



TRABAJO FIN DE GRADO EN TRABAJO SOCIAL

“Sexualidad y diversidad funcional, un tabú de nuestra sociedad”

Autor:

D. ALEJANDRO DEL OLIVO PÉREZ

Tutor:

D. JAVIER SÁNCHEZ GALÁN

FACULTAD DE EDUCACIÓN Y TRABAJO SOCIAL

UNIVERSIDAD DE VALLADOLID

CURSO 2015-2016

FECHA DE ENTREGA: 14 de JULIO de 2016

ÍNDICE

1. <u>RESUMEN.</u>	6
2. <u>INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN.</u>	8
3. <u>MARCO TEÓRICO.</u>	12
3.1. <u>Aproximación a la diversidad funcional.</u>	12
3.1.1.¿Por qué el concepto de diversidad funcional?.....	16
3.1.2.Una breve contextualización, modelos históricos del análisis de la diversidad funcional.	18
3.1.3.Una panorámica de la diversidad funcional en España..	19
3.1.4.Mujer y diversidad funcional como factor exponencial en la exclusión de este colectivo.	22
3.2. <u>La sexualidad y su desarrollo en las personas con diversidad funcional.</u>	24
3.2.1.Concepto de sexualidad.....	24
3.2.2.La sexualidad como dimensión inherente a las personas con diversidad funcional.	26
3.2.3.El papel de las familias y de los educadores en el favorecimiento de la sexualidad de las personas con diversidad funcional.	28
3.2.4.Experiencias que se están llevando a cabo con personas con diversidad funcional en el ámbito sexual-afectivo en el marco europeo.	31
3.3. <u>La sexualidad de las personas con diversidad funcional y su relación con el Trabajo Social.</u>	36
4. <u>TRABAJO DE CAMPO.</u>	38
4.1. <u>Metodología.</u>	38
4.2. <u>Análisis de las entrevistas y conclusiones.</u>	39
5. <u>PROPUESTA DE INTERVENCIÓN DESDE EL TRABAJO SOCIAL.</u>	42

6. <u>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</u>.....	46
7. <u>ANEXOS</u>.....	50
7.1. <u>Modelo de entrevista</u>.....	50

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Pirámide de Población España.	14
Gráfico 2. Tasas de discapacidad por CC.AA.	14
Gráfico 3. Personas con diversidad funcional residentes en centros.	15

Agradecimientos

A mis padres, mi hermano y toda mi familia, porque habéis soportado mis malos ratos de una manera insuperable. Porque sin ellos, este trabajo y lo que supone el finalizarlo jamás habría sido posible.

A vosotros/as amigos y amigas que con vuestros consejos y momentos de desahogo no habéis dejado que me puedan estos años de carrera.

A todos los compañeros y compañeras de carrera de las dos promociones que he tenido la suerte de conocer, porque me llevo a unos cuantos de vosotros para siempre, vosotras sabéis quienes sois, estéis en Medina, Adalia o en Portugal.

A ti, mi correctora de TFG, y de tantas cosas de mi vida que hace que todo sea más fácil.

A ti, mi amigo tan especial del queso.

Y por supuesto a ti, Fer, porque para que quiero piernas si puedo volar.

1. RESUMEN.

A lo largo de la historia, las personas con diversidad funcional han sufrido y siguen sufriendo a día de hoy múltiples discriminaciones a la hora de acceder y plasmar de forma real sus derechos respecto a diversos aspectos de la vida diaria. Este trabajo se centra concretamente en dar a conocer las dificultades con las que se encuentran estas personas tratando de visibilizar una realidad social que afecta y discrimina a las personas con diversidad funcional respecto a su derecho a disfrutar de una sexualidad libre y satisfactoria.

Por ello, trata de corroborar si efectivamente existe un tabú en la sociedad que impide a este colectivo estar en igualdad de condiciones respecto a cualquier otro a través de un pequeño trabajo de campo con distintas asociaciones en la ciudad de Valladolid las cuales trabajan con este colectivo y puedan ratificar, o no, tanto la existencia de esta discriminación como los motivos por los que se produce. Asimismo, siguiendo esta línea de trabajo, se establecerá una propuesta de intervención que, desde el Trabajo Social, favorezca el derecho de satisfacer las necesidades afectivo-sexuales de las personas con diversidad funcional.

Palabras clave: Diversidad funcional, sexualidad, tabú, Trabajo social.

ABSTRACT

Throughout history, people with functional diversity have suffered, and still suffering now a days, multiple discriminations when it comes to getting access and embodying their rights referring to several aspects of their everyday life. This project focuses on making known the difficulties these individuals face by trying to visualize a social reality which affects and discriminates people with functional diversity concerning their right to enjoy a free and satisfying sexual life.

For this reason, the main objective of the project is to verify if there is, indeed, a taboo in society that prevents this group from having equal conditions as the rest of human beings through a small field research with different associations in the city of Valladolid

that work with this collective and could confirm, or not, the existence of such discrimination as well as the reasons why it occurs. Therefore, following this line of work, an intervention proposal will be stated which, from Social Work, favours the right of fulfilling both the affective and sexual needs of the people with functional diversity.

Key words: Functional diversity, sexuality, taboo, social work.

2. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN.

“Para que quiero piernas, si tengo alas para volar” Frida Kahlo.

En todo el mundo se contabilizan más de 1000 millones de personas que de forma permanente o transitoria, tiene alguna variante de diversidad funcional. Esto supone que el 15% de la población mundial vive con diversidad funcional. La (OMS, 2011) afirma que cerca de 785 millones de personas (15,6%) de 15 años y más viven con una discapacidad, mientras que el proyecto sobre la Carga Mundial de Morbilidad estima una cifra próxima a los 975 millones (19,4%). La Encuesta Mundial de Salud señala que, del total estimado de personas con discapacidad, 110 millones (2,2%) tienen dificultades muy significativas de funcionamiento, mientras que la Carga Mundial de Morbilidad cifra en 190 millones (3,8%) las personas con una “discapacidad grave” (el equivalente a la discapacidad asociada a afecciones tales como la tetraplejía, depresión grave o ceguera). Solo la Carga Mundial de Morbilidad mide las discapacidades infantiles (0-14 años), con una estimación de 95 millones de niños (5,1%), 13 millones de los cuales (0,7%) tienen “discapacidad grave”. (p.8).

Estos datos nos revelan el importante número de personas que en todo el mundo sufren algún tipo de diversidad funcional, y que en los años venideros aumentará de modo exponencial. Este gran colectivo, al gran número de barreras (accesibilidad, empleo, educación, etc.) se le añade una de las que se encuentra más en el olvido debido a las cuestiones morales que implica como es la sexualidad. Es innegable reconocer que los seres humanos tenemos una serie de necesidades afectivo-sexuales, las cuales forman parte de nuestra condición humana y que son necesarias satisfacer para lograr un desarrollo personal pleno y feliz. Toda persona, por el mero hecho de serlo, tiene derecho a disfrutar de su sexualidad de forma libre sin que nadie tenga derecho de privarla de ella, ni condicionarla de ningún modo. Este hecho, que hoy en día parece haberse normalizado en función del proceso de laicismo, así como la propia evolución que se ha producido en nuestra sociedad, especialmente en los últimos años, ha permitido que el ejercicio de la sexualidad sea visto con naturalidad por la mayoría de los sectores de la sociedad. Sin embargo, esta realidad no se ha plasmado del mismo

modo, cuando hablamos de las personas con diversidad funcional. Este colectivo, se encuentra con grandes impedimentos a la hora de satisfacer sus necesidades sexuales de forma adecuada. Esta serie de dificultades, a pesar del pensamiento general que se tiene en la sociedad, no se producen en la mayor parte de los casos por la propia diversidad funcional de la persona, sino por los impedimentos que desde la misma sociedad (padres, educadores, etc.), los cuales, en ocasiones, deciden por las propias personas acerca de su sexualidad, cuando esta dimensión de la persona es solo de uno mismo. Además, a las propias dificultades que poseen, Vélez (2006), afirma que “es necesario abordar el tema de la discapacidad como una cuestión de Derechos Humanos, contribuyendo a ver que no se trata sólo de un problema físico, sino igualmente una actitud de la sociedad, de una construcción cultural, para verlos tal como son y no, con sentimentalismo, asistencialismo y paternalismo”.

De acuerdo con esta afirmación, y como afirma el Consejo General del Trabajo Social (2012), “la conciencia ética es una parte fundamental de la práctica profesional de los trabajadores sociales. Su capacidad y compromiso para actuar éticamente es un aspecto esencial de la calidad del servicio que ofrecen a quienes hacen uso de los servicios del trabajo social”.

