autoevaluación alumno 1. Fuente: Elaboración propia.

Mientras el alumno 1 realizaba la diana, justificó verbalmente algunas de las puntuaciones. En cuanto a los ítems en los que se ha otorgado la máxima puntuación, alega:

- En cuanto a lo referente a la intervención conjunta, que es porque hizo él sólo con su compañero las actividades finales de evaluación sin ayuda de nadie. Que entendió todo y que, si le hicieran un examen, sabría contestar a todo bien.
- El ítem de “Mi comportamiento y actitud han sido positivas”, lo ha puntuado con un 3 debido, bajo mi punto de vista, a un mal entendimiento del ítem. En vez de puntuar su comportamiento en la intervención, ha puntuado su comportamiento en el patio con sus compañeras de clase; por este motivo, ha puesto un 3.
- El ítem de “Conozco mi burbuja y quién puede entrar en ella”, también tiene una puntuación de 4, pero debe destacarse que esta parte se ha trabajado mucho en el núcleo familiar.

Diana Alumno 2

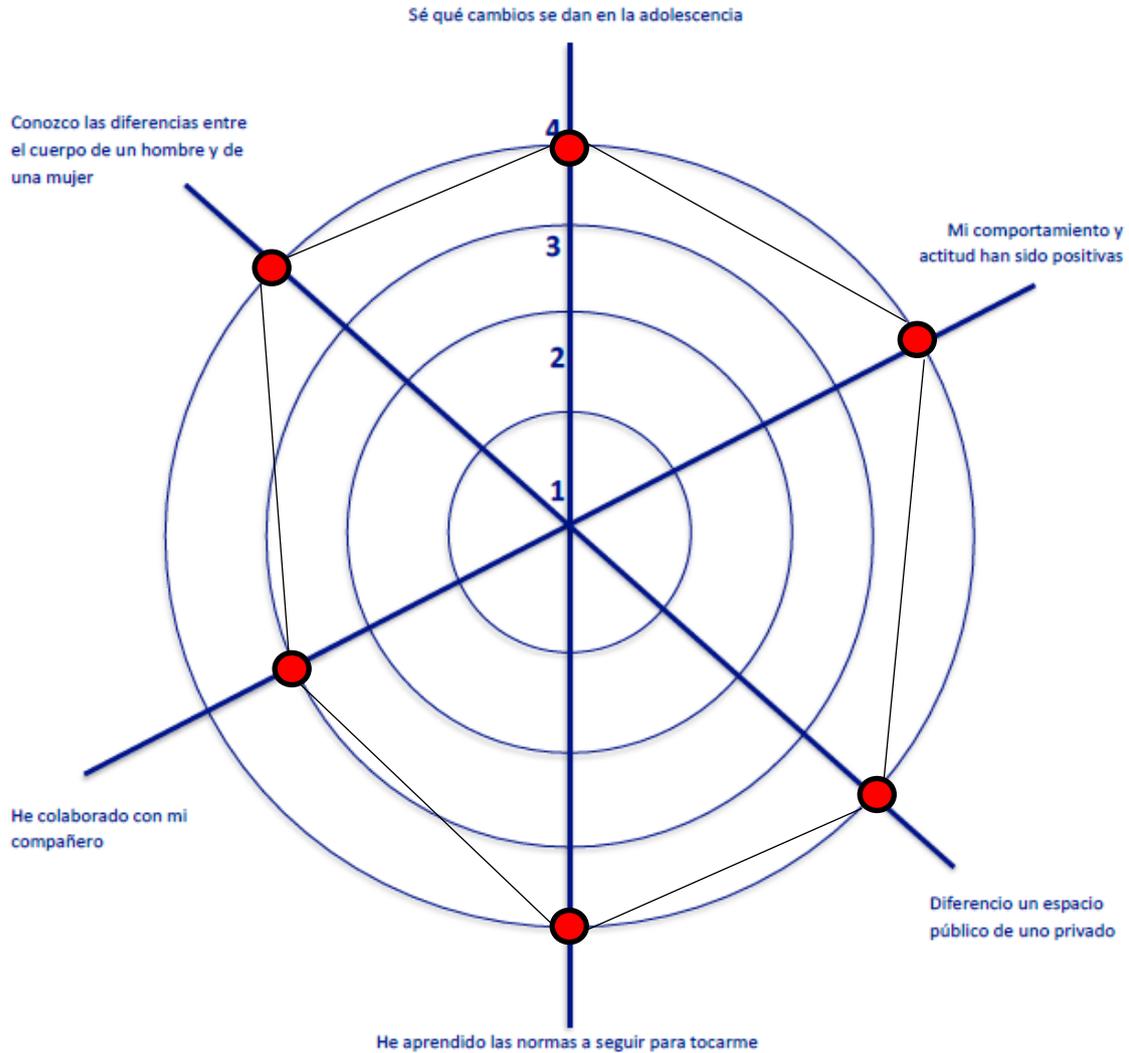


Ilustración 6. Diana de aprendizaje. Autoevaluación alumno 2. Fuente: Elaboración propia.

Al igual que el Alumno 1, el Alumno 2, también hizo comentarios verbalmente mientras realizaba la diana de aprendizaje:

- Lo que ha puntuado con la máxima puntuación (todos los ítems excepto uno), apunta que es porque ha entendido bien las actividades, ha trabajado el solo y no ha necesitado ayuda de la profesora.
- El único ítem que ha puntuado con 3 puntos ha sido el referido a la colaboración con su compañero y, nuevamente, considero que es por una mala interpretación de la cuestión puesto que, al responder comentó: No he colaborado porque no estaba algunos días. Dando por hecho que la intervención específica realizada con él también estaba destinada a su compañero y que este, no había podido acudir.

Consideraciones finales

Para finalizar de manera concisa este apartado de exposición de resultados considero imprescindible tratar algunos temas que pueden haber pasado desapercibidos o no aparecen de manera explícita en ninguna de las evaluaciones realizadas durante y después de la intervención.

En primer lugar, cualquier pedagogo que lea este documento, puede echar en falta más vinculación curricular en cuanto a los contenidos y más referencias o citación de legislación educativa. Este hecho, no ha sido un despiste, ni tampoco una decisión arbitraria; si no que ha sido una manera de reivindicar lo que se ignora este ámbito tan importante en la educación formal y obligatoria del alumnado. Por un lado, durante la etapa de educación primaria, los contenidos que se tratan acerca de sexualidad se reducen al área de Ciencias de la Naturaleza en los dos últimos cursos de esta; y estos contenidos son meramente biológicos o de anatomía general, sin profundizar en la afectividad, el autocontrol, las medidas de higiene, la prevención, etc. Además de esto, por otro lado, los alumnos no reciben ninguna clase de información, a no ser que los padres lo demanden de manera explícita al orientador del centro (esto ocurre rara vez), hasta que no llegan a tercero o cuarto de la E.S.O. donde habitualmente, acuden al centro agentes externos a dar charlas de 2 horas como máximo acerca de la sexualidad.

También me gustaría destacar que, aunque la LOMCE ha optado por ignorar por completo la educación sexual entre sus temas transversales, tampoco me declaro conforme con la LOGSE puesto que, aunque muchos docentes no compartan esta opinión, considero que, por lo general y desgraciadamente, lo transversal se diluye. Queda escondido entre un montón de contenidos curriculares y no llega a calar todo lo deseable en el alumnado.

Aprovecho también este primer punto para añadir que, inicialmente, la intervención incluía otros dos temas a tratar de manera conjunta con ambos alumnos: la reproducción sexual y el preservativo como método barrera por excelencia. Al comprobar los conocimientos, hablar con las familias y descubrir el nivel real de aprendizaje de estos alumnos, finalmente decidí eliminar esta parte puesto que desconocían la terminología y métodos de reproducción humana en general. Sus conocimientos se limitaban a partes del cuerpo y “lo que me gusta” y “lo que no me gusta” con respecto a esas partes. Concluyendo, quería informar, pero no quería abrumar al alumnado con datos que ignoraban por completo cuando existía una problemática evidente sobre la que poder trabajar en el poco tiempo del que disponíamos.

Para cerrar lo relativo a lo curricular, no quiero recurrir a la demagogia utilizando las últimas noticias de actualidad que giran en torno a este tema para justificar la enorme necesidad de reforzar este contenido en el currículo de la etapa de primaria en la que, aunque no se trate la reproducción o métodos barrera de manera explícita, sí se deberían tratar actitudes de respeto, cómo reconocer un

abuso o qué hacer si esto les ocurre para fomentar que sea un alumnado formado y, por consiguiente, un alumnado protegido.

En segundo lugar, leyendo los objetivos planteados al inicio de la intervención y en contraste con los resultados obtenidos en la misma, puede dar una sensación de fracaso puesto que inicialmente se plantean unas metas ambiciosas y finalmente, los resultados generales pueden considerarse limitados. Este hecho no puede desanimar a ningún docente a la puesta en práctica de intervenciones de este tipo porque, aunque nos encontremos con trabas muy diversas (tiempo disponible, contar con el beneplácito de las familias o la colaboración de otros compañeros dentro del propio centro educativo) habremos puesto nuestro granito de arena para paliar las necesidades de los alumnos y para mejorar su calidad de vida. Ya no seremos docentes que miran para otro lado o que niegan el derecho a la sexualidad de sus alumnos por el simple hecho de ser diversos intelectualmente, no nos hemos sumado a todos aquellos que “ponen el palito en la rueda”, si no que seremos aquellos que despuntan, que luchan por el saber y por dar la oportunidad de elegir con conocimiento de causa.

En tercer lugar, una de las espinas que se quedan clavadas en mí, es no haber podido contar con toda la implicación de las familias que me hubiese gustado inicialmente. Es cierto que he podido contar con ellos para realizar las fases previas a la intervención y me han facilitado la información clave para el posterior diseño de las actividades y, por tanto, han sido guía de todo el procedimiento; pero lo ideal hubiese sido una mayor presencia en el aula durante el desarrollo de la intervención. Esto, evidentemente, es realmente complejo: las familias trabajan por las mañanas y por las tardes, no puedes “obligar” al alumnado a acudir al centro educativo para realizar una intervención de este tipo. De todos modos, aprovecho para agradecer su disponibilidad y colaboración en la tarea de facilitarme fotografías de la evolución del alumnado puesto que esta actividad (realizada en la segunda sesión) fue un éxito rotundo entre los alumnos.

En cuarto lugar, he de decir que la intervención con el Alumno 2 ha sido un tanto más compleja que con el Alumno 1. Se debe tener en cuenta que este Alumno se encuentra en régimen de escolarización combinada y que, al acudir tan sólo dos días a la semana al CCV, ha resultado especialmente complejo encontrar horas en las que ubicar esta intervención. Cuando este alumno acude al centro ordinario, los docentes se centran en intentar refrescar e introducir nuevos contenidos curriculares para que, en el próximo curso escolar, el alumno promocione a primer curso de educación secundaria con el mayor nivel real de aprendizaje posible. En este aspecto he sentido que estaba “robando horas” al alumno de otros aprendizajes que, para él, también resultan imprescindibles.

Finalmente, para cerrar esta reflexión... ¿qué ha ocurrido después? ¿ha tenido algún efecto real todo este trabajo? La respuesta es un rotundo sí. Es evidente que con una intervención de diez sesiones no se cambia el mundo, pero se deben extrapolar los resultados para valorarlos en el contexto real en el que se han dado: poco tiempo disponible, un colegio ordinario y dos alumnos de 13 años con

discapacidad intelectual y conductas desadaptadas en el ámbito afectivo-sexual. El hecho es que el alumno 1 ha conseguido reducir significativamente sus comportamientos negativos hacia las niñas en momentos de baja vigilancia docente; es decir, con tan sólo tres sesiones trabajando y con el apoyo de su tutor de clase, se ha conseguido dicha reducción. Por este motivo, confío firmemente en que, si esta intervención hubiese sido más larga en el tiempo y más constante, la conducta habría acabado por desaparecer puesto que es un alumno que diferencia perfectamente el bien del mal y tiene un alto nivel de empatía con otros. Por otro lado, en cuanto al Alumno 2, reitero que el éxito es compartido. Las últimas informaciones que he recibido antes de cerrar este trabajo son que las conductas de tipo masturbatorio prácticamente han desaparecido en espacios públicos y que es el propio alumno el que cuando se siente excitado acude rápidamente al baño o a la habitación al reconocer estos espacios como privados. En este logro también ha contribuido el centro de educación especial al que acude tres días a la semana (siendo este su centro de referencia) y que trabaja en colaboración constante con la familia del alumno.

En definitiva, los hándicaps encontrados han sido limitantes y no ha estado a mi alcance la opción de modificarlos o eliminarlos, pero considero que la flexibilidad de la intervención favorece que esta sea aplicable a otros contextos que tengan alumnos con características similares y que puede contar con un éxito indiscutible si cuenta con medidas para ampliarla en el tiempo. De este modo, recomiendo a todos los profesionales de la educación especial que tengan en su mano el poder de decidir la aplicación de una intervención de este tipo que SÍ lo hagan, que pongan su granito de arena en prestar la atención que merece esta temática y que contribuyan, en la manera de lo posible, a un pleno crecimiento personal y social de las personas con discapacidad intelectual. A pesar de que, al trabajar con este colectivo, siempre vas a aprender más de lo que jamás puedas enseñar.

Bibliografía

- AAMR, A. A. (2002). *Retraso mental. Definición, clasificación y sistemas de apoyo*. Psicología Alianza Editorial.
- Amor Pan, J. R. (1997). *Afectividad y Sexualidad en las Personas con Deficiencia Mental*. Madrid: FEAPS.
- Amor Pan, J. R. (2000). *Sexualidad y personas con discapacidad psíquica: Segunda Conferencia Nacional*. Madrid : Colección FEAPS.
- APA, A. P. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-V)*. Arlington, VA (USA): American Psychiatric Publishing.
- APA, American Psychiatric Association . (1995). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV)*. Washington, D.C.: APA.
- Arándiga, A. V. (1999). *Siendo Inteligentes Con las Emociones (SICLE)*. Valencia : Promolibro.
- Asociación Americana de Discapacidades Intelectuales y del Desarrollo, AAIDD. (2011). *Discapacidad Intelectual: Definición, Clasificación y Sistemas de Apoyo*. Madrid: Alianza.
- Cano, J. (19 de Mayo de 2013). *SlideShare, La sexualidad en los chicos*. Obtenido de Folleto para ayudar a los chicos adolescentes en el aspecto sexual:
<https://pt.slideshare.net/juanmacano104/la-sexualidad-en-los-chicos>
- Casares, M. I. (1993). *Programa de Enseñanza de Habilidades de Interacción Social (PEHIS)*. Madrid: CEPE.
- Confederación Plena Inclusión España. (2018). *FEAPS España*. Obtenido de <http://www.plenainclusion.org>
- Edwards, J. P., & Elkins, T. E. (1988). *Nuestra Sexualidad, por una vida afectiva y sexual normalizada*. Barcelona: Ediciones Milán y Fundació Catalana Síndrome de Down.
- Europe, C. o. (2011). *Campaña del Consejo de Europa contra la violación sexual sobre niños, niñas y adolescentes*. Obtenido de "Uno de cada Cinco" La Regla de Kiko:
http://www.laregladekiko.org/Default_es.asp
- Fierro, A. (2000). El sexo de los Ángeles . En J. R. Pan, *Sexualidad y Personas con Discapacidad Psíquica* (págs. 51-67). Madrid : FEAPS.