Por lo tanto, no podemos olvidar que como Trabajadores Sociales, tenemos la obligación ética de promover los principios básicos recogidos en nuestro Código Deontológico sobre los que se basa nuestra profesión, como son la libertad, la igualdad y especialmente en este caso, la dignidad, por lo que es parte de nuestro ejercicio profesional, trabajar en pro de que las personas con diversidad funcional puedan desarrollar su sexualidad de forma plena, libre y feliz, al igual que cualquier otra persona sin diversidad funcional. Esta pretensión viene dada tras la experiencia de voluntariado en distintas asociaciones que trabajan con personas con diversidad funcional, concretamente ASPACE (Valladolid) y Gorabide (Bilbao), me ha resultado destacable la existencia de una serie de tabúes relacionados con las necesidades afectivo-sexuales de las personas con diversidad funcional. Estos tabúes, los cuales son generados muchas veces por falta de conocimiento y no por falta de interés de las personas que trabajan con este colectivo, son, en parte, los motivos que impiden que las personas con diversidad funcional puedan disfrutar de una vida sexual adecuada y feliz. Debido a ello,

es a partir de la visibilización de este asunto, cuando se puede comenzar a trabajar en pro de alcanzar la plena igualdad de las personas con diversidad funcional en el ámbito afectivo-sexual.

Nos encontramos por tanto ante un tema que en los últimos años se ha reivindicado especialmente por las asociaciones que trabajan con personas con diversidad funcional, reclamando un ejercicio de derechos sexuales real, pero que sin embargo no se acaba de plasmar en la realidad. Por ello, este trabajo pretende dar a conocer la situación en la que se encuentra este colectivo, de manera que contribuya a visibilizar un problema real y que no se está abordando del modo que requiere. Para ello, es necesario conocer la realidad que tanto en la sociedad en general, como trabajadores de centros en las que residen personas con diversidad funcional viven, para comprobar si esta situación se produce por falta de conocimiento, el tabú que actualmente sigue existiendo u otras causas y para lo que se realizará un pequeño estudio de campo para ver si se pueden corroborar las hipótesis, o no, acerca de este asunto.

Para ello, este trabajo plantea una serie de objetivos como son:

1. Conocer la realidad existente hoy en día de lo que piensan las personas que trabajan con personas con discapacidad en la ciudad de Valladolid.
2. Cuestionarnos cuáles son los motivos por los que se produce este tabú en este aspecto de la vida de las personas con discapacidad.
3. Plantear posibles modos de abordar esta situación con ambos colectivos para aportar un cambio significativo en la concepción del tema.

La estructura del trabajo se basará en tres apartados, claramente diferenciados con un último apartado dedicado a un pequeño trabajo de campo para corroborar la hipótesis planteada con este trabajo. El primero de ellos basará en un acercamiento sobre la sexualidad, para centrarse posteriormente en el nuevo concepto acuñado de Diversidad Funcional y ver en qué situación se encuentra el colectivo de las personas con diversidad funcional en España y Europa.

El segundo bloque teórico basa sobre la sexualidad, conociendo qué es, en qué consiste y como se desarrolla en el colectivo que es objeto de este trabajo.

El tercer bloque, busca la relación existente entre el trabajo social y la posibilitación de que las personas con diversidad funcional puedan acceder a materializar su derecho a disfrutar de una vida sexual normalizada.

Posteriormente se presentará un pequeño trabajo de campo realizado con dos de las asociaciones más representativas en trabajo con personas con diversidad funcional en la ciudad de Valladolid. La metodología para realizar este pequeño trabajo de campo (aunque se explicará posteriormente de forma detallada en su apartado correspondiente) consistirá en entrevistas abiertas cualitativas que nos permitan conocer la opinión acerca de este asunto de las personas que trabajan con el colectivo que centra el trabajo y su sexualidad.

Por último, una vez corroborada la hipótesis, o no, se planteará en el caso de que se cumpla, un proyecto de intervención, así como las conclusiones que se extraen de la realización del trabajo y que pueden aportar al Trabajo Social como profesión y más concretamente este colectivo.

3. MARCO TEÓRICO.

3.1. Aproximación a la diversidad funcional.

La diversidad funcional forma parte de nuestra vida diaria a pesar de que resulte un tema no siempre hablado con naturalidad, y que durante mucho tiempo, y hasta hace no tanto, resultaba oculto por las familias en las que residía un miembro con diversidad funcional. Analizando el fenómeno de la diversidad funcional desde un enfoque sociológico nacido en las décadas de los años 80 y 90, Ferreira, en el 2008, encontró que la diversidad funcional resulta de la sociedad y las estructuras de las que ésta se compone, las cuales al no poseer la sensibilidad necesaria para atender al colectivo de las personas con diversidad funcional han acabado por oprimirlas en múltiples aspectos de su vida. Es decir, a pesar de que la diversidad funcional como hecho físico, es innegable, es la sociedad a través de su actitud para con las personas con diversidad funcional, la que establece la mayor parte de las barreras físicas, morales y psicológicas, a pesar de lo evidente de esta.

Para clarificar a que nos referimos cuando hablamos de conceptos como deficiencia, discapacidad, a la que nos referimos como diversidad funcional o minusvalía, es necesario realizar una distinción entre los distintos niveles de afectación que se pueden dar en las personas. En Sierra (2012) se indica que las deficiencias son problemas que afectan a una estructura o función corporal; las limitaciones de la actividad son dificultades para ejecutar acciones o tareas, y las restricciones de la participación son problemas para participar en situaciones vitales. Por consiguiente, la discapacidad es un fenómeno complejo que refleja una interacción entre las características del organismo humano y las características de la sociedad en la que vive.

Esta misma autora establece la siguiente clasificación en la que Sierra (2012) afirma que:

- *Una deficiencia es toda pérdida o anormalidad de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica.*

- *Una discapacidad es toda restricción o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano.*
- *Una minusvalía es una situación desventajosa para un individuo determinado consecuencia de una deficiencia o una discapacidad, que limita o impide el desempeño de un rol que es normal en su caso (en función de su edad, sexo o factores sociales y culturales). (p.3.).*

Existen múltiples tipos de discapacidades pero nos centraremos en la explicación tanto de la discapacidad física como intelectual.

Como incluye en su artículo el Centro de Recursos de Educación Especial de Navarra, La Asociación Americana de discapacidades intelectuales y del desarrollo (AAIDD, antes AAMR) recoge en su 11ª edición (2010) la siguiente definición de discapacidad intelectual: “La discapacidad intelectual se caracteriza por limitaciones significativas tanto en funcionamiento intelectual, como en conducta adaptativa, tal y como se ha manifestado en habilidades adaptativas, conceptuales y prácticas. Esta discapacidad se origina antes de los 18 años”. (p.1).

Según Sierra (2012), la visión que tenemos de la persona con discapacidad física e intelectual ha variado con el paso de los años, anteriormente veíamos que las personas eran relegadas a su hogar, sin posibilidades de socializar y mucho menos opciones laborales, esta condición día a día va mejorando, y los gobiernos van tomando mayor conciencia de implementar políticas tendientes a que las ciudades sean lugares más amables hacia la persona que vive con una discapacidad. Encontramos personas con discapacidad ocupando cargos importantes en la política, empresarios destacados, músicos, deportistas, artistas etc. (p.3.).

Existen diversas causas por las cuales se presenta la discapacidad física; factores congénitos, hereditarios, cromosómicos, por accidentes o enfermedades degenerativas, neuromusculares, infecciosas o metabólicas entre muchas.

Tipos de Discapacidad Física según Sierra (2012):

- *LESIÓN MEDULAR Es un daño que se presenta en la medula espinal puede ser por una enfermedad o por un accidente y origina perdida en algunas de las funciones movimientos y/o sensibilidad.*
- *ESCLEROSIS MULTIPLE Es una enfermedad fundamentalmente inmunológica, en la cual se produce una suerte de alergia de una parte del sistema nervioso central, afectando los nervios que están recubiertos por la capa de mi...*
- *PARALISIS CEREBRAL Es un conjunto de desórdenes cerebrales que afecta el movimiento y la coordinación muscular. Es causada por daño a una o más áreas específicas del cerebro, generalmente durante el desarrollo fetal... Esta es el principal área de trabajo sobre el que ASPACE basa su intervención, tanto con personas que la han adquirido desde su nacimiento, o por el contrario, por algún accidente que les ha supuesto.*
- *MAL DE PARKINSON Entre las enfermedades neurológicas, el Mal de Parkinson (MP) ocupa el cuarto lugar en incidencia. Es una de las afecciones más antiguas que conoce la humanidad y recibe su denominación del médico...*
- *ESPINA BIFIDA Malformación congénita manifestada por falta de cierre o fusión de uno o varios arcos posteriores de la columna vertebral, con o sin exposición de la médula espinal.*
- *DISTONIA MUSCULAR Es un síndrome que consiste en contracciones musculares sostenidas en el tiempo. La mayoría de las veces causa torsiones, movimientos repetitivos y/o posturas anómalas. (p.4.).*

Por otro lado, respecto a la discapacidad intelectual "La discapacidad intelectual es una discapacidad caracterizada por limitaciones significativas tanto en el funcionamiento intelectual como en la conducta adaptativa, expresada en habilidades adaptativas conceptuales, sociales y prácticas. Esta discapacidad se origina antes de los 18 años". (Luckasson y cols., 2002, citado en Verdugo 2003).

Esta definición asume que:

- Con los apoyos apropiados, la conducta adaptativa a menudo mejorará.
- Reconoce que las limitaciones coexisten con puntos fuertes y, por tanto, aquéllas son sólo una parte del cuadro total de funcionamiento global de la persona.
- Elimina las anteriores categorías - ligero, moderado, severo y profundo- a favor de un nuevo modelo que categoriza los apoyos requeridos, no al individuo. Pero en determinadas ocasiones puede clasificarse en función de su rango de CI.
- Considera la intensidad y el patrón cambiante de los apoyos requeridos a lo largo de la vida.
- Evalúa a la persona utilizando un enfoque multidimensional (capacidad intelectual, conducta adaptativa, participación, interacción y rol social, salud, contexto).

Godoy et al. (2007) “afirman que en la base de toda discapacidad intelectual, existen limitaciones en el funcionamiento cognitivo de la persona originadas por distintos factores causales, de orden personal o ambientales, que pueden ejercer su acción en diferentes momentos, más o menos críticos, del desarrollo del individuo. Estos factores causales pueden ser:

- Genéticos: se diagnostican generalmente en etapas tempranas y en ocasiones en la vida intrauterina. Por ej. El Síndrome de Down, Síndrome de West, desórdenes metabólicos entre otros.
- Del embarazo: agentes tóxicos (ingesta de alcohol, drogas, enfermedades virales, diabetes, infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), traumatismo por caídas o accidentes.
- Del parto: prematuridad (condicionada por el peso de nacimiento o edad gestacional) hipoxias, traumas.
- De la primera infancia: enfermedades virales que afectan el sistema nervioso central, (meningitis, encefalitis, entre otras), intoxicaciones, traumatismos, desnutrición extrema.

- Socio-culturales: Situación de extrema pobreza, maltrato infantil, ambiente carenciado de afectos y estímulos, deficiente cuidado de los niños, inadecuado tratamiento médico”. (p.9.).

3.1.1. ¿Por qué el concepto de diversidad funcional?

En relación con el sub apartado 3.1.2. en el que se explican los modelos teóricos acerca de la diversidad funcional, a lo largo de este trabajo se está repitiendo de manera constante el concepto diversidad funcional, en lugar del más conocido comúnmente hasta el momento como personas con discapacidad.

A lo largo de la historia, han existido y siguen existiendo distintos colectivos que sufren discriminación en función de condiciones tan diversas como ser mujeres, inmigrantes, por su orientación sexual, religión...entre muchos otros. Esta discriminación, también se encuentra presente en el colectivo que protagoniza este trabajo, por lo que es necesario dejar constancia de este hecho así como la importancia del lenguaje a la hora de referirnos a él y las connotaciones que adquieren a través de nuestro modo de hablar.

No hace falta echar la vista muy hacia atrás para observar cómo se ha hecho referencia a este colectivo a la hora de referirnos a él, y como mayor prueba de ello, se encuentran múltiples documentos gráficos y electrónicos que se han ido recopilando en la elaboración de este trabajo, los cuales hablan de estas personas en términos como: *retraso mental, deficiencia mental, minusvalía psíquica, subnormalidad o personas con discapacidad, entre otros*. No es menos cierto, que este último término listado, es el más utilizado en la actualidad e incluye la denominación de este colectivo como personas, la cual anteriormente no se recalcaba. Sin embargo, haciendo referencia a este hecho Romañach y Lobato (2005) afirman que “las palabras o términos llevan asociados ideas y conceptos, y que esta correspondencia no es azarosa sino que representan valores culturalmente aceptados del objeto o ser nombrado. Estos valores se transmiten en el tiempo utilizando las palabras como vehículo”. (p.1).

En nuestro día a día, podemos observar este hecho, con realidades tan palpables como las plazas de aparcamiento, baños para minusválidos, etc. Este término de minusválido, no hace más que reforzar el concepto de que las personas con diversidad funcional se encuentran menos capacitados, o que vale menos que una persona sin diversidad funcional. Esto se ve acrecentado con la función transmisora (Foro de Vida Independiente, 2005) que tienen los medios de comunicación en la sociedad de hoy en día, y que generan de forma indirecta la perpetuación de estos conceptos anticuados y despectivos con este colectivo. Por ello se utiliza en el trabajo este concepto de diversidad funcional.

Uno de los grandes objetivos que tiene este trabajo, no es otro que recalcar la importancia de utilizar un lenguaje inclusivo, por lo que siguiendo a Romañach y Lobato (2005) en España, se propone y comienza a utilizar la terminología Mujeres y Hombres con Diversidad Funcional.

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

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

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

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

3.1.2. Una breve contextualización, modelos históricos del análisis de la diversidad funcional.

Una vez presentado de forma breve la hipótesis a corroborar, así como los objetivos que se plantea la elaboración de este trabajo, y los conceptos de discapacidad y sexualidad, se pretende realizar una recopilación de los modelos que dan explicación al modo en que se ha concebido en la sociedad así como en las asociaciones en las que se encuentran en ocasiones institucionalizadas, las personas con diversidad funcional y de esta manera conocer la situación de desventaja en la que se encuentran respecto a otros colectivos.

Como afirma Muyor (2010), “a lo largo de la historia, han surgido diferentes modelos explicativos de la discapacidad, que abarcan ámbitos como la filosofía moral, la política, la sociología, la bioética, los cuales han tenido una notable influencia en las actuaciones políticas y en la construcción del imaginario social en torno a la discapacidad”. (p.12).

En un primer lugar, nos encontramos con la concepción de la diversidad funcional a través del prisma de la **religión**. Se ve al colectivo como una carga social por la cual la sociedad debe prescindir de estas personas, sometiéndolas a la marginación absoluta, ya que se consideran que la vida de las personas con diversidad funcional no debe ser vivida.

A partir de la II Guerra Mundial, al cual se le define como el **médico-rehabilitador**, asume que las causas de la diversidad funcional, al contrario de como se pensaba en el primer modelo, son de índole científica, concretamente en términos de

salud o ausencia de enfermedad. La atención de este colectivo a través de este modelo se basa en la consecución por parte de la persona con diversidad funcional, una serie de habilidades o destrezas que le permitan “normalizarse” respecto a las personas sin ningún tipo de discapacidad.

Por último, el tercer modelo al que se denomina como **social**, asume que las causas de la diversidad funcional, vienen dadas por la estructura de la sociedad en la que vivimos. Esta concepción, asume que es la sociedad la que no plantea de forma adecuada el poder cubrir las necesidades de las que requiere este colectivo. A su vez, afirma que este modelo no debe dirigirse a las personas con diversidad funcional de manera individual sino, que las respuestas deben estar pensadas y diseñadas para cubrir las necesidades de todos.

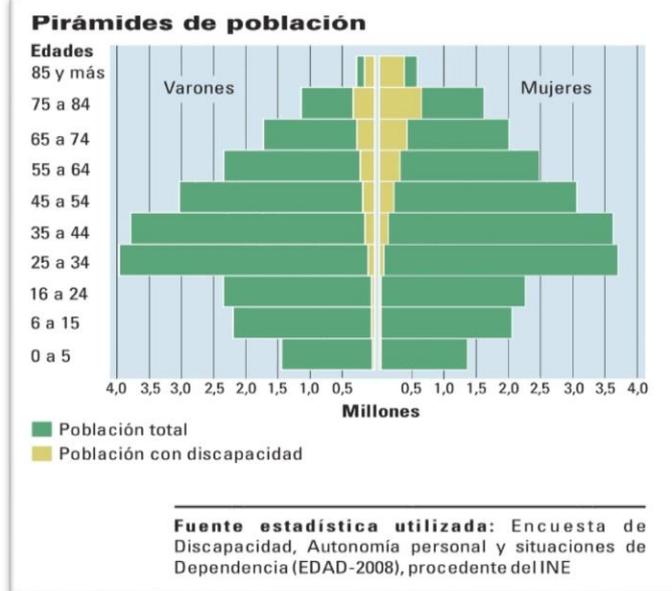
Entrado ya el siglo XXI, en Muyor (2010) se indica que aunque en algunas instituciones siguen predominando los modelos médico-rehabilitador y bio-psico-social, los cambios sociales y la democratización progresiva están facilitando que los sectores tradicionalmente discriminados alcen sus voces, pues el perfeccionamiento de los sistemas de diagnóstico de la discapacidad intelectual desde una perspectiva eminentemente orgánica responde claramente a la medicalización de las condiciones de vida de las personas, e incluso de su propia identidad.