- García, J. (1990). Sexualidad y deficiencia. *Minusval*, 69, 13-17.
- García Torres, L., Díaz Morón, A., & Fernández González, E. (2013). *La afectividad y la sexualidad en las personas con discapacidad*. Madrid : Fundación Grupo Develop.
- Giommi, R., & Perrotta, M. (1993). *Programa de Educación Sexual. 11 años*. León: Editorial Everest, S.A.
- Gobierno de Aragón. (2018). *Portal Aragonés de la Comunicación Aumentativa y Alternativa*. Obtenido de ARASAAC: <http://www.arasaac.org/>
- Gobierno de Canarias. (1994). Carpeta didáctica de Educación Afectivo-Sexual. *Educación Primaria (6-12 años) y Educación Secundaria (12-18 años) Tomo I*. Consejería de Educación, Cultura y Deportes.
- González Castellanos, R., & Gonzalo Gail, S. (2014). *Sexualidad y discapacidad psíquica*. Madrid: Síntesis, S.A.
- Jiménez, C. M. (2016). *Asociación Infancia, Formación y Salud. INFOSAL*. Obtenido de Materiales para trabajar el desarrollo afectivo-sexual en TEA: <http://infosal.es/sexualidad-tea/>
- Marchetti, A. G., & McCartney, J. R. (1990). Abuse of Persons With Mental Retardation: Characteristics of the Abused, the Abusers, and the Informers. *Mental Retardation, Washington. Vol.28.*, 367-371.
- Pan, J. R. (1997). *Afectividad y Sexualidad en la Persona con Deficiencia Mental*. Madrid: Universidad Pontificia Comillas.
- Perea, E. (2017). La asignatura prohibida: Educación Sexual en la España de 2016. *Fundación Sexpol. Educación sexual*.
- S. Uslander, A., & Weiss, C. (1987). *Cómo responder a preguntas sobre el sexo*. Barcelona: Ediciones CEAC.
- Sánchez, F. L. (2002). *Sexo y afecto en personas con discapacidad*. Madrid : Biblioteca Nueva .
- Sánchez, F. L. (2011). *Guía para el desarrollo de la afectividad y de la sexualidad de las personas con discapacidad intelectual*. Valladolid: Junta de Castilla y León, Gerencia de Servicios Sociales, Conserjería de Familia y Asuntos Sociales.
- Sánchez, F. L. (2 de Enero de 2018). La educación sexual. (L. m. sentidos, Entrevistador)

Schalock , R., & Verdugo Alonso, M. (2010). Últimos avances en el enfoque y concepción de las personas con discapacidad intelectual. *Siglo Cero*, 41, 7-21.

Sociales, Ministerio de Asuntos. (1993). Sexualidad en personas con minusvaía psíquica. *Poniencias de la Primera Conferencia Nacional*. Albacete: Instituto Nacional de Servicios Sociales. INSERSO.

Verdugo, M. Á., Alcedo, M., Bermejo, B., & Aguado, A. (2002). El abuso sexual en personas con discapacidad intelectual. *Psicothema*, Vol, 14. Supl.

ANEXOS

Todos los anexos que se presentan a continuación son de ELABORACIÓN PROPIA

ANEXO I. Guión para la reunión con los padres

1. IDENTIDAD SEXUAL
<ul style="list-style-type: none"> • ¿Conoce su hijo/a su identidad sexual? • En caso afirmativo, ¿Ha observado algún problema con esta identidad sexual? • ¿Es una persona igualitaria o sexista? ¿Por qué?
2. MADURACIÓN FISIOLÓGICA SEXUAL
<ul style="list-style-type: none"> • ¿Ha observado ya cambios puberales en su hijo/a? ¿cuáles? • ¿Considera normalizados dichos cambios? ¿Por qué? • ¿Le preocupa algo de la maduración sexual de su hijo/a? ¿El qué? • ¿Padece alguna enfermedad de tipo sexual? • ¿Toma algún tipo de medicación que pueda afectar de un modo u otro al plano sexual?
3. CONDUCTAS MASTURBATORIAS
<ul style="list-style-type: none"> • ¿Padece algún tipo de limitación a la hora de llevar a cabo la masturbación? • ¿Muestra conductas de autoestimulación, aunque no llegue a la masturbación como tal? • ¿En qué momentos ha observado que se autoestimula o masturba? • ¿Dispone de espacios privados para ello? En caso afirmativo, ¿los utiliza para tal fin? • ¿Ha recibido con anterioridad alguna pauta educativa en lo referente a este tema? En caso afirmativo, ¿ha sido de utilidad? • ¿Considera que su hijo/a tiene autocontrol en la práctica masturbatoria? ¿Por qué? • ¿Cómo reacciona generalmente al observar a su hijo/a masturbándose? • ¿Le preocupa algo en concreto en lo referente a este tema? ¿El qué?
4. CONDUCTAS AFECTIVO-SEXUALES CON TERCEROS
<ul style="list-style-type: none"> • ¿Considera que su hijo/a tiene una orientación sexual definida? ¿Cuál es? • ¿Suele mostrar afectos a miembros de la familia? ¿Cómo son? • ¿Considera a su hijo/a una persona cariñosa? ¿Por qué? • ¿Conoce las pautas básicas del autocontrol con respecto a las muestras de afecto con otros? • ¿Alguna vez ha observado a su hijo/a excitado con respecto a un tercero? • ¿Le preocupa algún aspecto en lo referente a las muestras de cariño con otras personas? • ¿Calificaría a su hijo de inocente o fácil de engañar? • ¿Acude a algún centro de ocio o actividad que le permita conocer a iguales?

- ¿Ha recibido alguna pauta educativa en lo referente al trato con desconocidos?
- ¿Ha observado alguna conducta sexual que le preocupe con otra persona?
- ¿Suele aceptar su hijo el rechazo por parte de otros? ¿Cómo reacciona al mismo?

5. EL SEXO, ANTICONCEPCIÓN Y ETS

- ¿Ha hablado con su hijo/a en alguna ocasión abiertamente de sexo?
- ¿Considera que puede mostrar negativa ante una relación sexual no deseada?
- ¿Tiene conocimientos básicos sobre sexo?
- ¿Sabe si su hijo/a ha mantenido alguna vez relaciones sexuales?
- ¿Conoce su hijo/a los riesgos o consideraciones a tener en cuenta en estas relaciones?
- ¿Comprende la diferencia entre amigo, novio o matrimonio?
- ¿Cree que puede tener una pareja? ¿Por qué?
- ¿Tiene conocimientos sobre métodos de anticoncepción? En caso afirmativo, ¿hace uso de alguno de ellos?
- ¿Sabe lo que es una enfermedad de transmisión sexual?

ANEXO II. Guión para la reunión con otros educadores

1. IDENTIDAD SEXUAL
<ul style="list-style-type: none"> • ¿Considera que el alumno conoce su identidad sexual? • ¿Ha impartido conocimientos sobre anatomía sexual humana? ¿Los comprende? • ¿Conoce las diferencias entre el cuerpo de un hombre y una mujer? • ¿Se identifica con uno de los sexos de manera argumentada y significativa? • ¿Es un alumno/a igualitario o sexista? ¿Por qué?
2. MADURACIÓN FISIOLÓGICA SEXUAL
<ul style="list-style-type: none"> • ¿Ha comenzado a experimentar cambios puberales? • ¿Considera estos cambios normalizados en comparativa al resto de sus compañeros? • ¿Le preocupa algo de esta maduración con respecto a otros compañeros? ¿Por qué?
3. CONDUCTAS MASTURBATORIAS
<ul style="list-style-type: none"> • ¿Ha observado en el centro educativo conductas de autoestimulación o masturbatorias? • ¿Y dentro del aula? • En caso afirmativo, ¿cómo interviene generalmente cuando ha ocurrido? • ¿Ha dado alguna pauta educativa a este alumno/a en lo referente a lugares privados de los que dispone en el centro educativo? • ¿Considera que tiene autocontrol suficiente como para parar esta conducta cuando se le solicita? • Como educador, ¿le preocupa algo en concreto en lo referente a este tema?
4. CONDUCTAS AFECTIVO-SEXUALES CON TERCEROS
<ul style="list-style-type: none"> • ¿Está integrado en su grupo-clase? • ¿Suele respetar las normas básicas de comportamiento? • ¿Calificaría al alumno como dócil o disruptivo? ¿Por qué? • ¿Considera que tiene una orientación sexual definida? ¿En qué se basa? • ¿Suele mostrar afecto y cariño a sus compañeros? ¿De qué modo? • ¿En alguna ocasión calificaría ese afecto de desmesurado? En caso afirmativo, ¿cómo ha reaccionado al respecto? • ¿Cómo reacciona ante el rechazo o el NO por parte de los compañeros? • ¿Sus compañeros suelen acercarse espontáneamente al alumno/a y mostrarle cariño?

- ¿Considera que tiene suficiente capacidad para decir NO ante una situación afectiva que no le agrada?
- ¿Alguna vez le ha observado excitado a raíz de un contacto con otro alumno/a?
- ¿Ha impartido en su aula pautas educativas que les hagan saber cuáles son sus derechos y los de los demás?

5. EL SEXO, ANTICONCEPCIÓN Y ETS

- ¿Conoce la diferencia entre amistad, noviazgo y matrimonio?
- ¿Alguna vez ha mantenido una “relación especial” con alguno de sus compañeros?
- ¿Ha impartido conocimientos curriculares relacionados con la reproducción humana?
- ¿Han recibido alguna charla extracurricular acerca de la sexualidad o la reproducción?
- ¿Considera que su alumno/a conoce qué es la reproducción?
- ¿Alguna vez ha realizado comentarios de tipo sexual que considere poco apropiados?
- ¿Conoce qué son los métodos anticonceptivos y para qué se utilizan?
- ¿Conoce cuáles son las principales enfermedades de transmisión sexual y cómo prevenirlas?

ANEXO III. Cuadro recopilatorio de información relevante y listado de carencias y necesidades

	Identidad sexual	Maduración fisiológica sexual	Conductas masturbatorias	Conductas afectivo-sexuales con terceros	El sexo, anticoncepción y ETS
Información reunión familia					
Información reunión otros educadores					
Conclusión y valoración propia					
Qué carencias educativas tiene	• • • • •	• • • • •	• • • • •	• • • • •	• • • • •
Qué necesita/ Cómo solventarlas	• • • • •	• • • • •	• • • • •	• • • • •	• • • • •

Otros comentarios de interés	
---	--

ANEXO IV. Permiso para padres o tutores legales

Intervención en Educación Afectivo-Sexual

Con motivo de las necesidades detectadas en su hijo en lo referente al ámbito afectivo-sexual de las que ya han sido debidamente informados, le proponemos su participación en una intervención específica e individualizada para la mejora de su calidad de vida.

Para un correcto desarrollo es necesario que cumplimenten el siguiente documento:

Yo _____,

con DNI _____ padre/madre/ tutor del alumno

Autorizo que mi hijo participe en dicha intervención.

En Valladolid, a _____ de abril de 2018

FDO:

ANEXO V. Rúbrica de actividad

ALUMNO:															
NOMBRE DE LA SESIÓN:														FECHA:	
ESCUCHA				ACTITUD			PARTICIPACIÓN				RESPUESTA A PREGUNTAS				
Nula	Baja	Media	Alta	Negativa	Apática	Positiva	Nula	Baja	Media	Alta	Nula	Baja	Media	Alta	
ACT. 1															
ACT. 2															
ACT. 3															
ACT. 4															
ACT. 5															
ACT. 6															
NOTAS															

ANEXO VI. Materiales para el desarrollo de la intervención

Los materiales que se presentan a continuación incluyen:

- Fichas de trabajo
- Imprimibles para la realización de actividades corta-pega en cartulina
- Calendarios para la economía de fichas (Alumno 1)

Los materiales se presentan en **tres bloques** diferenciados:

- Bloque I. Intervención conjunta
- Bloque II. Intervención Alumno 1
- Bloque II. Intervención Alumno 2

BLOQUE I: INTERVENCIÓN CONJUNTA

Coloca los números en la parte del cuerpo correspondiente:

1. Pelo

2. Pies

3. Mano

4. Boca

5. Ojos

6. Oreja

7. Ombligo

8. Dedos de las manos

9. Dedos de los pies

10. Pezones

11. Nariz

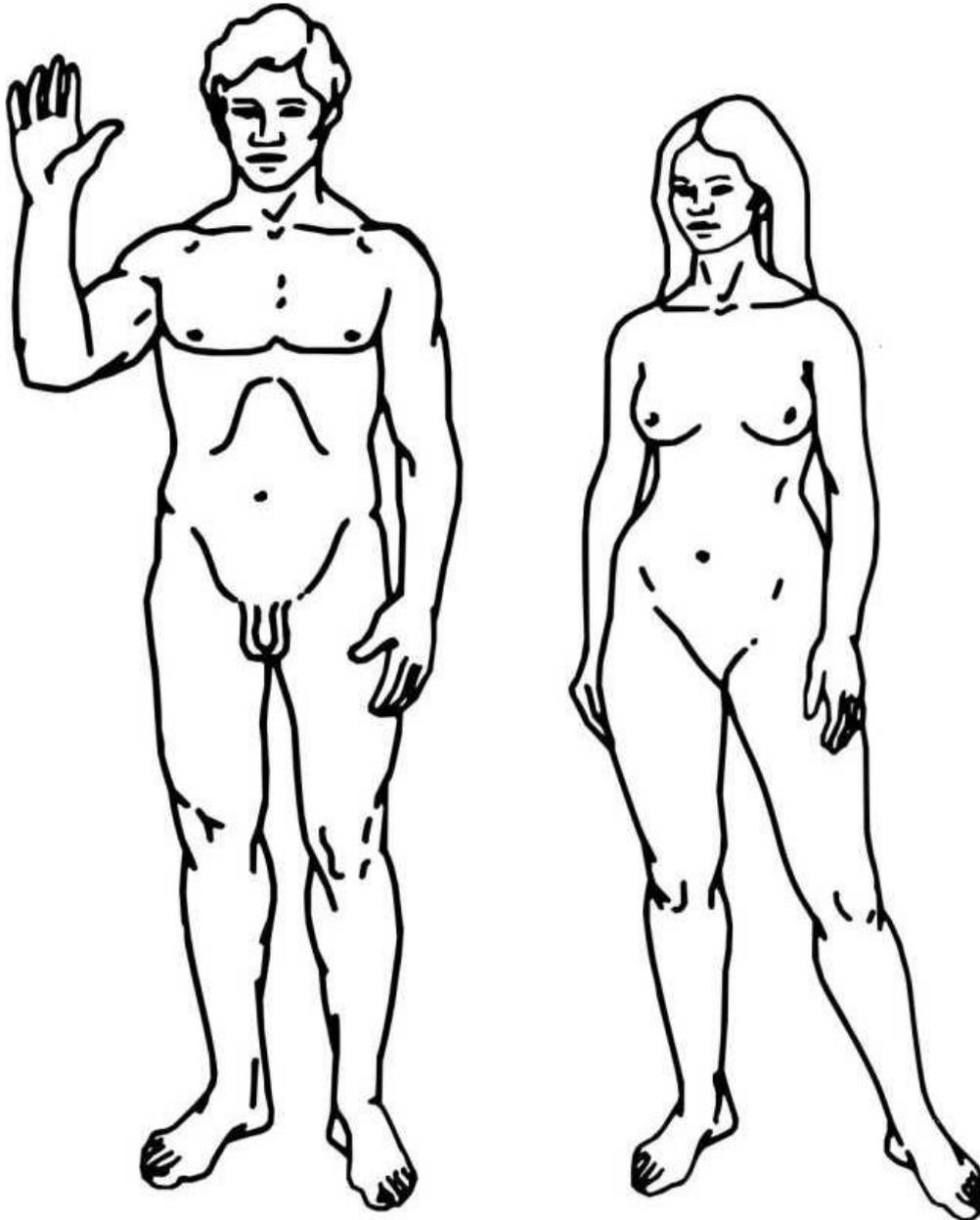
12. Cuello

13. Rodilla

14. Codo



Los hombres y las mujeres tienen algunas partes del cuerpo diferentes. Coloca los números según corresponda:



1. Pechos
2. Pene
3. Vulva
4. Testículos

Colorea una casilla o las dos según cuántos tengan en el cuerpo los hombres y las mujeres:

LOS HOMBRES:

1. PENE

--	--

2. TESTÍCULOS

--	--

LAS MUJERES:

1. VULVA

--	--

2. PECHOS

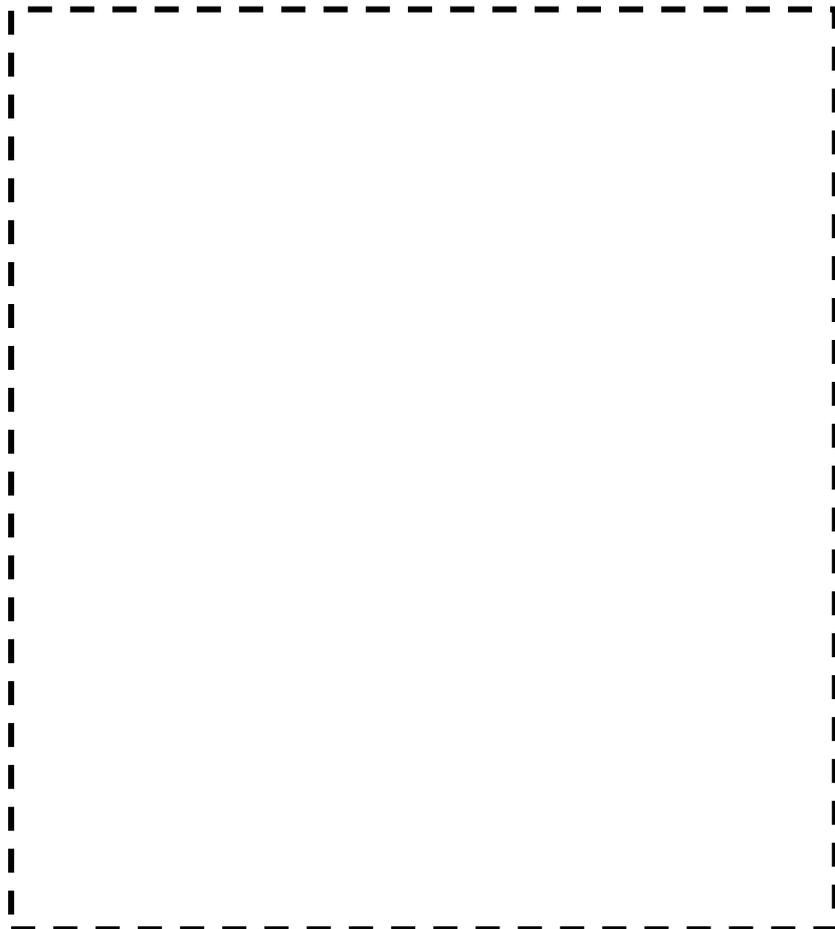
--	--

Después de todo lo que has aprendido hoy, identifícate:

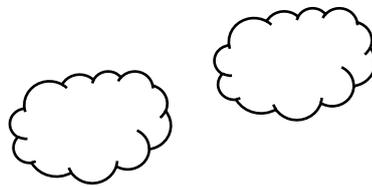
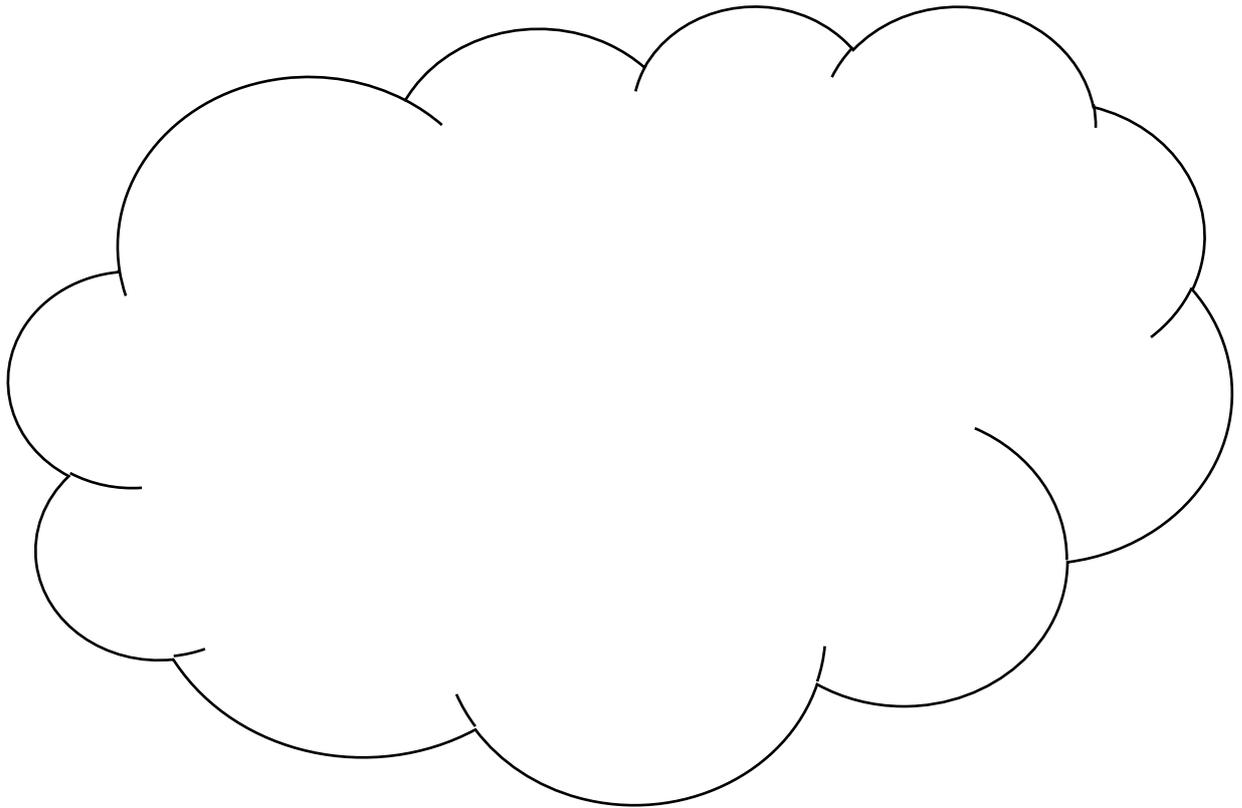
YO SOY _____

PORQUE _____

A continuación, me voy a dibujar:



¿QUÉ ES LA ADOLESCENCIA?

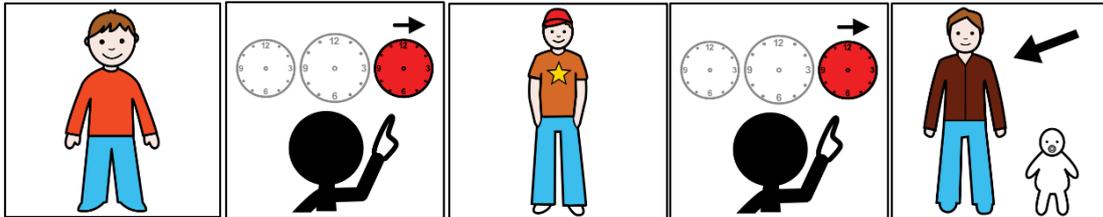


¡LLUVIA DE IDEAS!

Escribe todas las palabras que se te vengan a la mente cuando escuchas la palabra
ADOLESCENCIA

LA ADOLESCENCIA

La adolescencia una etapa de la vida que ocurre entre la niñez y la adultez.



Niño → Adolescente → Adulto

La adolescencia empieza en torno a los 11 o 12 años y puede durar hasta los 19 años.

DE 11 A 19

En esta etapa, las personas experimentan muchos cambios: en su cuerpo, en sus emociones y también en su manera de pensar. Estos cambios son muy importantes para el ser humano porque, aunque suelen ser muy rápidos, gracias a ellos nos convertiremos en adultos.

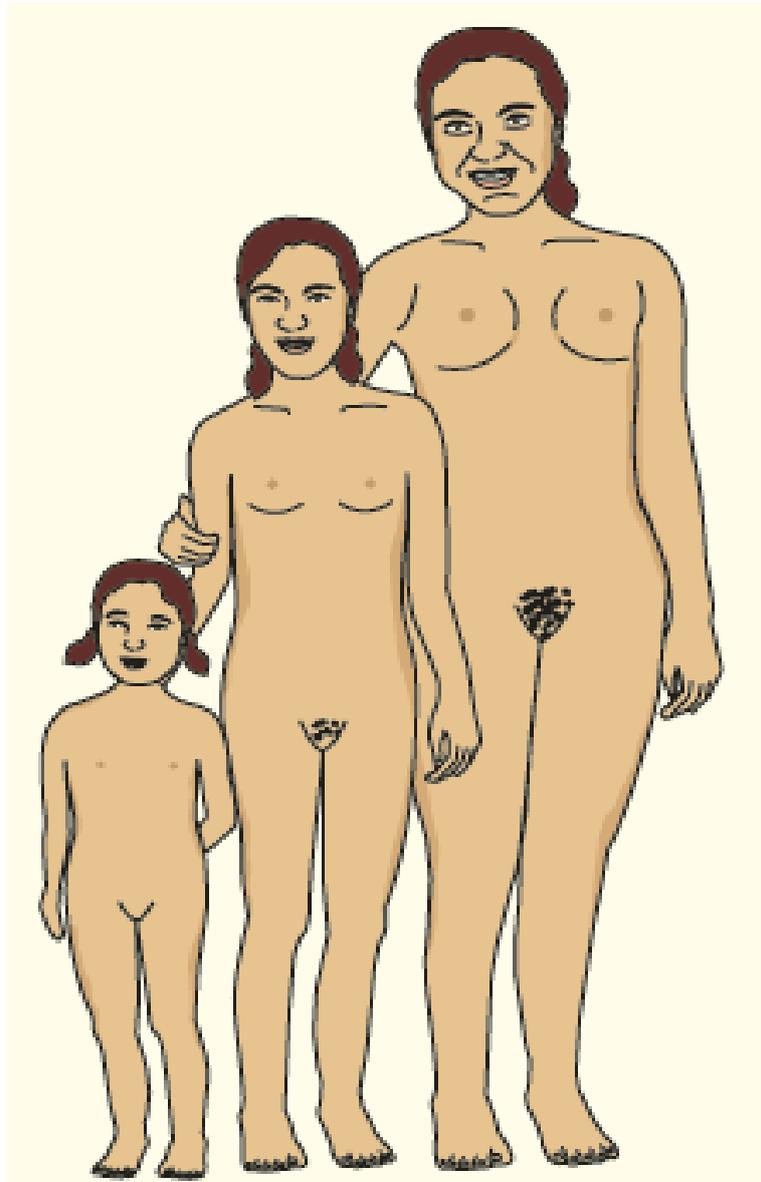
¿QUÉ CAMBIOS FÍSICOS SE DAN EN LA ADOLESCENCIA?

Leemos y comentamos juntos:

- La piel es más grasa y aparece acné (granitos en la cara)
- Aparece vello en las axilas
- Crece vello púbico (en los genitales)
- Aumenta el peso y la altura
- Crece vello en las piernas
- Aparece más sudor
- Cambia la voz

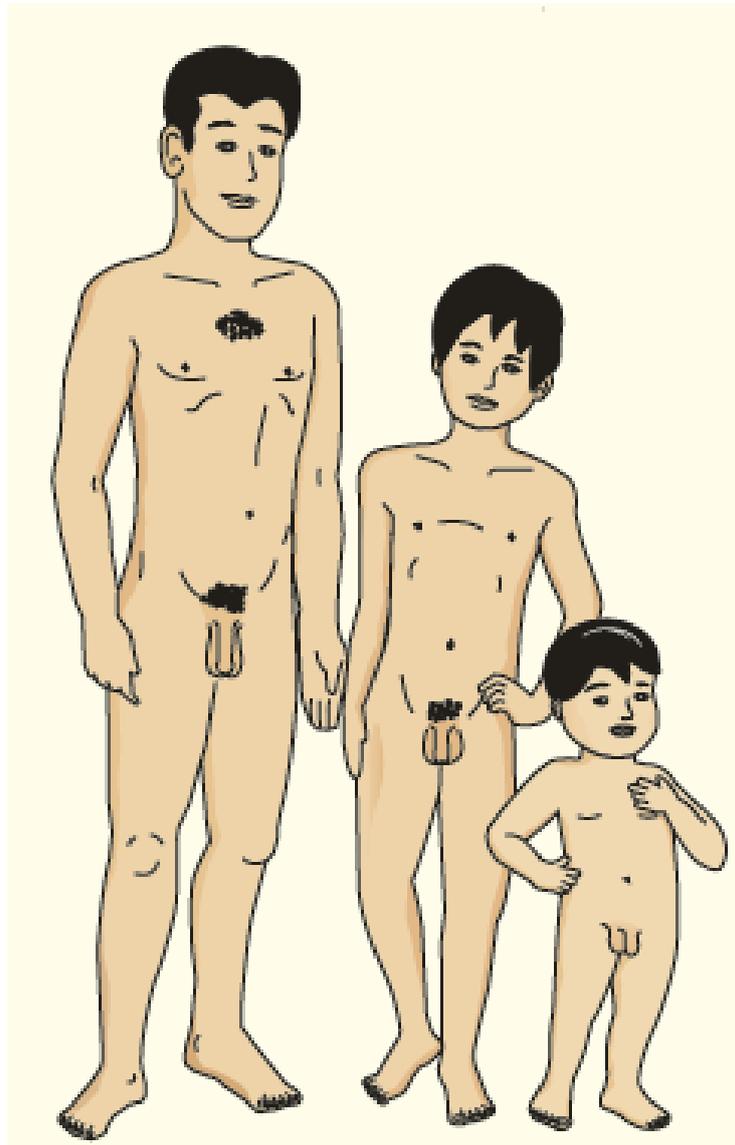


LOS CAMBIOS EN LAS CHICAS



- Crecen los pechos y se destacan los pezones.
- Aparece la menstruación (la regla)
- Las caderas se ensanchan
- Los genitales se engrosan y oscurecen

LOS CAMBIOS EN LOS CHICOS



- Aparece vello facial (bigote y barba)
- Los hombros se ensanchan
- Se desarrollan más los músculos
- El pene aumenta su tamaño y los testículos se agrandan
- Aparece vello en el pecho y la espalda

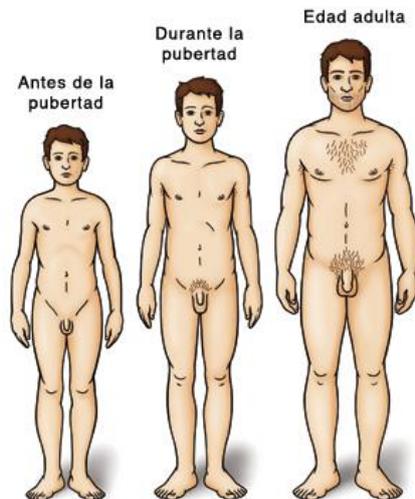
REFLEXIONANDO...