3.1.3. Una panorámica de la discapacidad en España.

Resulta imprescindible realizar un breve recorrido por la situación en la que se encuentran las personas con diversidad funcional en la actualidad para poder situarnos en la realidad de estas personas, y conocer de mano de los propios protagonistas así como de otros informantes para conocer en qué momento nos encontramos. En el año 2008, a través del INE con el apoyo del Ministerio de Sanidad y Política Social y el sector de la discapacidad, a través de la Fundación ONCE, del CERMI (Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad) y la FEAPS (Confederación Española de Organizaciones en favor de

las Personas con Discapacidad Intelectual), se llevó a cabo la encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia, a partir de ahora (EDAD-2008). Por tanto esta encuesta nos permite conocer la situación reciente en la que se encuentran las personas con diversidad funcional en España que son nuestra población diana, aunque posteriormente nos centraremos más concretamente en las de Valladolid.

Gráfico 1. Pirámide de Población España



INE (EDAD-2008)

Esta encuesta analiza múltiples factores que condicionan la vida de las personas con diversidad funcional en su día a día, por lo que nosotros nos centraremos en aquellos aspectos que pueden resultar más relevantes para nuestra relación con las necesidades afectivo-sexuales de

este colectivo. Por ello, nos vamos a centrar en aquellos apartados en los que se justifica el porqué de este trabajo.

En primer lugar, hay que hacer referencia al número de personas que en España padecen algún tipo de diversidad funcional de manera que se pueda observar que es un colectivo de un gran peso en la sociedad, ya que supone que en el año 2008 hay casi 4 millones de personas residentes en hogares (más adelante nos centraremos en aquellos que residen en instituciones), es decir, cerca de 1 de cada 10 personas en nuestro país, presenta algún tipo de diversidad funcional (INE, 2008).

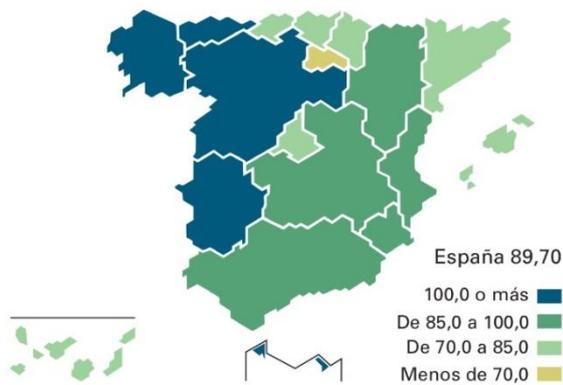
Como se puede observar en el gráfico 1. El porcentaje de personas con diversidad funcional aumenta a medida que es mayor la edad de la población. Este es uno

de los elementos importantes por lo que este trabajo se centra en la población con diversidad funcional de las personas de Valladolid. A su vez, es palpable el mayor número de mujeres que padecen algún tipo de diversidad funcional (59,8%) de la población total según el INE siendo esta considerablemente importante en la franja de los 75 a los 84 años. Este dato, es un claro ejemplo de que las mujeres, a mayores de la discriminación que sufren por el hecho de serlo, tienen la cuestión añadida de la diversidad funcional.

Gráfico 2. Tasas de discapacidad por CC.AA.

Tasas de discapacidad

(Personas de 6 y más años con discapacidad por mil habitantes)



INE (EDAD-2008)

Esto nos lleva al siguiente gráfico, el cual nos demuestra como nuestra comunidad autónoma (Castilla y León) es una de las más envejecidas, y por lo tanto, con una de las mayores tasas de diversidad funcional, lo que nos hace entender el hecho de que en nuestra comunidad y por

tanto, en nuestra ciudad, hay un mayor número de personas que sufre algún tipo de discriminación por su diversidad funcional.

Por último, y en relación con la hipótesis que plantea el trabajo para corroborar si existe o no un tabú en las organizaciones que trabajan con personas con diversidad funcional, es necesario, conocer el número de personas que se encuentran institucionalizadas en ellas, para conocer de forma real, de qué volumen de personas estamos hablando.

Gráfico 3. Personas con diversidad funcional residentes en centros.

Residentes en centros

	Miles de personas con discapacidad	% Mujeres
Total	269,1	65,2
Centros residenciales para personas mayores	216,2	70,9
Centros para personas con discapacidad	35,9	37,1
Hospitales psiquiátricos y geriátricos	17,1	52,6

INE (EDAD-2008)

3.1.4. Mujer y diversidad funcional como factor exponencial en la exclusión de este colectivo.

En este trabajo, se está hablando continuamente de personas con diversidad funcional sin concretar, de forma general y sin distinguir entre géneros. Sin embargo, se considera de gran importancia dedicar un apartado a la situación de las mujeres con diversidad funcional, ya que si ya de por sí, estas sufren discriminación por el simple hecho de ser mujeres, en este caso, se añade una barrera más en el camino de la integración social. Al hablar de discriminación o de exclusión respecto al colectivo de la mujer con diversidad funcional (Amate, 2006) es la manifestación por parte de la sociedad de un autoritarismo bajo la forma de un tratamiento desigual para aquellas personas o colectivos que son distintos, y las mujeres con diversidad funcional lo son.

La OMS, en el 2011, las mujeres con diversidad funcional tienen una mayor dificultad a la hora de acceder a los servicios sanitarios, menor acceso al sistema educativo y económico y tasas más altas de pobreza. Es un tema del que se pueden desarrollar múltiples reflexiones, sin embargo, nos vamos a centrar en el objeto fundamental de este trabajo que es conocer la situación de este colectivo en lo que a necesidades afectivo/sexuales se refieren.

En la IV Conferencia Mundial sobre las Mujeres desarrollada en Pekín, se acordó que los derechos sexuales incluyen el derecho humano de la mujer a tener control respecto de su sexualidad, incluida su salud sexual y reproductiva y a decidir libre y responsablemente, sin verse sometida a coerción, discriminación o violencia.

Este es un ejemplo de declaraciones, convenciones y legislación en la que se incluye aspectos relacionados derechos sexuales y reproductivos de las personas. Cabe destacar la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la mujer, que aborda un aspecto que hasta ese momento no se había tenido en cuenta como la reproducción humana y las consecuencias de los factores culturales en las relaciones entre los sexos. Sin embargo, si tratamos de analizar si se ha puesto en práctica, esto no se produce del modo que se propugna en dichas leyes anteriormente mencionadas.

Es palpable en la sociedad, que siguen existiendo prejuicios y trabas por parte de las familias y del entorno comunitario. Como afirma Díaz (2013), “la situación se recrudece todavía más cuando hablamos del derecho de las mujeres con discapacidad a ser madres y decidir, por consiguiente, el número de hijos que quieren tener y cómo y cuándo hacerlo”. (p.54). Esto es también, porque culturalmente ha existido, y sigue existiendo un gran miedo al embarazo y lo que ello supone ya que se ha infravalorado las habilidades de cuidado por parte de las familias, médicos y en última instancia las propias madres con diversidad funcional, que ven cómo se encuentran rodeadas de un entorno en el cual todo es adverso para poder ser madres de forma libre.

3.2. La sexualidad y su desarrollo en las personas con diversidad funcional.

3.2.1. Concepto de sexualidad.

A la hora de definir la sexualidad, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2011), la sexualidad es 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 vivencia 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. (OMS, 2011).

La sexualidad es el conjunto de condiciones anatómicas, fisiológicas y psicológico-afectivas del mundo animal que caracterizan cada sexo. También es el conjunto de fenómenos emocionales y de conducta relacionados con el sexo, que marcan de manera decisiva al ser humano en todas las fases de su desarrollo.

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

Cobo (2012), afirma que la sexualidad tiene tres funciones: comunicación, placer y procreación.

- La comunicación es la dimensión relacional: interacción y expresión de emociones, sentimientos y afectos. La comunicación puede ser expresada verbal, gestual o por contacto dérmico.
- El placer es la función más cercana a la esencia del individuo y la más oscurecida culturalmente, suele ser conocida también como la dimensión recreativa. Es la más creativa y lúdica y la que permite al ser humano expresarse como individuo o con su pareja de forma libre y creativa.
- Mientras que por último, la procreación, conocida también como dimensión reproductiva, ha sido la función más usada para justificar la conducta sexual o para asustar a las personas de las nefastas consecuencias de la actividad sexual. Esta dimensión obliga a tomar decisiones de responsabilidad a la hora de elegir tener o no tener descendencia.

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

- Sexuación: se refiere a construirse como hombre o como mujer, es decir, determinados modos de ser machos o determinados modos de ser hembras. La sexuación es fundamentalmente soporte biológico que sirve al propósito diferenciador, y a través de ella nos hacemos sexuados.
- Sexualidad: las vivencias personales, cómo nos vemos, sentimos y vivimos el ser sexuados. Es una categoría subjetiva, por lo que su principal característica es su pluralidad, ya que hay tantas sexualidades como personas. La sexualidad es fundamentalmente conciencia, significación y vivencia subjetiva de la condición sexuada.
- Erótica: es la forma de expresar lo anterior, lo que somos y lo que vivimos, con múltiples formas de expresión y que es personal y particular. Está influida por los valores y creencias, la forma de pensar y de entender las relaciones sexuales y las relaciones de pareja, los sentimientos y la importancia de la relación de pareja. Con todo ello, surge una erótica propia

e individual con la que la persona debe sentirse bien: los deseos, las fantasías, los gestos, las conductas, las caricias, el abrazarse, el coger de la mano, el coito... La erótica es fundamentalmente acción y es interacción con “otros” -reales o simbólicos- que son “distintos y diferentes” a mí.

3.2.2. La sexualidad como dimensión inherente a la diversidad funcional.

Una vez introducido el primer concepto de las personas con diversidad funcional, es necesario a continuación presentar el segundo componente que fundamente la elaboración de este trabajo.

La sexualidad es un aspecto central del ser humano (OMS, 2006) 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 vivencia 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.

Atendiendo a esta definición, hemos de hacer referencia a la declaración de derechos sexuales, como derechos humanos fundamentales y universales. A nivel internacional se cuenta con el marco legal de la “Carta de los Derechos Sexuales” de las personas con discapacidad de (Sha’ked 1981 citado en Torices y Ávila, 2007) cuyos derechos declarados son:

1. Derecho a la expresión de su sexualidad: fantasías, masturbarse, decidir si tienen relaciones sexuales o no.
2. Derecho a enseñar a respetar su cuerpo y que hay conductas que deben hacerse en privado y otra no.
3. Derecho a jugar con la imaginación para buscar nuevas sensaciones de placer a través del oído, tacto, olfato, gusto y vista.

4. Derecho a la intimidad: formar una persona capaz de tomar sus propias decisiones coherentes y responsables.
5. Derecho a información sobre su sexualidad: buscar medios para que la persona viva su sexualidad de forma satisfactoria. En intelectual: educación adaptada a su nivel cognitivo (que le permita asimilar) y a su nivel social (ejecutar), para desarrollar una relación de respeto con los demás, posibilitar relacionarse con sus iguales, poder responder adecuadamente a las exigencias sexuales de su entorno, alcanzar en la medida de lo posible una autonomía que le permita vivir en pareja, usar métodos anticonceptivos, ser independiente y ejercer la paternidad/maternidad.
6. Derecho a acceder a los servicios de salud: programas de atención a la salud sexual (prevención ITS, asesoría métodos anticonceptivos, ejercicio de la maternidad/paternidad, asesoría genética y sexo-terapéutica...).
7. Derecho a escoger el estado civil que les convenga: miedo a no adquirir las habilidades necesarias.
8. Derecho a la paternidad/maternidad: informar y explicar sobre las dificultades.
9. Derecho a desarrollar sus potencialidades: posibilidad de tener una vida de adulto de calidad.

Atendiendo a estos derechos que sobre el papel no se distinguen entre personas con diversidad funcional y sin ella, hay que recalcar que la sexualidad es una habilidad inherente de los seres humanos que no queda anulada por la discapacidad intelectual, pudiendo ser educada la conducta sexual de estas, de la misma manera que lo es cualquier tipo de conducta. Las personas con discapacidad tienen derecho a una educación integral que incluya también la educación sexual, adaptándola al tipo de discapacidad que tenga cada persona. Por tanto, el desarrollo sexual de las personas con discapacidad intelectual difiere muy poco del desarrollo de las personas sin tal discapacidad. Mientras que los desfases en otros aspectos de la vida psíquica, emocional y social son muy llamativos, el desarrollo del impulso sexual no está demasiado retrasado

respecto a las personas de su misma edad cronológica (Navarro 2000, citado en Bermejo 2010).

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

Añadido a esto, según señalan Torices y Ávila (2007), la sociedad tiende a elaborar mitos acerca de comportamientos que no acepta o entiende y alrededor de personas que pertenecen a un grupo aislado, marginado o minoritario, los cuales tienen por base el desconocimiento y la falta de información objetiva, o historias y tradiciones que no coinciden con los hechos reales.

Todos estos hechos conllevan que las personas con diversidad funcional sufran la problemática dualidad de enfrentarse a la problemática que supone la sexualidad humana, la cual se sigue viendo como algo oculto, fuera de la vida pública y reservado para espacios íntimos, con la propia diversidad funcional, lo que la sociedad ve como una circunstancia fuera de la normal, y es esta combinación la que dificulta de manera tan grave su propio desarrollo de la personalidad.

3.2.3. El papel de las familias y de los educadores en el favorecimiento de la sexualidad de las personas con diversidad funcional.

Las personas con diversidad funcional, por lo general muestran dificultades a la hora de relacionarse con los demás, así como la capacidad de socialización de las necesidades que demandan. Es por ello, que resulta innegable la importancia que adquieren tanto las familias como los educadores de las organizaciones en las que se encuentran institucionalizadas las personas con diversidad funcional. De acuerdo con García (2009), para que esta intervención sea efectiva es importante consensuar criterios entre los profesionales que estén en contacto en los diferentes momentos con los usuarios y usuarias. Para lograr este contrato educativo es esencial que intentemos entender a la familia, y que no juzguemos

ni actitudes ni comportamientos. Nosotros debemos fomentar la reflexión y no hay comunicación no podemos realizarlo. (p.71).

Respecto a las familias, podemos encontrarnos con dos tipos de respuestas. Hay familias que adquieren una actitud facilitadora (López, 2011) los padres y las madres que apoyan el desarrollo afectivo-sexual de sus hijos e hijas son aquellos que actúan como adecuadas figuras de apego (confían en sus hijos e hijas, los estiman y les proporcionan los afectos; son incondicionales y eficaces en sus cuidados, y respetan la intimidad de la persona).

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

Sin embargo, existen muchas ocasiones en las que como afirma esta misma autora, unos padres y madres que obstaculizan el desarrollo afectivo-sexual de sus hijos son aquellos que reprimen sus manifestaciones sexuales como si fueran algo sucio, les impiden hablar o preguntar sobre el tema, no contestan sus preguntas, les dan una explicación excesivamente técnica o desadaptada a su nivel de comprensión, ofrecen más información de la que demandan y castigan o engañan sobre lo que les puede ocurrir si realizan determinadas conductas sexuales.

Respecto al papel de los profesionales (Cobo, 2012) encontró que debe ser resolutivo, tener un pensamiento positivo y actitud proactiva, debe siempre abrir puertas que generen nuevas iniciativas familiares, no dar nada por sentado,

evitar actitudes defensivas, proteger la intimidad y confidencialidad, ofrecer a las familias herramientas de resolución de conflictos y posibilidades de interacción con su hijo o hija, dejar espacio tanto para el diálogo como para los silencios y tener disponibilidad en la medida de lo posible. Además, los y las profesionales deben actuar como un apoyo en el que consultar dudas, temores, obtener información, más allá del propio rol profesional de cada uno: psicólogo/a, trabajador/a social, etc. y no caer en el error de sustituir en la toma de decisiones. Además, debe promover la accesibilidad informativa para que las personas conozcan las posibilidades de ayuda que tienen a su alcance, debe conocer, informar y asegurarse de que se ha entendido la información acerca de la red de recursos, servicios y apoyos disponibles y, utilizar modelos que ofrezcan un soporte fundamentado, más allá de la opinión subjetiva, exactamente, el biográfico profesional.

Estos son algunos de los objetivos que deben tener los profesionales de las organizaciones que trabajan con personas con diversidad funcional. Esto lleva a que según afirma Perdomo (2013), algunas de las barreras puestas por los profesionales son:

- Generalizaciones inadecuadas y estereotipos: los mitos, prejuicios, y generalizaciones inadecuadas, la actitud es la barrera más difícil de romper y conlleva a una escasa sensibilidad humana, y deteriorar la cualificación del profesional.
- Contundencia y seguridad en consideraciones y juicios: esto dificulta el diálogo, entendimiento y avance con las familias, la postura debe ser neutra, de mediadores y proporcionando el apoyo necesario en cada caso. Además, se debe evitar la “jerga” profesional que complica la comunicación y deteriora la relación con los familiares.
- Los padres y madres son adversarios/as: muchos/as profesionales creen que sus intereses son contrapuestos a los de las familias, y adoptan una actitud defensiva que impide la colaboración.

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

3.2.4. Experiencias que se están llevando a cabo con personas con diversidad funcional en el ámbito sexual-afectivo.

Debido a las dificultades antes las que se encuentran las personas con diversidad funcional a la hora de acceder a una sexualidad plena y libre en diversos países de Europa como Suiza, Holanda, Dinamarca y Francia se están llevando a cabo desde hace 20 años la figura del asistente sexual. El campo de acción de la asistencia sexual es claro: ayudar a suplir el "vacío" y/o proporcionar espacios para ampliar sus experiencias en materia sexual a personas o parejas con diversidad funcional o discapacidad.

Sin embargo y de acuerdo con la afirmación de Navarro, S. (2014), "la figura del asistente sexual no debe solicitarse como terapia o como una solución de inactividad sexual, que quizás es voluntaria; debe existir, precisamente, para atender una necesidad que no puede satisfacerse de ninguna otra forma".