¿QUÉ CAMBIOS HE NOTADO YO EN MI CUERPO?

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

HABIENDO APRENDIDO LOS CAMBIOS, ¿CUÁLES AÚN NO HAN LLEGADO?

- _____
- _____
- _____
- _____



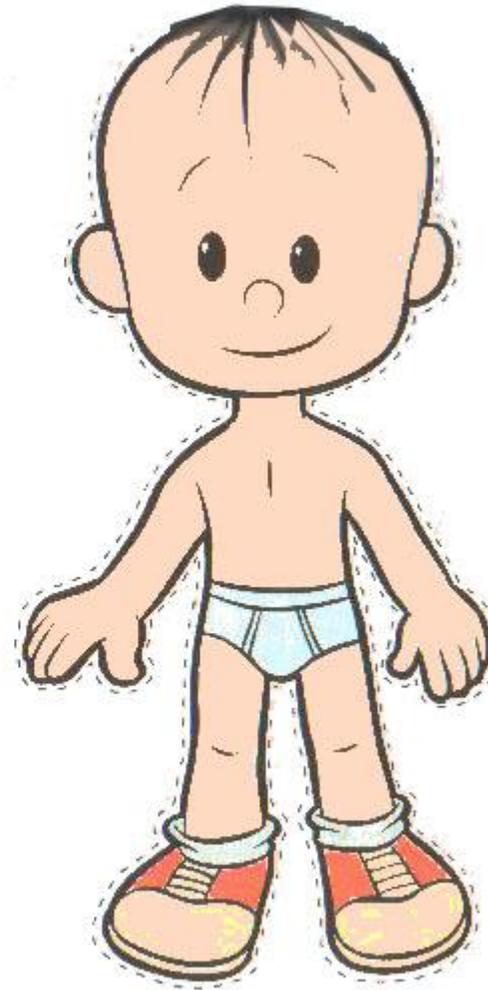
¡NOSOTROS TAMBIÉN HEMOS CAMBIADO!

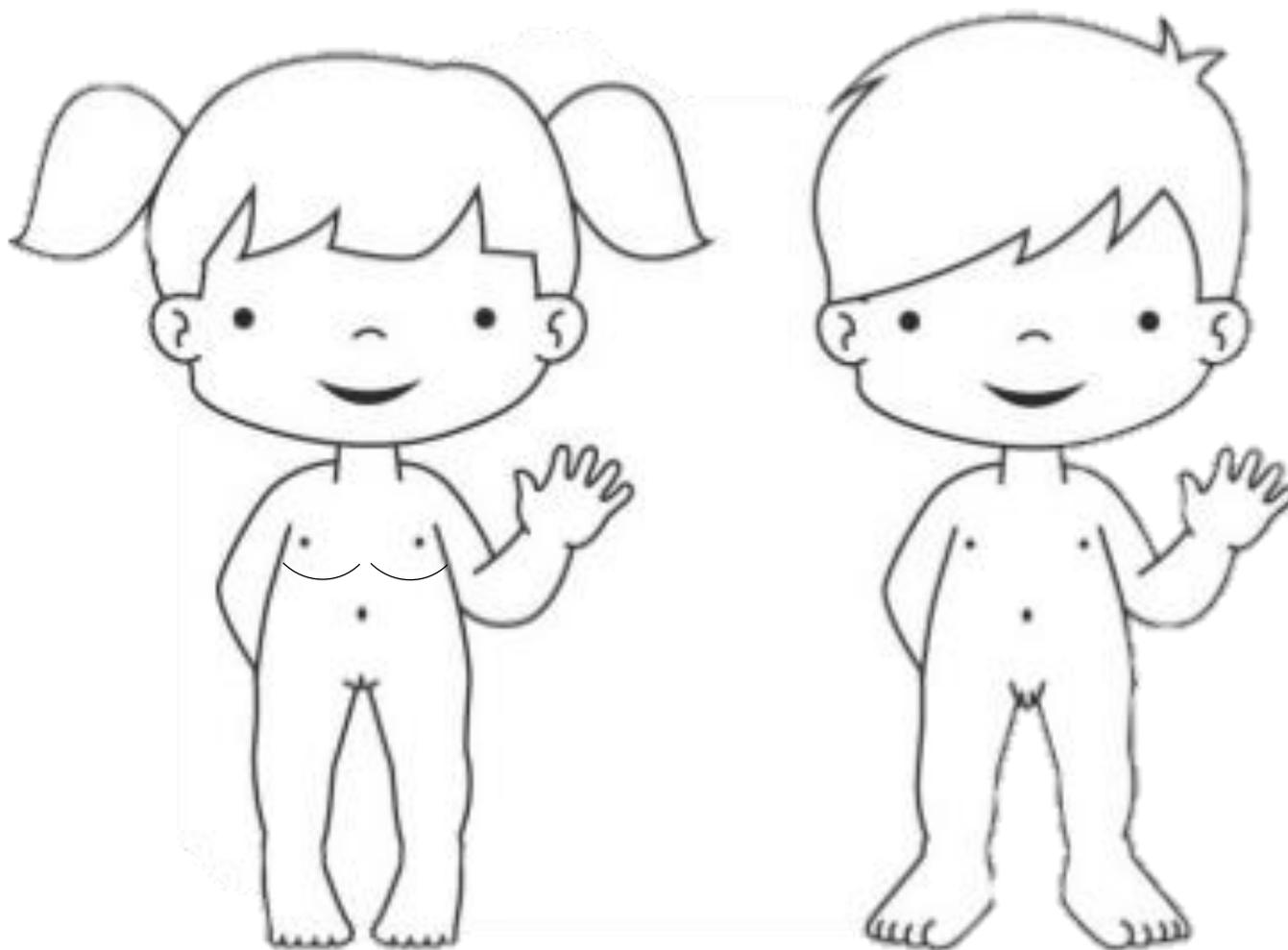
--	--	--

¿Qué cambios observas comparando las imágenes?

PELO	OJOS
PIES	MANOS
NARIZ	PECHO
CUELLO	RODILLAS
DEDOS	HOMBROS

CODO	VULVA
TESTÍCULOS	PECHOS
BOCA	OREJAS
PEZONES	CADERAS
PENE	OMBLIGO





CAMBIA LA VOZ	APARECE ACNÉ
PIEL MÁS GRASA	VELLO PÚBLICO
VELLO EN LAS AXILAS	AUMENTO DE PESO
AUMENTO DE ESTATURA	VELLO EN LAS PIERNAS

CRECEN LOS PECHOS	DESTACAN PEZONES
CADERAS SE ENSANCHAN	GENITALES ENGROSAN
MÁS SUDOR	BARBA Y BIGOTE
PENE AUMENTA TAMAÑO	TESTÍCULOS MÁS GRANDES

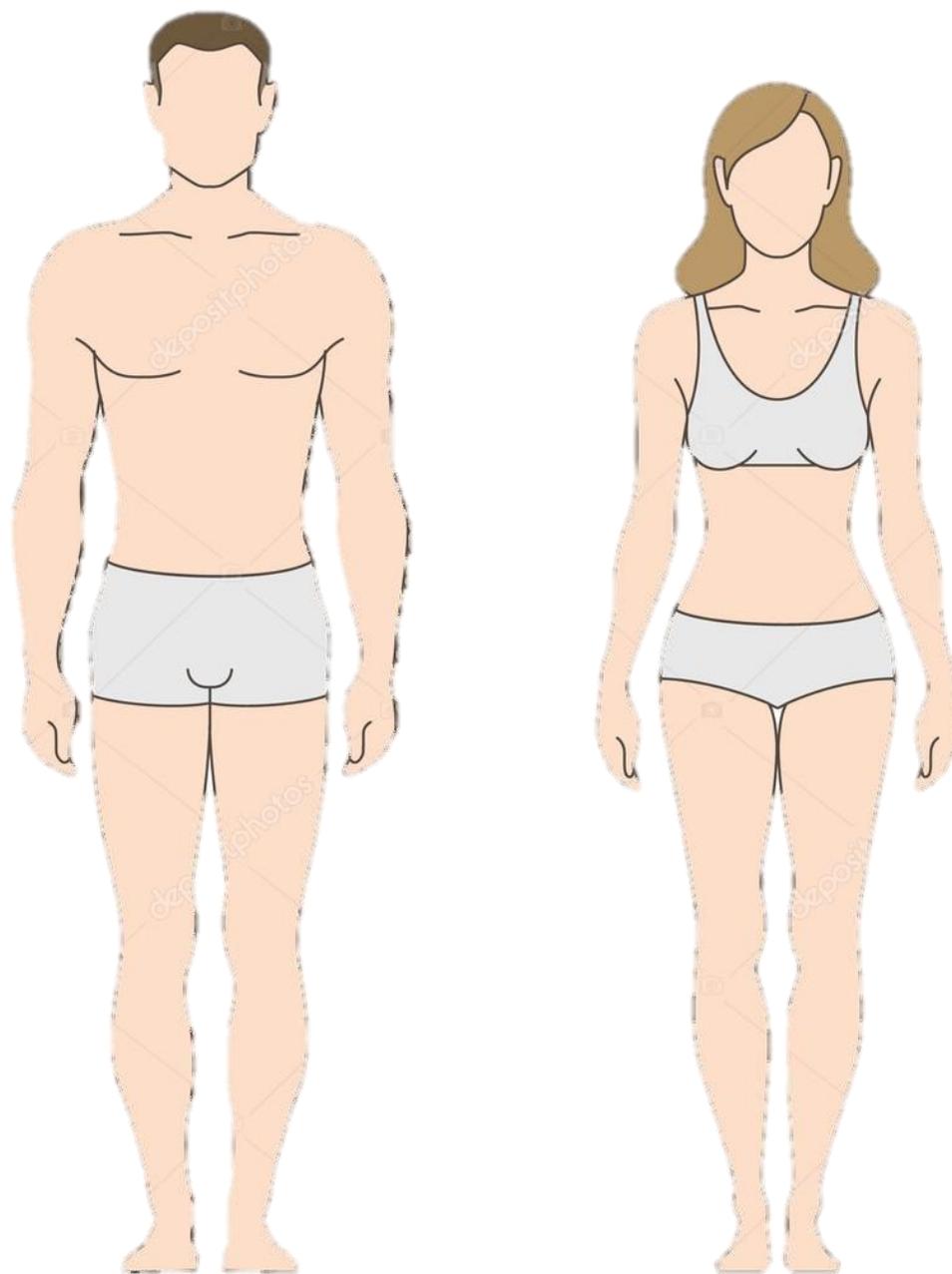
**VELLO EN EL
PECHO**

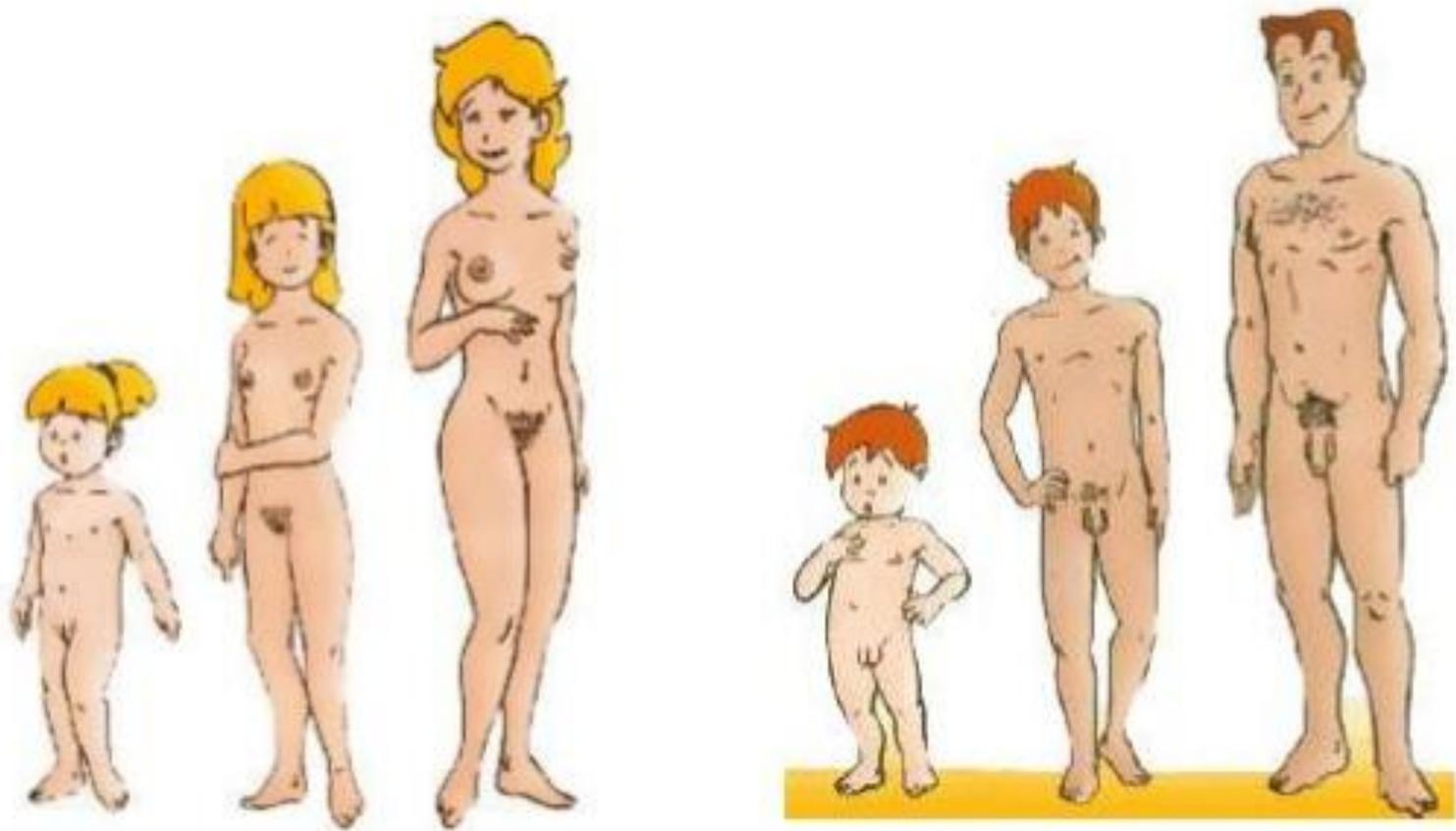
**VELLO EN LA
ESPALDA**

MENSTRUACIÓN

**HOMBROS SE
ENSANCHAN**

**MÚSCULOS
CRECEN**

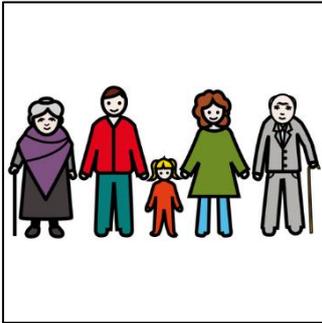




BLOQUE II: INTERVENCIÓN ALUMNO 1

LA FAMILIA, LA AMISTAD, EL NOVIAZGO Y EL MATRIMONIO

FAMILIA



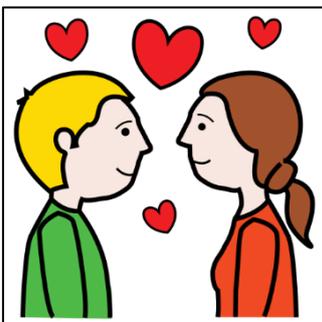
- Grupo de personas
- Se crea por unión de dos personas (padres)
- Viven juntos
- A partir de la pareja, nacen los hijos

AMISTAD



- Cariño y afecto
- Simpatía (se caen bien)
- Confianza
- **NO** son familia

NOVIAZGO



- Relación de AMOR
- Dos personas
- Se pueden casar
- Buscan una vida juntos

MATRIMONIO



- Unión de dos personas
- Pueden llegar a formar una familia
- Celebración o ceremonia (boda)
- Compromiso de futuro

Responde a las siguientes preguntas:

1. ¿Qué relación une a tus padres?