En la actualidad, en España apenas existen experiencias o acciones que se estén llevando a cabo para que las personas con diversidad funcional puedan cubrir sus necesidades afectivo-sexuales de forma plena, libre y feliz. Esto es uno de los hechos que refuerzan la idea de que en la actualidad sigue existiendo un gran tabú en la sociedad y en las organizaciones españolas acerca de la sexualidad de las personas con diversidad funcional. Es notable la existencia aún de vestigios religiosos del pasado que hacen que la sexualidad de este colectivo siga siendo visto con recelo.

La asistencia sexual en diversidad funcional, ya es una realidad con más de 20 años de experiencia en Alemania, Suiza, Holanda, Dinamarca, Francia está en proceso de legislarla, etc.; aseverando la viabilidad de la propuesta. Muchos

Estados consideran la asistencia sexual como un servicio más a favor de la salud integral, cubriendo los costes en su totalidad, o financiando emprendimientos de asociaciones, en tal sentido. Sin embargo, en muchos otros países, el tema es completamente desconocido o rechazado sin las previas y necesarias consideraciones.

Profesiones en torno al sexo –más allá de la prostitución– datan de épocas remotas; sin embargo, en pleno siglo XXI muchas siguen sonándonos discordantes, aun aquellas que se ejercen en un marco de acompañamiento terapéutico.

Según Navarro, S. (2014) la "asistencia sexual" o "acompañamiento de la vida sexual" de las personas con diversidad funcional o discapacidad (motriz, intelectual, psíquica o sensorial) consiste en una propuesta remunerada, que aborda el ámbito de la atención sensual, erótica y/o sexual de éste colectivo. Un medio de acción para mejorar la vida sexual y emocional, tanto de un individuo, como de su pareja; mayores de edad que, independientemente de su género o elección sexual, deciden optar por éste acompañamiento.

Suele reducirse equivocadamente el acompañamiento sexual en discapacidad, a "la humanidad y compasión" de algún compañero/a ocasional, ya sea en instituciones o dentro del ámbito familiar.

Sin embargo, el acompañamiento sexual, lejos de ser "un catálogo de prestaciones definidas", propone un apoyo en consonancia con las emociones y las expectativas sensorial y erótica de las personas beneficiarias que lo reciben. Los "cuidados eróticos" designan una práctica que puede ir desde caricias sensuales hasta la penetración, abriendo un amplio abanico que incluye acariciar, tocar y ser tocado, el contacto corporal, disfrutar de un masaje, la excitación sexual, juegos eróticos, facilitar –a instancias suyas– el acto sexual a una pareja que no puede lograrlo sin ayuda; la masturbación...

El marco ético de este enfoque se basa en el respeto mutuo, la conciencia sobre el papel sutil de terceros en la ejecución de estos beneficios, y el pleno respeto

de la intimidad del momento compartido. Los objetivos de la asistencia, están relacionados con los valores humanistas/sexuales, y el empoderamiento de la persona actual. Cualquiera que sea la opción elegida, es imprescindible proponer un diálogo sincero entre todas las personas implicadas, y llegar a un acuerdo previo.

La asistencia o acompañamiento sexual en diversidad funcional o discapacidad procura promover:

- La independencia en la búsqueda y elección de el/la pareja afectiva de cada persona (con o sin diversidad funcional) pretendiendo ser un recurso ocasional o alternativa viable, para aquellas que por diversos motivos, no se encuentran satisfechas con su vida sexual y afectiva.
- La formación específica y profesional en asistencia sexual o acompañante de la vida emocional y afectiva de las personas con diversidad funcional.
- Un servicio de información y asesoramiento, destinado a las personas con diversidad funcional o discapacidad, a sus parejas, familiares y personas de su entorno social o institucional.

Y entonces, ¿Qué es un asistente sexual?

Según propone Navarro, S. (2014), el hombre o mujer que trabaja de asistente sexual es una persona que, habiendo superado la formación básica en asistencia sexual, elige especializarse en el apoyo a la vida sexual de las personas con diversidad funcional; por voluntad propia. Su trabajo es hacer que mujeres y hombres con discapacidad accedan a la experiencia de la intimidad sexual.

El rol del asistente sexual es responder a todas las necesidades y deseos de la persona o pareja con diversidad funcional; previamente concertados. No son parejas afectivas (excepto que así sea decidido por ambos) de las personas a las que acompañan.

El/la asistente sexual propicia:

- El escuchar para conocer y evaluar las necesidades de la persona a la que acompañará. Considera, por ejemplo: las posibilidades de una persona

paralizada de pies a cabeza; cuya sexualidad no sólo se resume a la masturbación, ni se centra en sus órganos genitales. La ayuda sexual es mucho más amplia, sutil, compleja y delicada. Con una persona tetrapléjica, que no puede sentir nada de la cintura para abajo, tratará de descubrir las zonas de placer en otras partes del cuerpo, por ejemplo: redescubrir el orgasmo con una caricia en el oído.

- La autoestima y el reconocimiento corporal. Muchas mujeres con discapacidad expresan su temor de "no ser bellas", mientras que muchos varones temen "no ser lo suficientemente buenos en sus relaciones afectivo-sexuales". El/La asistente sexual reforzará la auto-imagen corporal y afectiva, en un camino de aprendizaje hacia nuevos y más placenteros roles de género.
- El acompañamiento tanto a la persona que asiste, como así a sus familiares. Por ejemplo, ante un varón que suele mostrar una conducta violenta o autolesiva al no saber cómo autosatisfacerse: el/la asistente sexual sugerirá recursos a sus progenitores para que puedan superar inseguridades al tener que enfrentarse con la sexualidad de sus hijos, y así beneficiar la independencia y la intimidad de ambos.
- La relación entre una pareja en la que ambos presentan una dolencia que los inhabilita para hacerlo de manera independiente. En estas situaciones, el/la asistente acomoda en la posición correcta a la pareja. Luego, respetará su espacio de intimidad, pero estará atento/a a sus requerimientos. En una discapacidad grave, incluso la masturbación puede ser problemática. Algunas personas con autismo jueguean compulsivamente con sus genitales; sin llegar a la eyaculación, por miedo o por no contar con los medios ni el aprendizaje previo para lograrlo. El/La asistente sexual arbitrará los medios para satisfacer mejor las necesidades individuales de la persona con discapacidad, proporcionando alternativas seguras y satisfactorias.

Los paradigmas sociales respecto de la sexualidad en personas con diversidad funcional o discapacidad:

- Afirmación 1: Todas las personas desean para sí una vida sexual y emocional armoniosa y placentera
- Afirmación 2: Los Derechos Humanos pronuncian el derecho a la privacidad
- Afirmación 3: El sexo es una de las partes más íntimas de la vida privada
- Paradigma: las afirmaciones se vuelven delito si usted presenta una discapacidad

En la actualidad, es claro que la asistencia sexual encuentra numerosos obstáculos y opositores, en la medida que consideran que se trata de una forma de prostitución, abuso o comercio. La asistencia sexual en diversidad funcional puede legitimar estar disociada de la prostitución, entre otras razones, por el hecho de necesitar una formación y un encuadre, y por estar restringida en cuanto a su objetivo: las personas con discapacidad, lo que no necesariamente criminaliza el trabajo sexual o prostitución.

En conclusión, el apoyo y acompañamiento a las personas o parejas con diversidad funcional que decidan hacer valer sus derechos sexuales y vivenciarlos, debe centrarse necesariamente en el deseo y la decisión de estas personas, propiciando una sociedad inclusiva donde se reconozca la identidad sexual de cada cual (con o sin diversidad funcional o discapacidad) desde la aceptación de la libre expresión diversa.

Todo derecho negado debe ser reivindicado y ganado en la sociedad toda. El derecho a la sexualidad de las personas con diversidad funcional ha sido encubierto de mitos y tabúes, de ángeles y demonios, de pecados y delitos. Es tiempo de protagonizar el cambio, aun a riesgo de errores o críticas. La sexualidad es una condición de vida, y no de supervivencia. ¿Estamos dispuestas y dispuestos como sociedad a involucrarnos en éste cambio? La sexualidad en diversidad funcional existe, y no es un pecado a purificar.

3.3. La sexualidad de las personas con diversidad funcional y su relación con el Trabajo Social.

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

Afirma que los Trabajadores Sociales, aunque desempeñen sus tareas en el ámbito sanitario, laboral o de los servicios sociales, están realizando funciones en el campo de la educación (sobre todo en lo que se refiere a la educación no formal e informal (Nogal, 2007). Desde una visión de la profesión menos dependiente del tipo de vínculo formal y más abierta a las necesidades educativas generales de la población, las funciones de un/a trabajador/a social serían las siguientes: detectar y difundir los recursos existentes en la zona de actuación, la elaboración del mapa de necesidades y recursos, colaborar en la elaboración de los Proyectos Educativos de Centros (condiciones socioculturales del entorno y los aspectos sociales y familiares del alumnado), contribuir a la potenciación de la acción tutorial, información y orientación a los padres, detección y valoración social funcional de alumnos con necesidades educativas especiales, colaborar en la realización de adaptaciones curriculares para el alumnado que lo precise, facilitar información al profesor tutor en relación a los aspectos sociales y familiares de los alumnos, realización del estudio y valoración social y familiar de los alumnos, derivar y canalizar adecuadamente, según la demanda y necesidades detectadas, apoyo a las familias desestructuradas, orientaciones y pautas de actuación en situaciones problemáticas, individuales o grupales y colaboración en las funciones generales transdisciplinar de equipo. (Espinoza, Mateo y De Felipe 1990, citado en Puyol y Hernández 2009).