2. ¿Qué formáis tus padres, tus hermanas y tú?

3. ¿Qué relación formas con algunos compañeros de cole?

4. Si una chica te gusta ¿es tu novia?

¿Por qué?

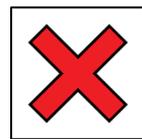
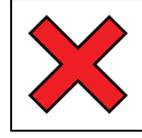
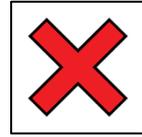
**IDENTIFICA QUÉ RELACIÓN UNE A LAS
SIGUIENTES PERSONAS:**





¿PUEDEN SER NOVIOS LAS PERSONAS QUE APARECEN EN LAS SIGUIENTES IMÁGENES?

Rodea según corresponda y razona:



¿QUÉ PASA EN EL RECREO EN EL PATIO DEL COLE?

Pinta de verde lo que debe pasar y de rojo lo que NO debe pasar

Me divierto
con mis
compañeros

Doy besos, aunque
la persona no
quiera

Descanso de
las tareas de
clase



Tiro a compañeros
y compañeras al
suelo

Comparto
con mis
compañeros

Levanto la
falda a las
niñas

Me tomo
mi
almuerzo

Me pego y
empujo a
otros

Toco a las niñas
en partes que
NO les gusta

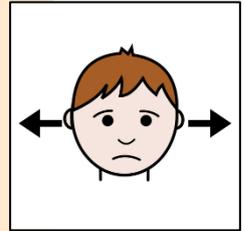
Abrazo a un
compañero
que está triste

ADIVINANZAS: ¿Qué puedo hacer si...?

Subraya la opción más adecuada

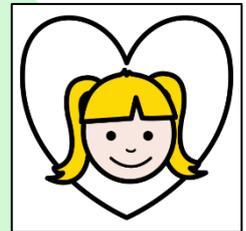
Un compañero o compañera rechaza un abrazo

- Me enfado con él y le insulto
- Insisto hasta que consiga abrazarlo
- Lo entiendo y voy a jugar con otros compañeros



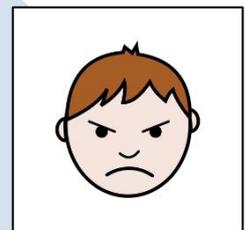
Una compañera de clase me gusta

- En la hora del recreo, levanto su falda
- Hablo con ella contándoselo o le escribo una carta
- Intento darla un beso para que sepa que es muy guapa



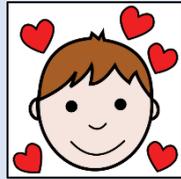
Estoy furioso porque un compañero o compañera no ha dejado que le dé un beso

- Hablo con un profesor y le explico lo sucedido para que me aconseje
- Insulto a mi compañero por desagradecido
- Lo intento otra vez más tarde

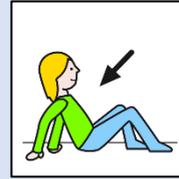
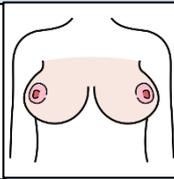
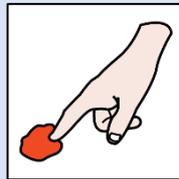


UNA HISTORIA PARA REFLEXIONAR

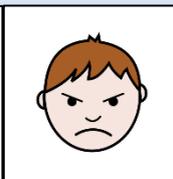
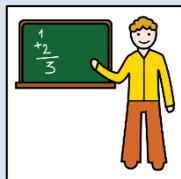
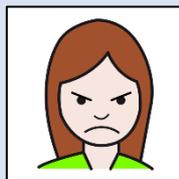
Javier es un niño de 13 años y le gusta mucho ir al colegio. En los últimos meses ha notado que se fija más en las niñas del cole.



Cuando una niña le gusta, en la hora del recreo, suele levantar su falda, tocarla los pechos o tirarla al suelo para subirse sobre ella.



Esto trae muchos problemas a Javier: algunas compañeras no quieren jugar con él, sus profesores se enfadan y a veces, las niñas le han gritado y pegado por sus comportamientos.



PREGUNTAS SOBRE LA HISTORIA

1. ¿En qué etapa de la vida está Javier?

2. ¿Qué tres cosas hace Javier cuando le gusta una niña?

- ---
- ---
- ---

3. ¿Actúa bien Javier con las niñas del cole?

¿Por qué?

4. ¿Has actuado alguna vez como Javier?

¿Cómo crees que se sienten las niñas?

5. ¿De qué otras formas puedes decir a una chica que te

gusta sin que se enfade?

MENSAJES YO. ACTUAMOS DE MANERA POSITIVA

Cuando **ME GUSTA UNA NIÑA**, yo me siento

Porque _____

Lo mejor sería _____

Cuando **UNA NIÑA ME RECHAZA**, yo me siento

Porque _____

Lo mejor sería _____

EN MI BURBUJA MANDO YO

¿QUÉ COSAS PUEDEN SUCEDER EN MI BURBUJA?

- HABLAR AL OÍDO



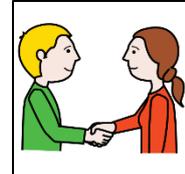
- LOS BESOS



- LOS ABRAZOS

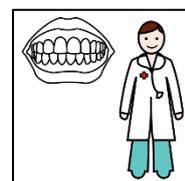
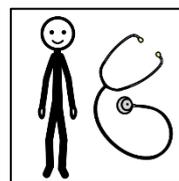
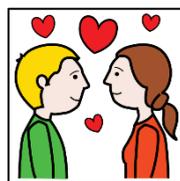
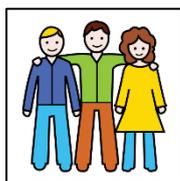
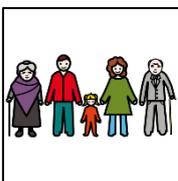


- ME COGEN DE LA MANO



¿QUIÉN PUEDE ENTRAR DENTRO DE MI BURBUJA?

- MI FAMILIA
- AMIGOS MUY ÍNTIMOS
- MI NOVIA
- PROFESIONALES COMO EL MÉDICO O EL DENTISTA



ANÁLISIS DE SITUACIONES.

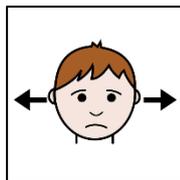
¿En qué casos NO DEBO dejar que entren en mi burbuja?

1. Realizo muy bien los deberes y mi profesor me quiere dar un abrazo para felicitar-me.
2. Un señor en el supermercado me quiere besar porque dice que soy muy guapo.
3. El médico me pide que me levante la camiseta para mirar con sus aparatos si tengo catarro.
4. Una chica mayor que yo a la que nunca he visto, me quiere abrazar y tocar el cuerpo.
5. Un conocido de mi familia al que hace mucho que no veía me coge de la mano y me pide besos.
6. El dentista se acerca a mi cara y me pide que abra la boca para ver si tengo alguna caries.
7. Mi madre me da muchos besos porque la he ayudado en las tareas de casa.
8. El padre de una amiga mía me acaricia la pierna y me dice que soy muy suave.

**RAZONA: ¿Por qué las situaciones que has seleccionado
NO DEBEN OCURRIR?**

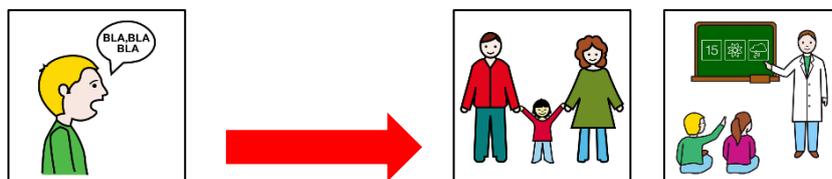
¿Qué DEBO HACER si esto ocurre?

1. Decir NO a la persona que intenta entrar en mi burbuja y aléjate de ella. TÚ DECIDES QUIÉN ENTRA EN TÚ BURBUJA



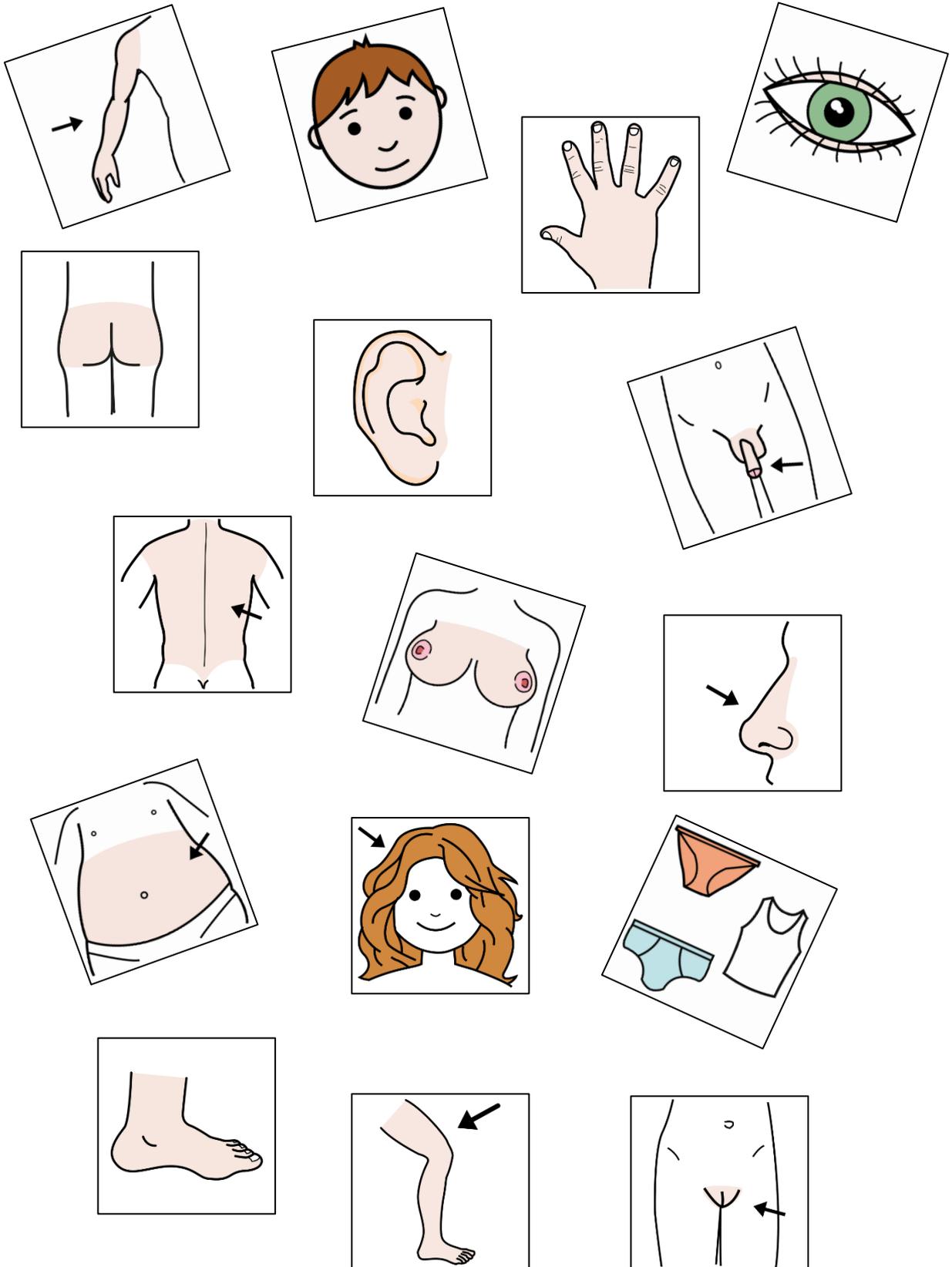
NO

2. Contar a papá y a mamá lo que ha pasado y quién era esa persona lo antes posible
3. Si ocurre en el cole, decírselo a un profesor



LAS ZONAS PROHIBIDAS DENTRO DE MI BURBUJA

VEAMOS EL VÍDEO ATENTAMENTE Y BUSCAMOS LAS ZONAS PROHIBIDAS



ABUELA Y NIETO	TÍO Y SOBRINO
MIS PRIMOS Y YO	HERMANO Y HERMANA
PAPÁ Y MAMÁ	EL ABUELO Y LA ABUELA
MI TÍO Y MI TÍA	DAVID Y ALFONSO

ALFONSO Y ROCÍO

ALICIA Y ALFONSO

SAMUEL Y ADRIÁN

MI ABUELA	MI MADRE
MI HERMANA	EL DENTISTA
MI MEJOR AMIGO	MI ABUELO
MI NOVIO O NOVIA	EL MÉDICO

UN CONOCIDO DE MI PADRE	EL FRUTERO
UN CHICO DE LA ESO	UNA CHICA QUE VEO EN EL SUPERMERCADO
EL NOVIO DE MI HERMANA	UN FONTANERO QUE VIENE AL COLE
LA PROFE DE LA CLASE DE ZUMBA	UN PROFESOR NUEVO AL QUE NO CONOZCO



ABRIL



LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
						1
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	29
30						



MAYO



LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
	1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28	29	30	31			



JUNIO



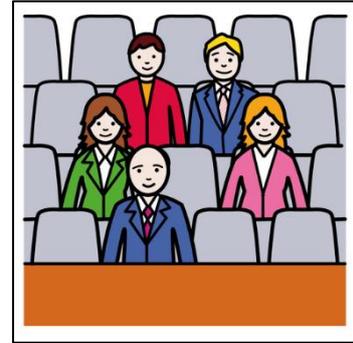
LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
				1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	

BLOQUE III: INTERVENCIÓN ALUMNO 2

DIFERENCIA ENTRE ESPACIO PÚBLICO Y PRIVADO

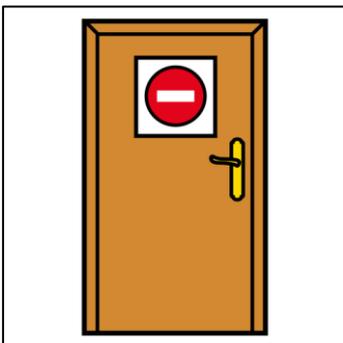
LOS ESPACIOS PÚBLICOS

- Abierto a todos
- Por él pasan muchas personas
- Normas de respeto y convivencia
- Lugares como el cine, el cole, un restaurante, un teatro.



LOS ESPACIOS PRIVADOS

- Tienen dueño
- En él entra una sola persona
- Normas elegidas por el dueño
- Actividades íntimas
- Lugares como mi habitación o el baño de mi casa



¿QUÉ SE HACE EN UN ESPACIO PÚBLICO Y EN UNO PRIVADO?