Siguiendo a Torices y Ávila (2007), la educación es una fuente de socialización muy importante que se aplica, tanto desde la educación formal (en la escuela) como de

la educación informal (la familia, medios de información y los/ las amigos/ amigas). Por lo tanto, desde cualquiera de los ámbitos educativos nombrados (formal e informal) o desde la educación no formal, esta última citada por Puyol y Hernández (2009), se puede realizar la educación afectivo-sexual.

No obstante, el reto de la educación afectivo-sexual es establecer y llevar a la práctica, una educación formal, considerando las diversas disciplinas que intervienen para dar una información objetiva y científica, dirigida a toda persona sin distinción de género. La educación sexual desde la educación formal palía las deficiencias de una educación sexual llevada a cabo desde el ámbito informal donde la familia en ocasiones puede ser una fuente de generación de actitudes y comportamientos en las personas marcados por los roles de género asignados a hombres y mujeres (Torices y Ávila, 2007).

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

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

4. TRABAJO DE CAMPO.

En la sociedad existe un tabú con relación a la sexualidad en las personas con diversidad funcional que impide a este colectivo un desarrollo completo de su sexualidad provocando un elemento más de discriminación y de deterioro en su experiencia vital. Una vez realizada una recopilación bibliográfica acerca del objeto de este trabajo, se pretende corroborar si en dos de las organizaciones que trabajan con personas con diversidad funcional de Valladolid más representativas como son ASPACE (Valladolid) y ASPAYM (Valladolid).

4.1. Metodología.

La metodología a utilizar para corroborar si se cumple la hipótesis planteada consta de dos partes. En primer lugar se va a llevar a cabo una serie de entrevistas que constan de 6 preguntas abiertas de tipo cualitativo a trabajadores/as de la asociación ASPACE Valladolid, por la que se les realiza cuestiones en torno al objeto del trabajo aquí presente para corroborar o no si existe el tabú acerca de que las personas con diversidad funcional tengan relaciones sexuales o no. Los profesionales a los que se ha realizado la entrevista ocupan puestos de: coordinación de voluntariado, educadores especiales, logopedas, fisioterapeutas, voluntarios, y trabajador social. Para ello se ha entrevistado a un total de 10 profesionales y 6 voluntarios. Los profesionales de ASPAYM y ASPACE se dividen en: 2 trabajadores sociales, 4 educadores especiales, 2 logopedas, 1 fisioterapeuta y la coordinadora de voluntariado. Respecto a datos demográficos, las personas entrevistadas se encuentran en una horquilla de edad que se sitúa entre los 18 y los 47 años. Respecto al sexo, nos encontramos con un predominio de mujeres ya que de las 16 personas entrevistadas nos encontramos sólo con 13 mujeres y 3 hombres. Las preguntas se realizan de forma no presencial, por correo electrónico ya que se comprobó que acudiendo a los centros mencionados anteriormente, los trabajadores/as no respondían con la misma libertad que si es de este modo.

4.2. Análisis de entrevistas y conclusiones.

Una vez realizadas las entrevistas a los diferentes profesionales que componen parte de la plantilla de ASPACE (Valladolid) y ASPAYM (Valladolid), así como a voluntarios/as de la primera, se han llegado a una serie de conclusiones que se pueden diferenciar de la siguiente manera:

1. En primer lugar, se ha corroborado que existen una serie de tabúes por parte de las personas que trabajan en ambas organizaciones. También hay que resaltar que por parte de todos los profesionales hay una clara voluntad de cambiar este aspecto pero se encuentran limitados por la falta de formación e información.

“Es un tema tabú, por lo que he comentado anteriormente: nuestra poca formación sobre el tema; no tener un claro protocolo a seguir con cada uno de los usuarios ni con sus necesidades específicas; verlo como algo poco natural o “raro” en estar personas por los prejuicios que tenemos en general, en nuestra sociedad...”

2. Estos tabúes son fruto de la falta de formación e información en materia de educación sexual por parte de los profesionales, así como la pertenencia a una organización que ve como la sexualidad de las personas con diversidad funcional sigue siendo un tema a evitar debido al gran desconocimiento que se tiene del mismo, por parte de los profesionales y las familias de las personas usuarias.

“Creo que intentarían “pasarlos por alto”; no prestarle mucha atención para que el/la usuario/a olvidara la idea. El motivo creo que es nuestro poco conocimiento del tema y buscar nuestra comodidad, eludiendo y evitando situaciones comprometidas”.

3. Al contrario que las personas pertenecientes a las organizaciones, las personas voluntarias de ASPACE a las que se les ha realizado la entrevista, han mostrado una completa ausencia de tabúes respecto a este aspecto, llegando a promover alternativas y cuestionando la falta de información que se sigue teniendo

respecto a que las personas con diversidad funcional puedan desarrollar una vida sexual plena y feliz.

“No lo sé, pero yo creo que sí, en parte porque el sexo sigue siendo un tema tabú en la sociedad en general, aunque cada vez menos; en parte porque es un tema que aún no ha empezado a tratarse con profundidad y puede que no se sepa cómo abordar este tema (de alguna forma que no sea reprimir esa necesidad afectivo-sexual)”.

4. Es reseñable también que ante la demanda por parte de alguno de las personas usuarias de poder acceder al ejercicio de su sexualidad, se prefiere obviar dicha necesidad esperando que con el paso del tiempo la misma desaparezca.

“Se le quitaría la idea de la cabeza, porque no lo ven como una necesidad real...”

5. Las familias de las personas usuarias de las organizaciones tienen, como es lógico, un gran peso a la hora de favorecer o no que las personas con diversidad funcional puedan satisfacer. Unido a ello, se encuentra la legislación existente en nuestro país a la cual la organización tiene que acatar.

“Que me haya llegado a mí en concreto solo lo ha planteado un usuario, lo cual fue transmitido a la familia que son los tutores legales y los que pueden hacer algo al respecto como con todas las terapias que necesitan los usuarios”.

6. Es destacable el hecho de que como afirman dos de las personas entrevistadas, en su organización no existe tabú respecto a la sexualidad de las personas con diversidad funcional. Estas dos personas ocupan dos de los cargos de mayor importancia dentro de la organización. Estas personas asumen que el hecho de que sea de extrema dificultad la capacidad de poder empezar a trabajar la educación sexual a las personas con diversidad funcional a los padres y madres de estas personas.

“Como centro creo que no hay ningún tabú, ahora creo que como familiares afectados costaría muchísimo empezar a poner en practica algo así”.

Tras el análisis de las entrevistas pertinentes, se puede afirmar a través de la realización de estas entrevistas, que hoy en día sigue existiendo una serie de tabúes

en dos de las organizaciones más importantes en el trabajo con personas con diversidad funcional, en la ciudad de Valladolid, debido a la falta de conocimiento y formación por parte de las personas profesionales de las organizaciones, las cuales no disponen de ella por el tabú existente en las organizaciones de plantear de forma abierta este asunto. A ello, hay que añadir la dificultad que presenta el hecho de que las familias de las personas usuarias de las organizaciones siguen viendo en la mayoría de los casos con recelo el favorecer que se implante una educación sexual en las organizaciones en las que se encuentran sus familiares con diversidad funcional. A pesar de ello, existe voluntad por parte de todos ellos en promover un cambio, por lo que sería necesario poder plantear el asunto en ambas organizaciones para comenzar la formación de los/las profesionales y poder lograr progresivamente la eliminación de estos tabúes. Para ello, se plantea importante el papel de los voluntarios que puedan funcionar como figuras reivindicativas, planteando a la organización la necesidad de atender estas necesidades hasta el momento olvidadas. Es también muy visible el hecho del apoyo que se tendría por parte de profesionales y personas voluntarias en el hecho de que se implantase en España de manera generalizada la práctica profesional del asistente sexual, aunque en varios casos se cita el hecho de que sería necesario una regulación de la misma de forma clara e inequívoca que permitiese delimitar correctamente las actuaciones de los mismos y evitar de este modo que se produjesen situaciones de abuso sobre las personas con diversidad funcional.

5. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN DESDE EL TRABAJO SOCIAL.