Busca en cada oración el LUGAR y píntalo

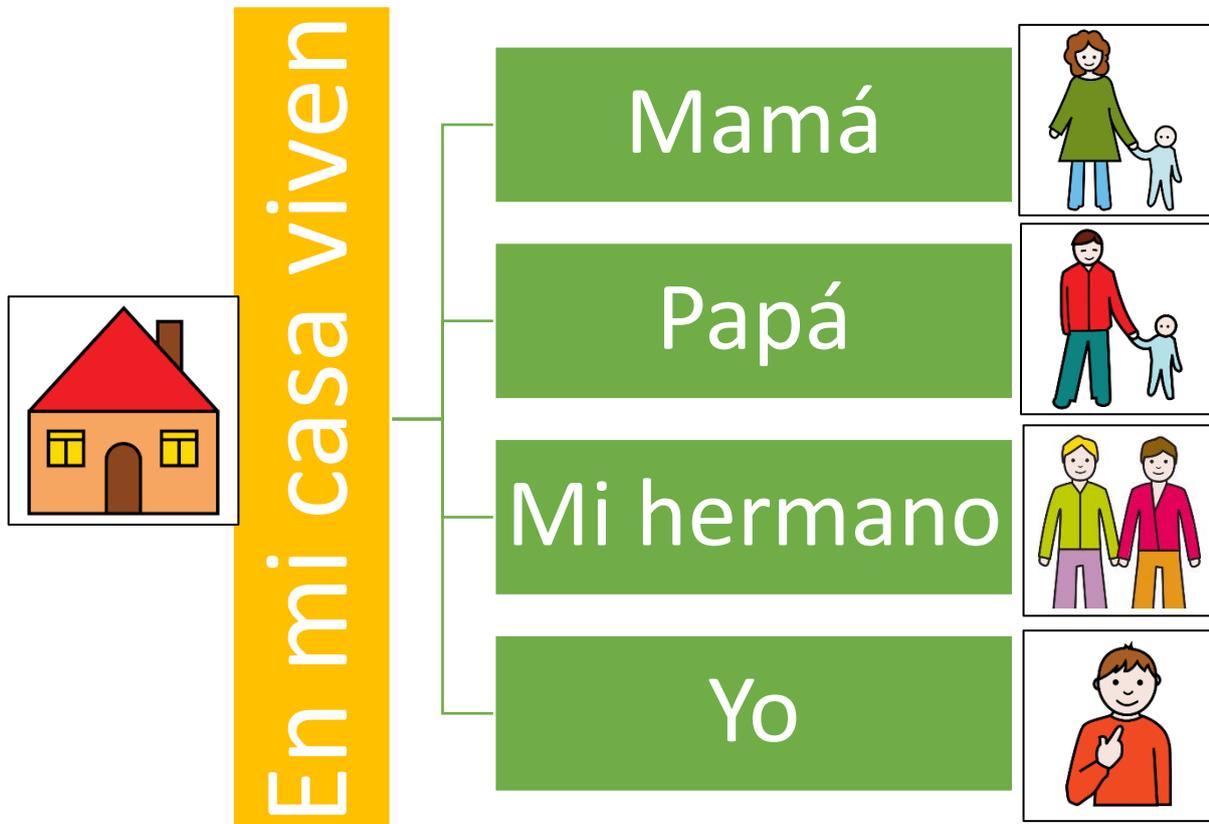
➤ **En los espacios públicos:**

- Voy al cine a ver una película.
- En mi colegio aprendo cosas nuevas.
- Me divierto con otros niños en el parque.
- Voy a comer una hamburguesa a un restaurante.
- Atiendo en clase las explicaciones.
- Veo a los Reyes Magos en la cabalgata.
- Voy al supermercado a hacer la compra.
- Voy a visitar a unos amigos en el autobús urbano.

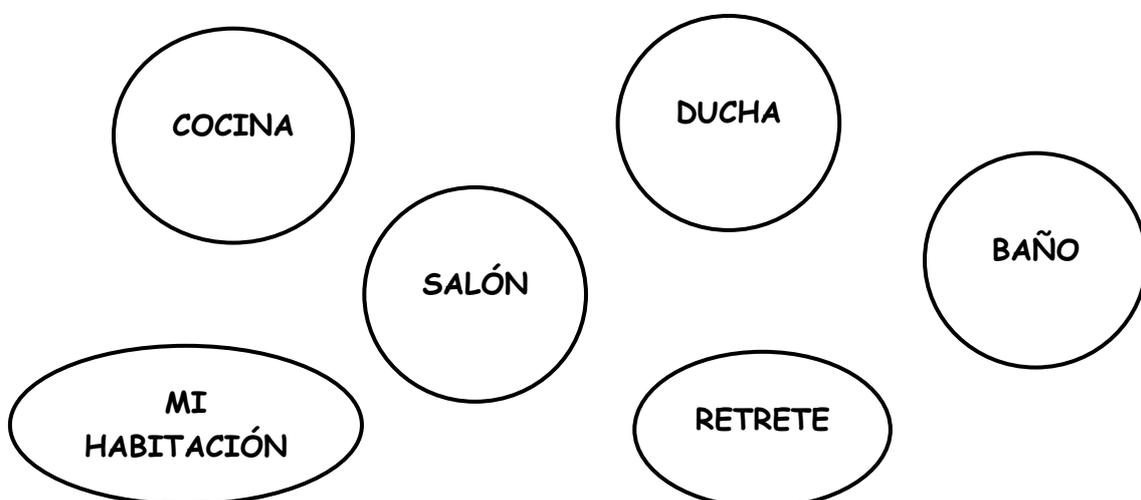
➤ **En los espacios privados:**

- Me doy una ducha en el baño de mi casa.
- Me toco mis partes íntimas en mi habitación.
- Me desnudo y cambio de ropa en mi habitación.
- Hago pis o caca en el retrete.
- **COSAS QUE HAGO SOLO EN INTIMIDAD**

¿MI CASA ES UN LUGAR PÚBLICO O PRIVADO?



Por tanto, en mi casa, también hay lugares públicos (en los que solemos estar juntos) y lugares privados (donde suelo ir o estar sólo). **PENSAMOS**. Pinta de **verde** los lugares en los que sueles estar con tu familia y de **rojo** a los que sueles ir o estar solo.

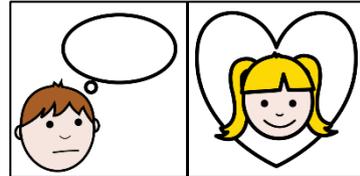


LA HISTORIA DE PABLO

Pablo es un chico de 13 años y se encuentra en una etapa de la vida llamada _____.

En los últimos meses ha notado que...

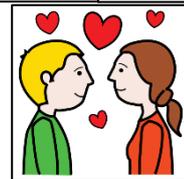
- Cuando piensa en la chica que le gusta



- Cuando ve en la televisión una chica guapa

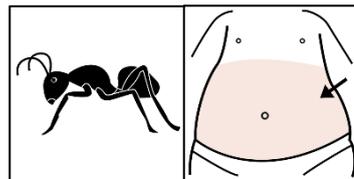


- Cuando está cerca de la chica que le gusta



Se siente **EXCITADO** porque...

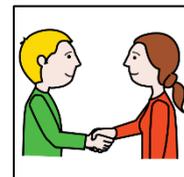
- Nota hormigueo en la barriga



- Le entran ganas de reír



- Quiere estar cerca de esa chica que le gusta



- Le apetece **acariciarse en el pene**



RESPONDE A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS

1. ¿Qué tienes en común con Pablo? (Primera oración)

2. ¿Alguna vez te has sentido excitado como Pablo? _____

¿Cuándo? _____

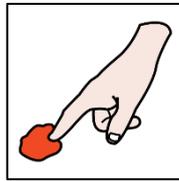
3. ¿Qué cosas sientes o pasan en tu cuerpo cuando te has
excitado? _____

4. ¿Qué haces cuando eso ocurre? _____

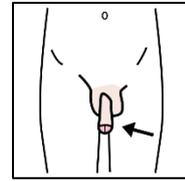
¿QUÉ ES LA MASTURBACIÓN?

Cuando...

- Nos acariciamos
- Nos tocamos



**EL
PENE**

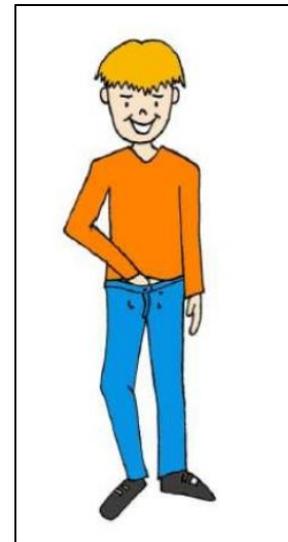


Para buscar placer y porque nos gusta,

NOS ESTAMOS MASTURBANDO

ANTES DE LA MASTURBACIÓN...

- El pene crece y me apetece acariciarme



PARA TERMINAR LA MASTURBACIÓN...

- ¿Has notado que tus manos se ensucian de algo al terminar de tocarte? _____ ¿Sabes qué es?

¿ESTOY HACIENDO ALGO MALO CUANDO ME MASTURBO?



Pero para masturbarnos, existen determinadas

NORMAS A SEGUIR

COMPLETA EL SIGUIENTE TEXTO CON PALABRAS Y DIBUJOS

Cuando veo o pienso en la chica que me gusta me siento

_____ . Cuando esto ocurre, noto que mi

crece. Es entonces cuando me apetece hacerme caricias, a esto

se le llama _____ . Cuando voy a

terminar de tocarme, mi pene expulsa un líquido que se llama

_____ . La _____ no es algo malo porque hace que

me sienta mejor y es algo natural en las personas. Pero existen

unas _____ que voy a aprender en mi

siguiente ficha.

NORMAS A SEGUIR CUANDO ME MASTURBO

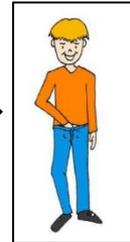
1. Antes de comenzar, **ME LAVO LAS MANOS**.



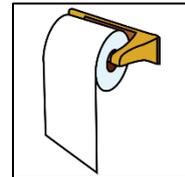
2. Busco un **LUGAR PRIVADO** y cierro la puerta.



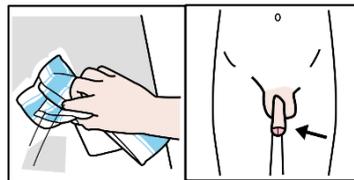
3. Me toco con tranquilidad.



4. Cuando termino, utilizo papel higiénico:



- Limpio mi pene.



- Limpio el espacio utilizado, si lo he manchado.



5. Me vuelvo a lavar las manos para que queden limpias.

¡ATENCIÓN! Lo que **NO** podemos hacer:

- Estar tocándonos todo el tiempo

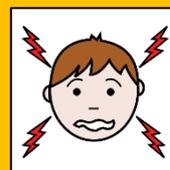
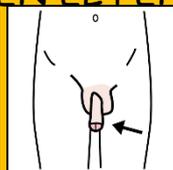


- Hacerlo con fuerza

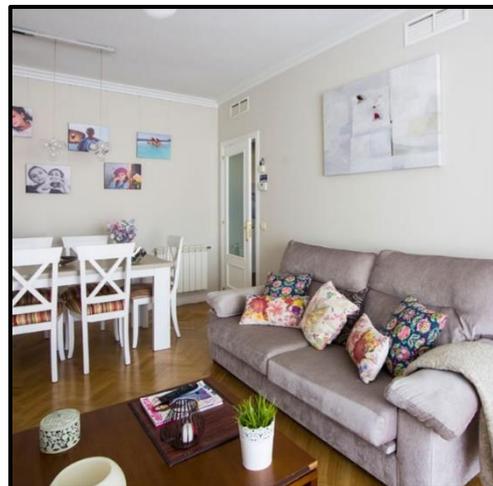


Porque... **PODEMOS SUFRIR AL HACERNOS HERIDAS**

Y TENER DOLOR EN EL PENE.



AHORA QUE YA CONOCES LAS NORMAS... ¿CUÁNDO NO NOS PODEMOS MASTURBAR? TACHA LAS IMÁGENES

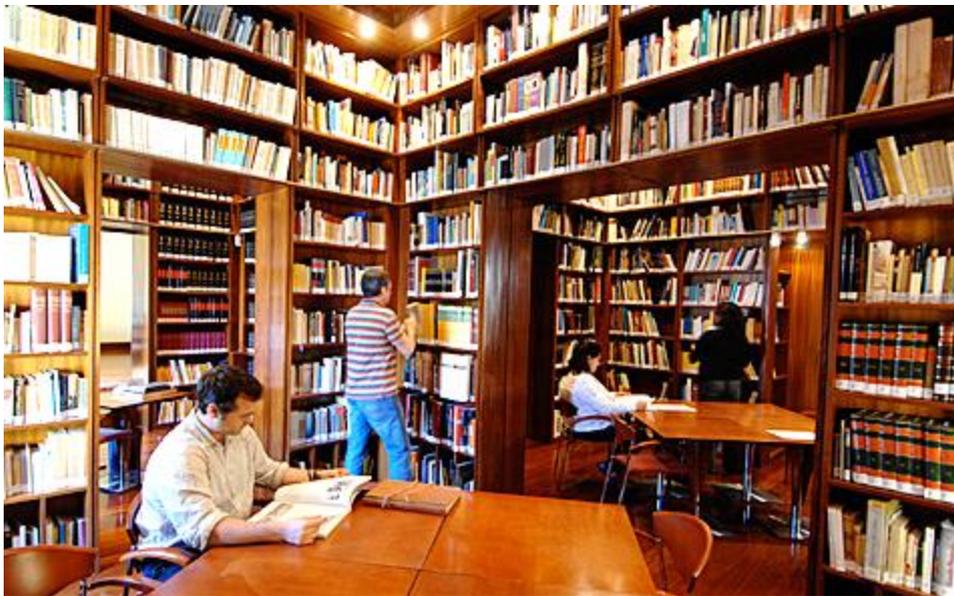


TEATRO	CINE
SALÓN DE CASA	CUARTO DE BAÑO
COLEGIO	MI CLASE
RETRETE	PARQUE

MI HABITACIÓN	AUTOBÚS URBANO
RESTAURANTE	COCINA
SUPERMERCADO	BIBLIOTECA
CABALGATA	DUCHA

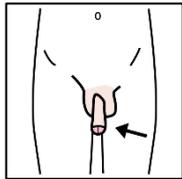
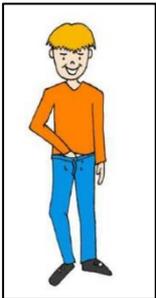
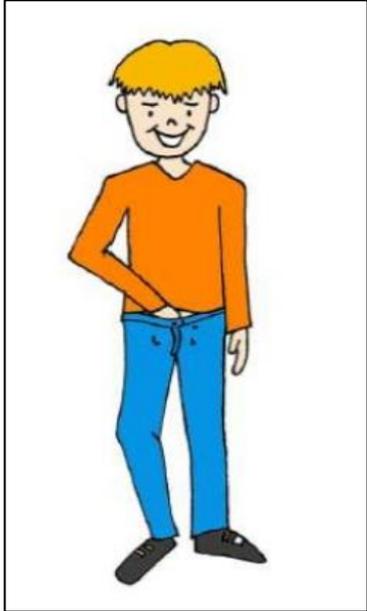
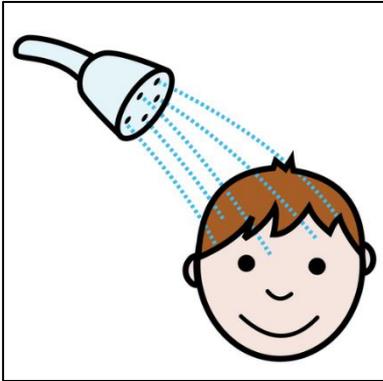








VER LA TELE EN FAMILIA	COMER CON MI FAMILIA
COMER EN UN RESTAURANTE	HACER LA COMPRA
LEER EN LA BIBLIOTECA	VER LA CABALGATA
VIAJAR EN BUS URBANO	VER UNA OBRA DE TEATRO
VER UNA PELI EN EL CINE	IR AL COLE
ATENDER EN CLASE	JUGAR EN EL PARQUE
HACER PIS	DUCHARME
HACER CACA	TOCARMIS MIS PARTES ÍNTIMAS





ANEXO VII. Fichas de sesión

TÍTULO DE LA SESIÓN: Reconocimiento del propio cuerpo	FECHA: 12/04/18
DESTINATARIO/S: Alumno 1 y Alumno 2 conjuntamente	
DURACIÓN: 60 minutos	
OBJETIVOS: <ul style="list-style-type: none"> • Reconocer las partes del cuerpo comunes a ambos sexos • Identificar y denominar correctamente las partes del cuerpo propias del hombre y de la mujer • Identificar el propio sexo argumentando el por qué 	
ACTIVIDADES: <ol style="list-style-type: none"> 1. Ficha para identificar partes del cuerpo comunes a ambos sexos (10 minutos) 2. Ficha para identificar las partes del cuerpo propias de un hombre y de una mujer (10 minutos) 3. Ficha: “¿Cuántos hay?” Colorear según haya uno o dos en el cuerpo (5 minutos) 4. Trabajo cooperativo: Cortar y pegar en una cartulina. “Lo que nos une y lo que nos diferencia” (Método evaluativo) (20 minutos) 5. Ficha: “¿Y yo qué soy?” Identificación propia con un sexo y por qué (15 minutos) 	
RECURSOS: <ul style="list-style-type: none"> • Fichas de trabajo • Cartulina • Tijeras y pegamento • Material de escritura 	
EVALUACIÓN DE LA SESIÓN: <ul style="list-style-type: none"> • Cartulina de trabajo cooperativo • Rúbrica de actividad (<i>Anexo V</i>) 	

TÍTULO DE LA SESIÓN: Los cambios que experimentamos: La adolescencia	FECHA: 13/04/18
DESTINATARIO/S: Alumno 1 y Alumno 2 conjuntamente	
DURACIÓN: 75 minutos	
OBJETIVOS: <ul style="list-style-type: none"> • Tener clara una noción básica de qué es la adolescencia • Conocer los cambios físicos que se experimentan en esta etapa • Identificar los cambios propios de hombres y propios de mujeres • Analizar los cambios de uno mismo mediante reflexión 	
ACTIVIDADES: <ol style="list-style-type: none"> 1. Lluvia de ideas: ¿Qué es la adolescencia? (5 minutos) 2. Lectura activa: ¿Qué es la adolescencia? Contraste con lo que ya sabíamos (10 minutos) 3. Observa, lee y comenta: Los cambios en la adolescencia (15 minutos) 4. Trabajo cooperativo: Cortar y pegar en una cartulina. Clasificar los cambios según sean propios de chicos, propios de chicas o compartidos por ambos. (Método evaluativo) (20 minutos) 5. Reflexión: Observo la cartulina y comparo ¿Qué cambios he experimentado? ¿Cuáles están por llegar? (15 minutos) 6. Colaboración con familias: Mi evolución, mis cambios. De bebé a adolescente (fotos). (10 minutos) 	
RECURSOS: <ul style="list-style-type: none"> • Fichas de trabajo • Cartulina • Tijeras y pegamento • Material de escritura • Fotografías de tres etapas: Bebés, niño y adolescente (Colaboración con familias) 	
EVALUACIÓN DE LA SESIÓN: <ul style="list-style-type: none"> • Cartulina de trabajo cooperativo • Rúbrica de actividad (<i>Anexo V</i>) 	

TÍTULO DE LA SESIÓN: Concepto de familia, amistad, noviazgo, pareja y matrimonio	FECHA: 16/04/18
DESTINATARIO/S: Alumno 1, individualizada	
DURACIÓN: 55 minutos	
OBJETIVOS: <ul style="list-style-type: none"> • Diferenciar entre amistad y noviazgo • Identificar las relaciones que unen a personas del entorno más cercano • Razonar sobre las condiciones del noviazgo • Identificar personas aptas para el noviazgo y no aptas 	
ACTIVIDADES: <ol style="list-style-type: none"> 1. Lectura sobre las características de los amigos, la familia, los novios y los matrimonios (10 minutos) 2. Ficha con preguntas comprensivas post-lectura (10 minutos) 3. Adivinanza ¿Qué relación les une? (10 minutos) 4. Reflexión ¿Pueden ser novios? (10 minutos) 5. Cartulina: Clasifico qué relación une a personas del entorno más cercano (Método evaluativo) (15 minutos) 	
RECURSOS: <ul style="list-style-type: none"> • Fichas de trabajo • Cartulina • Tijeras y pegamento • Material de escritura 	
EVALUACIÓN DE LA SESIÓN: <ul style="list-style-type: none"> • Cartulina clasificatoria • Rúbrica de actividad (<i>Anexo V</i>) 	

TÍTULO DE LA SESIÓN: Cuando nos dicen que no. Los derechos de los demás: Autocontrol	FECHA: 17/04/18
DESTINATARIO/S: Alumno 1, individualizada	
DURACIÓN: 60 minutos	
OBJETIVOS: <ul style="list-style-type: none"> • Diferenciar entre lo que no puede ocurrir y lo que sí en el recreo • Conocer estrategias para afrontar el rechazo • Aprender técnicas de autocontrol ante un enfado por rechazo • Conocer estrategias para hacer saber a una chica que me gusta de manera positiva • Reflexionar sobre las consecuencias positivas y negativas de distintas situaciones 	
ACTIVIDADES: <ol style="list-style-type: none"> 1. Pintamos de colores: Lo que puede ocurrir y lo que NO debe ocurrir. (10 minutos) 2. Adivinanzas: ¿Qué puedo hacer si...? (10 minutos) 3. Un cuento para reflexionar (20 minutos) 4. Mensajes yo: Actitudes positivas (10 minutos) 5. Método de modificación de conducta: Calendario economía de fichas. (Método evaluativo) (10 minutos, explicar el funcionamiento) 	
RECURSOS: <ul style="list-style-type: none"> • Pinturas de colores y material de escritura • Fichas de trabajo • Calendarios mensuales (abril, mayo y junio) 	
EVALUACIÓN DE LA SESIÓN: <ul style="list-style-type: none"> • Seguimiento de los calendarios mensuales (economía de fichas). • Rúbrica de actividad (<i>Anexo V</i>) 	

TÍTULO DE LA SESIÓN: Cuando decimos que no. Mis derechos. Prevención del abuso sexual	FECHA: 18/04/18
DESTINATARIO/S: Alumno 1, individualizada	
DURACIÓN: 65 minutos	
OBJETIVOS: <ul style="list-style-type: none"> • Definir el espacio íntimo y personal • Identificar qué personas pueden entrar en este espacio y quienes no • Conocer mis derechos propios • Identificar situaciones de abuso sexual • Saber cómo actuar ante una situación de abuso 	
ACTIVIDADES: <ol style="list-style-type: none"> 1. Conociendo mi burbuja: Qué ocurre en ella y con quién. (10 minutos) 2. Simulación: Con un aro en el suelo. Yo decido. (10 minutos) 3. Cartulina. Mi burbuja personal (método evaluativo) (15 minutos) 4. Lo que debe pasar y lo que no debe pasar dentro de mi burbuja. (15 minutos) 5. ¿Qué debo hacer si...? (5 minutos) 6. Visualización de un vídeo: Las partes prohibidas + Ficha reflexiva (10 minutos) 	
RECURSOS: <ul style="list-style-type: none"> • Fichas de trabajo • Material de escritura • Cartulina • Tijeras y pegamento • Tablet o dispositivo electrónico (reproducción del vídeo) • Aro o similar 	
EVALUACIÓN DE LA SESIÓN: <ul style="list-style-type: none"> • Rúbrica de actividad (<i>Anexo V</i>) • Cartulina realizada en la sesión 	

TÍTULO DE LA SESIÓN: Los lugares públicos y los lugares privados	FECHA: 19/04/18
DESTINATARIO/S: Alumno 2, individualizada	
DURACIÓN: 55 minutos	
OBJETIVOS: <ul style="list-style-type: none"> • Diferenciar entre un espacio público y un espacio privado • Conocer los espacios públicos y los espacios privados dentro del hogar • Identificar actividades íntimas y actividades compartidas y dónde realizarlas 	
ACTIVIDADES: <ol style="list-style-type: none"> 1. Lectura con razonamiento: Los espacios públicos y los espacios privados (10 minutos) 2. Identifico qué es un espacio (10 minutos) 3. Reflexiono: Vida en el hogar, lo público y lo privado (15 minutos) 4. Cartulina. Clasifico espacios y actividades. (Método evaluativo) (20 minutos) 	
RECURSOS: <ul style="list-style-type: none"> • Material de escritura • Fichas de trabajo • Cartulina • Tijeras y pegamento 	
EVALUACIÓN DE LA SESIÓN: <ul style="list-style-type: none"> • Cartulina realizada en la sesión • Rúbrica de actividad (<i>Anexo V</i>) 	

TÍTULO DE LA SESIÓN: Qué es la masturbación y porqué es saludable	FECHA: 20/04/18
DESTINATARIO/S: Alumno 2, individualizada	
DURACIÓN: 40 minutos	
OBJETIVOS: <ul style="list-style-type: none"> • Identificar cuándo estoy excitado y los posibles motivos • Conocer el concepto de masturbación • Saber cuáles son los efectos positivos de la práctica masturbatoria • Identificar las sensaciones y/o pensamientos que pueden acompañar a la práctica masturbatoria. 	
ACTIVIDADES: <ol style="list-style-type: none"> 1. Lectura: “La historia de Pablo” y respondemos a las preguntas (10 minutos) 2. Leo y aprendo: ¿Qué es la masturbación? (10 minutos) 3. Aprobación de la conducta: No hago nada malo. (10 minutos) 4. Completar el texto con imágenes y palabras. (Método evaluativo) (10 minutos) 	
RECURSOS: <ul style="list-style-type: none"> • Fichas de trabajo • Material de escritura • Tijeras y pegamento 	
EVALUACIÓN DE LA SESIÓN: <ul style="list-style-type: none"> • Rúbrica de actividad (<i>Anexo V</i>) • Texto a completar 	

TÍTULO DE LA SESIÓN: Normas a seguir. Cómo actuar ante la excitación, pautas de higiene, prevención de autolesiones.	FECHA: 26/04/18
DESTINATARIO/S: Alumno 2, individualizada	
DURACIÓN: 45 minutos	
OBJETIVOS: <ul style="list-style-type: none"> • Conocer pautas de higiene antes y después de la masturbación • Reflexionar sobre lo que NO debemos hacer y sus consecuencias • Aprender normas básicas cuando quiero masturbarme 	
ACTIVIDADES: <ol style="list-style-type: none"> 1. Lectura comprensiva: Las normas a seguir (10 minutos) 2. Tacha las imágenes en las que aparecen situaciones en las que NO puedo masturbarme y razono el motivo (15 minutos) 3. Cartulina: Redacto las normas y comprendo. (20 minutos) 	
RECURSOS: <ul style="list-style-type: none"> • Cartulina • Tijeras y pegamento • Material de escritura • Fichas de trabajo 	
EVALUACIÓN DE LA SESIÓN: <ul style="list-style-type: none"> • Cartulina de normas a seguir • Rúbrica de actividad (<i>Anexo V</i>) 	

ANEXO VIII. Narrado de sesiones

A cada uno de los narrados y análisis que se muestran a continuación, le acompañan fotografías numeradas, sacadas durante el desarrollo de cada una de las sesiones que se adjuntan en un anexo:

Anexo IX. Álbum fotográfico

A continuación, en cada sesión queda especificado qué número de fotografía le corresponde en dicho anexo.

	NARRADO	ANÁLISIS
SESIÓN 1	<p>Los dos alumnos llegaron al aula de trabajo con una actitud apática por relacionarme con el apoyo a matemáticas que les imparto en otras ocasiones, ambos cambiaron de actitud rápidamente al observar las fichas y cartulinas.</p> <p>Las dos primeras actividades las realizaron con fluidez y sólo actué de observadora y comentando al inicio los enunciados para dejar claro qué es lo que debían hacer. La tercera actividad, pensada para el trabajo cooperativo, la realizaron más despacio porque comentaban diferentes aspectos entre ellos. Si algo me llamó especialmente la atención es que, para ellos, sólo existe aquello que ven sus ojos: Por ejemplo, dijeron que tenían un testículo porque sólo ven una bolsa escrotal.</p> <p>Cuando les pregunté si eran niños o niñas a la hora de identificarse con un sexo, ambos extrañados apuntaron que obviamente eran niños, pero les dije que debían saber por qué y se abrió otro pequeño debate de unos minutos que terminó con el éxito en la respuesta. Ambos, al dibujarse, destacan el pene como rasgo masculino.</p> <p style="text-align: center;"><i>Anexo IX. Álbum fotográfico. Foto 1</i></p>	<p>La sesión ha durado diez minutos más de lo previsto inicialmente, posiblemente debido a la actividad de aprendizaje cooperativo en la que los alumnos han mantenido diálogos extensos, cosa que ha sido de mi agrado porque muestra implicación en la tarea. Por este motivo, les dejé hablar libremente actuando de observadora.</p> <p>Desconocían los términos científicos para la denominación de los genitales masculinos y femeninos y los denominaban de manera vulgar. Las actividades han sido adecuadas al nivel del alumnado y se han mostrado participativos y con interés.</p>

<p>SESIÓN 2</p>	<p>Cuando les comunicué que íbamos a continuar haciendo cosas “como las del otro día”, enseguida mostraron su interés y entusiasmo. Comenzamos con una lluvia de ideas que se alargó y requirió de mi ayuda, son conscientes de que ellos se encuentran en la etapa de la adolescencia, pero no sabían su denominación y tuve que ir provocando el diálogo a través de preguntas. Asocian el vello púbico a los niños por no haber visto nunca los genitales de una niña de su edad (desconocimiento), y tampoco conocen términos como la menstruación de la que no saben absolutamente nada (era la primera vez que ambos escuchaban esa palabra). La cartulina realizada en trabajo cooperativo lleva más tiempo que el resto de las actividades y la parte final de la sesión es la que más les ha gustado por contar con la participación de sus familias: Analizar sus cambios y observar en fotos su propia evolución.</p> <p style="text-align: center;"><i>Anexo IX. Álbum fotográfico. Foto 2</i></p>	<p>La sesión ha durado treinta minutos más de lo previsto, puesto que no contaba con que iba a ser tan compleja para ellos la lluvia de ideas en torno a la palabra “adolescencia” y que iban a llamarles tanto la atención algunos de los cambios que experimentan las chicas. Ambos han mostrado nuevamente una actitud de entrega, ayuda mutua e interés por todas las actividades. Les ha motivado mucho ver que sus familias me habían facilitado fotos de cuando eran bebés y niños pequeños para la actividad de análisis. Se han enseñado mutuamente las fotografías con mucha ilusión.</p>
-----------------------------------	---	---

<p>SESIÓN 3</p>	<p>En esta primera sesión de intervención individual con uno de los alumnos, ha resultado muy sencillo captar su atención puesto que muestra un gran interés por el tema “novias”. La primera actividad ha resultado sencilla en cuanto a comprensión, aunque ha manifestado su interés por tener novia constantemente alegando que “los novios son muy felices”. Le llaman mucho la atención las imágenes en las que aparecen parejas mostrándose cariño y se ha detenido a mirarlas durante varios minutos antes de iniciar la actividad. Identifica a la perfección qué parejas pueden ser novios y cuáles no en la tercera actividad y da argumentos sólidos para ello.</p> <p>La actividad de cierre o evaluativa que se realiza en cartulina, la realiza bien sin ayuda y sin ningún error. Durante ella, el alumno espontáneamente me comenta parejas de novios famosas o matrimonios que él conoce.</p> <p style="text-align: center;"><i>Anexo IX. Álbum fotográfico. Foto 3</i></p>	<p>La sesión ha durado cinco minutos menos de lo previsto debido posiblemente a la agilidad del alumno en prácticamente todas las actividades. A pesar de que identifica que una profesora no puede ser novia de un alumno, en su día a día es frecuente que proponga noviazgo a las docentes del centro educativo.</p> <p>Es cierto, que sigue teniendo ideas como que, si una chica le gusta, automáticamente pasa a ser denominada como “novia” aunque sabe que no cumple los requisitos para ello.</p>
-----------------------------------	--	--

<p>SESIÓN 4</p>	<p>La sesión de hoy giraba en torno a sus comportamientos abusivos hacia las niñas en horas de baja vigilancia docente. En la primera actividad, ha identificado perfectamente lo que debe ocurrir en el patio y lo que no sin ayuda, y en la segunda actividad ha hecho razonamientos y ha tenido ideas aceptadas socialmente y adecuadas. En la actividad de “Mensajes yo” ha necesitado ayuda y guía por falta de ideas; mediante preguntas o insinuaciones ha conseguido finalmente terminar la actividad de manera autónoma y superar el bloqueo inicial.</p> <p>Al plantearle los calendarios y la explicación de estos como medida de modificación de conducta, ha mostrado mucho interés y entusiasmo, diciendo que iba a ser “entero verde”. Si consigue llenar una semana de color verde, recibirá un premio (las chuches le encantan); en cambio si aparecen puntos rojos por malas conductas, se procederá a avisar a sus padres para que esa semana no acuda a clase de batería por la tarde, que le apasiona.</p> <p><i>Anexo IX. Álbum fotográfico. Fotos 4, 5 y 6</i></p>	<p>La sesión ha durado exactamente lo que estaba previsto (60 minutos). En ella, he observado que el alumno identifica perfectamente el bien y el mal y conoce las consecuencias ante sus malas conductas en el patio. Cuando ha tenido que pensar alternativas al enfado cuando le rechazan, ha dicho que intentaría volver a besar a sus compañeras, cosa que le ha costado una reprimenda. Cuando le he explicado el calendario de control de conducta, ha mostrado mucho interés por los premios, pero indiferencia ante los castigos, por lo que me surgen serias dudas en cuanto a si va a ser efectivo.</p>
-----------------------------------	---	--

<p>SESIÓN 5</p>	<p>En la última sesión con este alumno, traté la prevención del acoso sexual. Empezando por trabajar aspectos básicos como el espacio íntimo y las personas que deben entrar en él y lo que puede ocurrir dentro de ese espacio de manera general.</p> <p>Progresivamente fuimos incluyendo aspectos como lo que no debe ocurrir dentro de la burbuja y cómo se debe actuar si entra en su espacio personal una persona que no debe.</p> <p>Después, relacionamos todo lo aprendido con personas de su entorno más cercano para comprobar los aprendizajes reales del alumno.</p> <p>Finalmente, utilizando un vídeo (“La regla de Kiko”), aprendimos que a pesar de que hay personas que sí pueden entrar en su burbuja personal, hay zonas de nuestro cuerpo que son partes prohibidas que nadie debe tocar.</p> <p><i>Anexo IX. Álbum fotográfico. Fotos 7 y 8</i></p>	<p>La sesión duró lo planificado (60 minutos) y la calificaría de gran éxito. Considero que las actividades planeadas han sido un acierto total: adaptadas al nivel del alumno y con mucho trasfondo que invita a la reflexión. A pesar de que el alumno ya poseía conocimientos en relación con este tema, ha mostrado muchísimo interés por todo lo que ocurría en el aula.</p> <p>Es importante destacar que, para sesiones como esta, una vez más queda patente lo imprescindible que resulta la fase previa a la intervención de recopilación de información para que la sesión resulte significativa.</p>
-----------------------------------	---	---

<p>SESIÓN 6</p>	<p>La primera sesión con el segundo alumno, gira en torno a la diferenciación de los espacios públicos y los espacios privados y las diferentes actividades que pueden desarrollarse en ellos. Para ello, se realizarán un total de cuatro actividades en las que se trata de comprender e identificar diferencias entre estos espacios. Una parte fundamental, era la actividad número 3 en la que se diferencian espacios públicos y privados dentro del hogar familiar puesto que, al convivir con más personas, no todas las actividades pueden hacerse de manera pública, aunque la casa sea un espacio privado.</p> <p>La actividad de cierre, que servía como evaluación, relacionaba todos los aspectos anteriormente mencionados: Espacios públicos, espacios privados, actividades compartidas y actividades íntimas.</p> <p style="text-align: center;"><i>Anexo IX. Álbum fotográfico. Foto 9</i></p>	<p>La sesión ha discurrido con mucha fluidez por lo que ha durado 5 minutos menos de lo previsto. Cabe destacar que el alumno es muy trabajador, se deja llevar muy bien y ha comprendido con rapidez el concepto a trabajar puesto que los contenidos ya los dominaba.</p> <p>Se puede decir que el único aspecto nuevo ha sido la diferenciación de espacios dentro de la vivienda familiar. Por lo demás, todas las actividades las ha resuelto de manera autónoma.</p>
-----------------------------------	--	--

<p>SESIÓN 7</p>	<p>Estas dos últimas sesiones estaba previsto que se realizaran en días diferentes, pero sobre la marcha se consideró que separar una sesión de otra por una semana podría dificultar enormemente la adquisición de conocimientos. Por este motivo, finalmente se decidió que era mejor unificarlas en una sola.</p>	<p>La sesión 7 tenía prevista una duración de 40 minutos y la sesión 8 de 45 minutos.</p>
<p>SESIÓN 8</p>	<p>En ellas, hemos trabajado el concepto de masturbación, qué es la excitación, la aprobación de la conducta y las normas que debo seguir si quiero masturbarme. El alumno nunca había oído la palabra masturbación, incluso tiene dificultades en la pronunciación de esta; ha manifestado que él a “eso” lo denomina tocarse. El alumno desconocía alguna de las normas, pero razona y es consciente de la necesidad de cumplir todas y cada una de ellas.</p> <p>El alumno ha manifestado que él también se siente como Pablo (el chico que aparece en la historia de la primera actividad) y que cuando “se pone así”, se tiene que ir a su cuarto; cosa que no me ha parecido muy buena idea, teniendo en cuenta que la habitación es compartida con su hermano pequeño. Por este motivo, le he facilitado otras alternativas.</p> <p><i>Anexo IX. Álbum fotográfico. Foto 10</i></p>	<p>Finalmente, al hacerlas de seguido evitando la parte que servía para refrescar conocimientos en la sesión 8, la duración total de ambas ha sido de 60 minutos, haciéndose amena y poco pesada.</p> <p>La participación ha sido absoluta y la actitud extremadamente positiva. He de añadir que ha sido notorio que esta parte de la intervención no se ha trabajado de manera unilateral, sino que también se está trabajando en el CEE San Juan de Dios, al que acude tres días semanales siendo este su centro de referencia.</p>

ANEXO IX. Álbum fotográfico



Foto 1. Sesión 1, trabajo cooperativo: Lo que nos une y lo que nos diferencia según sexos



Foto 2. Sesión 2: Observamos y analizamos nuestra propia evolución



Foto 3. Sesión 3: Cartulina clasificatoria como método evaluativo

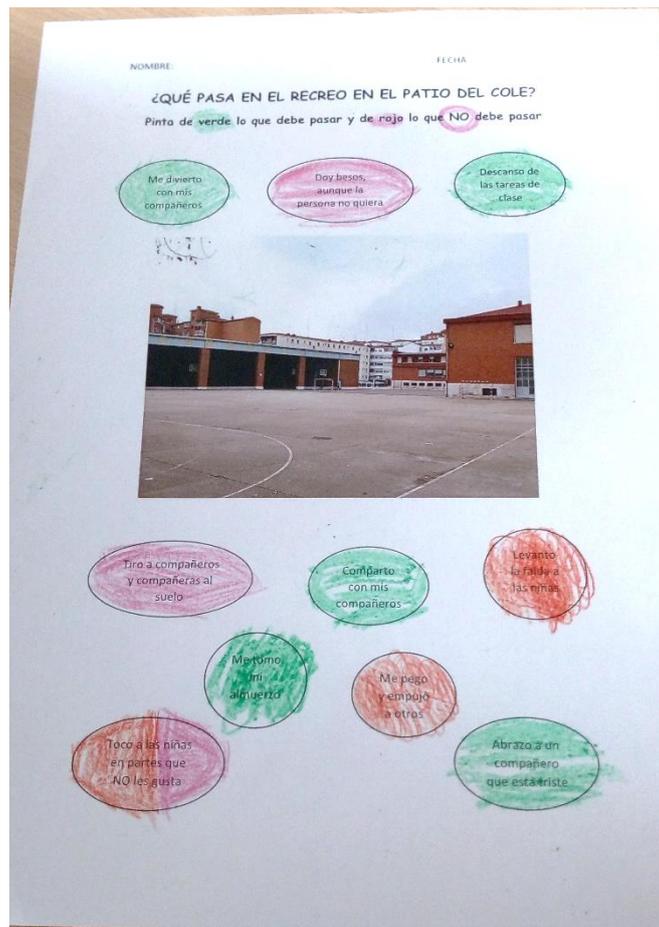


Foto 4. Sesión 4. Ficha para colorear: Lo que debe ocurrir y lo que no durante el recreo



Foto 5. Sesión 4. Alumno trabajando y reflexionando sobre los comportamientos adecuados en la hora del recreo



Foto 6. Sesión 4. Calendario de modificación de conducta pegado en el aula del alumno

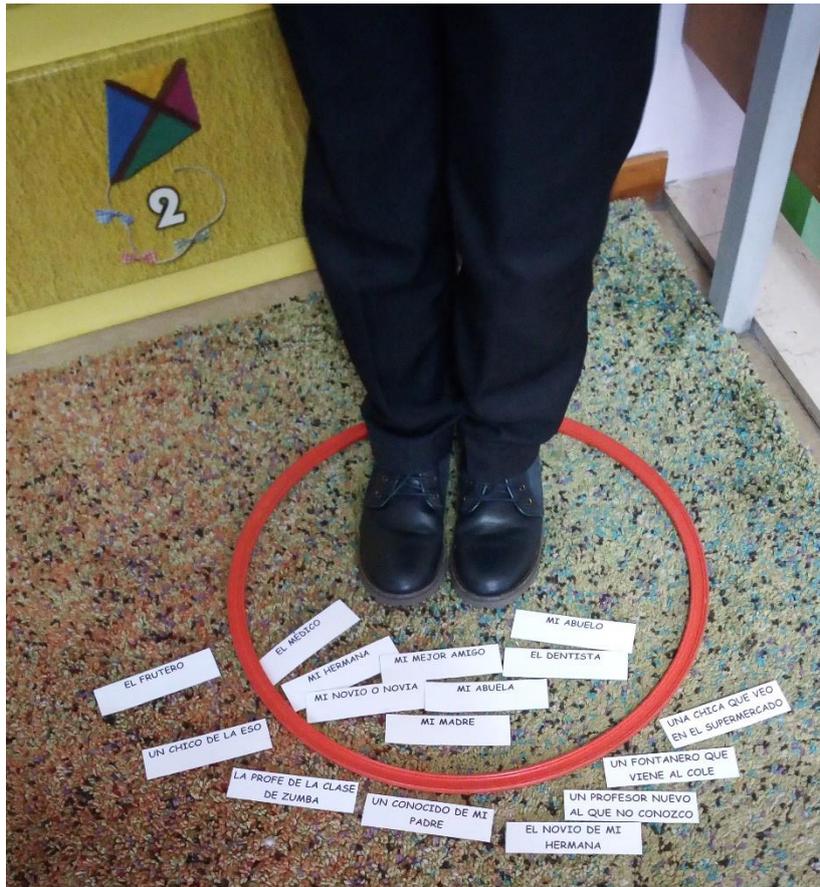


Foto 7. Sesión 5. Simulación de su burbuja personal y personas que pueden y no pueden entrar en ella



Foto 8. Sesión 5. Método evaluativo, cartulina sobre la burbuja personal



Foto 9. Sesión 6. Cartulina evaluativa. Los espacios públicos y privados y las actividades que suceden en ellos

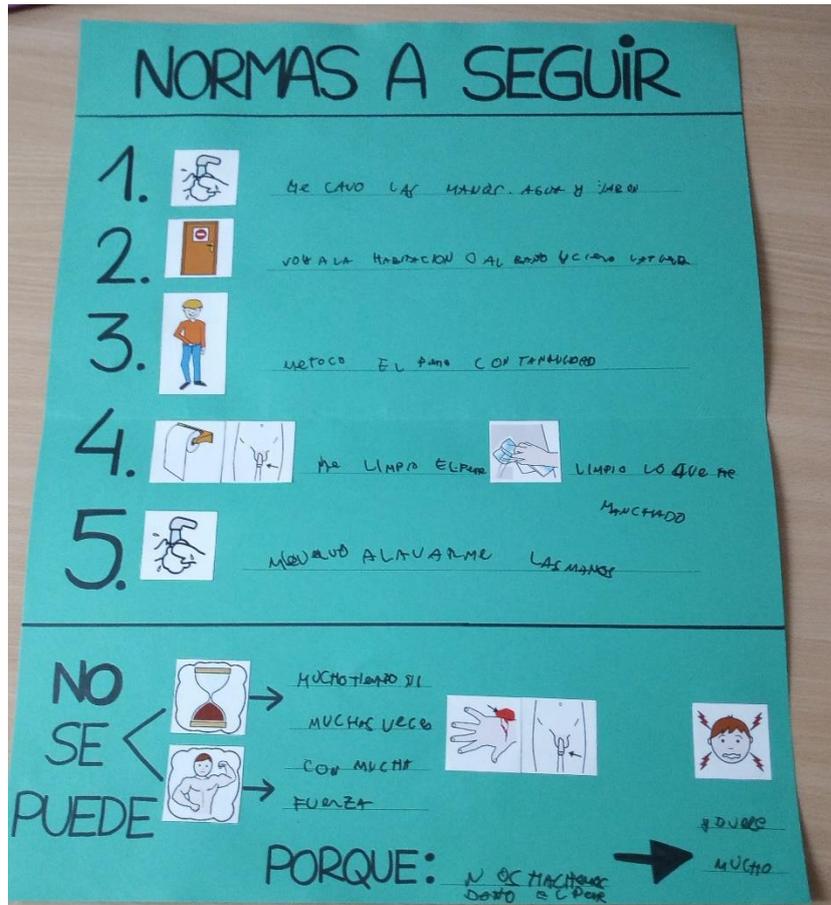


Foto 10. Sesiones 7 y 8. Redacción de normas a cumplir para tocarse (método evaluativo)