Una vez corroborado que se cumple la hipótesis de que en las organizaciones existen una serie de tabúes respecto a la sexualidad de las personas con diversidad funcional, nos planteamos la necesidad de introducir en las mismas el conocimiento a través del cual se pueda abrir una puerta a través de la cual las personas con diversidad funcional puedan plantear de forma abierta sus necesidades afectivo sexuales estableciendo un espacio de comunicación ausente de tabúes e impedimentos para su libre y correcto desarrollo.

Teniendo en cuenta la necesidad vital de promover el desarrollo de la sexualidad en las personas con diversidad funcional ya que durante mucho tiempo no se ha reconocido la sexualidad de la persona con diversidad funcional y aún en menor medida la sexualidad de la mujer con diversidad funcional, a la cual se la ha considerado como una eterna niña o llegando al extremo de ser poseedora de instintos sexuales exacerbados, con lo cual siempre se ha intentado reprimir esta dimensión de su persona. Todo ello ha promovido las principales peculiaridades de la erótica de estas personas, marcada por una deficiente socialización sexual y de un restringido acceso a un universo íntimo propio. Pero como hemos visto la sexualidad es un elemento que forma parte de la persona, es una dimensión más, y por tanto no la podemos hacer desaparecer, parece lógico, por tanto, que aceptemos y cultivemos dicha dimensión constitutiva de su personalidad, de su identidad, que conforma un vehículo de dimensiones afectivas y psicológicas, que es una forma de estar en el mundo y de relacionarse con los otros. Por todo lo que hemos planteado anteriormente es necesario desarrollar programas de educación sexual, con toda la población incluyendo las personas con diversidad funcional con especial atención por la invisibilidad que se les da en este aspecto y que se les niega en la mayor parte de las ocasiones en las organizaciones en las que se encuentran.

Dentro de los planteamientos de educación sexual García (2009) plantea que desde la sexología hablar de Educación Sexual es fundamentalmente hablar del Hecho Sexual Humano, es hablar de chicos y chicas, de hombres y mujeres que son sexuados, que se viven como sexuados y que se expresan y se relacionan como tales. Por eso el objetivo de la Educación Sexual no es otro que el contribuir a que esos chicos y chicas aprendan a conocerse, a aceptarse y a expresar su erótica de modo que se sientan felices.

En primer lugar, es necesario tener claro los objetivos con los que se pretende introducir la educación sexual en una organización ya que de no ser así, se pueden confundir las causas que motivan el hacerlo, provocando un conflicto entre los educadores y las familias.

Estos objetivos se encuentran en la guía de educación sexual y discapacidad elaborada por García (2009); que se desgranar del central citado anteriormente, tratan de:

- *Dar a conocer y comprender la aceptación personal de la sexualidad en todas sus dimensiones como fuente de placer, salud, afectividad y fecundidad.*
- *Tomar conciencia y aceptar la figura corporal.*
- *Desarrollar la autoestima.*
- *Comprender y conocer los mecanismos de la reproducción.*
- *Conocer y analizar el deseo sexual humano, su orientación y sus manifestaciones.*
- *Conocer los elementos básicos de la Respuesta Sexual y los afectos y emociones asociados.*
- *Reconocer las necesidades afectivas y su evolución.*
- *Desarrollar habilidades como la comunicación, la empatía, la expresión emocional que permitan vivir la erótica y las relaciones personales de manera adecuada.*
- *Aprender a reconocer las situaciones de riesgo del comportamiento sexual.*
- *Desarrollar estrategias personales y colectivas para el análisis y la resolución de problemas que se pueden presentar en torno a la sexualidad.*

Es en este último objetivo aquí donde aparece primordial el papel del trabajador social en la educación sexual de las personas con diversidad funcional, ya que es el punto de unión a través del cual puede lograr que los profesionales que trabajan en su día a día con este colectivo y sus familias tengan una comunicación plena y se aborden temas de educación sexual de forma natural. A través del trabajo de campo realizado se ha podido observar como las familias son una parte muy importante en la educación sexual de las personas con diversidad funcional, y cuentan con menos formación e información en muchas ocasiones que los profesionales. Añadido a esto, existe un estigma muy generalizado en la sociedad por el que las familias no son capaces si quiera de plantearse el hecho de que sus hijos empiecen a demandar el satisfacer sus necesidades afectivo-sexuales. Sin duda, la intervención desde el Trabajo Social debe versar sobre tres líneas fundamentales:

- En primer lugar hay que trabajar la comunicación entre profesionales y familias para que las familias puedan otro punto de vista más profesional que pueda resolver dudas que les surjan en la educación de sus hijos y les liberan además de la carga emocional que puede suponer para ellos el tener que explicar a sus hijos, situaciones que por falta de habilidades sociales, conocimientos o simples cargas morales no son capaces de plantear a sus hijos.
- En segundo lugar, los profesionales que trabajan con las personas con diversidad funcional se encuentran en muchas ocasiones frustrados e impotentes por el hecho de que a la hora de realizar su labor profesional, no son capaces de satisfacer todas las necesidades que les plantean los usuarios. Y esto genera una mayor ansiedad si el hecho de no poder satisfacer estas necesidades afectivo-sexuales es generado no sólo por la falta de conocimientos y recursos técnicos, sino por el encontrarse con que pertenecen a una organización en la que existe un tabú con este tema.
- En tercer y último lugar, el Trabajador Social tiene que trabajar por implicar a toda la organización en la normalización de la educación sexual de las personas con diversidad funcional. Es decir, crear una conciencia organizacional a través de la cual tanto, profesionales, usuarios y familias, caminen en una misma dirección con

Sexualidad y diversidad funcional, un tabú de nuestra sociedad.

el objetivo de favorecer la normalización sexual de este colectivo. De lo contrario, cualquier tipo de intervención en materia de educación sexual o de cualquier otra índole está abocada al fracaso.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

Amate, E. (2006). *Discapacidad: lo que todos debemos saber*. Washington, D.C. EEUU. Organización Panamericana de la Salud. Recuperado el 12 de Julio de: https://books.google.es/books?id=bnf6zhhwfDQC&pg=PT170&dq=el+desconocimiento+de+la+discapacidad&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwik_M_EuO3NAhVL1RoKHdvqA1IQ6AEITAB#v=onepage&q=el%20desconocimiento%20de%20la%20discapacidad&f=false

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

Cobo, C. (Coord.). (2012). Protocolo sobre relaciones interpersonales y sexualidad en personas con discapacidad intelectual, trastornos del Aspectro Autista y otras discapacidades con déficit cognitivo usuarias de centros residenciales [versión electrónica]. Recuperado el 8 de Junio de 2016 de: http://www.iuntadeandalucia.es/export/drupaljda/Personas_Discapacidad_Protocolo_sobre_relaciones_interpersonales_y_sexualidad_pdint.pdf

Consejo General del Trabajo Social (2012). *Código Deontológico de Trabajo Social*. Consejo General del Trabajo Social.

Díaz Funchal, E. (2013). *El reflejo de la mujer en el espejo de la discapacidad: La conquista de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres con discapacidad*. Madrid: Editorial Cinca.

Federación Española de Sociedades de Sexología. (2014). Dossiers de sexología. Recuperado el 14 de Mayo de 2016 de: <http://www.fess.org.es/dossiers-sexologia.php>

Ferreira, M. A. V. (2008): "Una aproximación sociológica a la discapacidad desde el modelo social: apuntes caracteriológicos", *Revista Española de Investigaciones Sociológicas (REIS)* 124; pp. 141-174. ISSN: 0210-5233. Extraído el 14 de Marzo de 2016 de: http://www.reis.cis.es/REIS/PDF/REIS_124_051222873458779.pdf

García, M. (2007). Educación sexual y discapacidad. Talleres de educación sexual con personas con discapacidad. Material Didáctico [versión electrónica]. Recuperado el 28 de Junio de 2016 de: [http://www.asturias.es/Asturias/descargas/PDF TEMAS/Asuntos%20Sociales/Calidad/publicaciones/Programa educacion sexual en discapacidad intelectual.pdf](http://www.asturias.es/Asturias/descargas/PDF_TEMAS/Asuntos%20Sociales/Calidad/publicaciones/Programa_educacion_sexual_en_discapacidad_intelectual.pdf)

Godoy et al (2007), Guía de apoyo técnico-pedagógico: necesidades educativas especiales en el nivel de educación parvularia. Ministerio de Educación de Chile. Extraído el 25 de Junio de 2016 de: <http://portales.mineduc.cl/usuarios/edu.especial/File/GuiaIntelectual.pdf>

Gobierno de Navarra (n.c) Centro de Recursos de Educación Especial de Navarra. Recuperado el 20 de Junio de 2016 de http://creena.educacion.navarra.es/equipos/psiquicos/pdfs/di_definicion.pdf

López, F. (2011). Guía para el desarrollo de la afectividad y de la sexualidad en personas con discapacidad intelectual. Desarrollo de la Planificación y tutorización individual [versión electrónica]. Recuperado el 26 de Mayo de 2016 de: <http://sid.usal.es/idocs/F8/FDO26070/Gu%C3%ADa%20afectividad%20felix%20lopez.pdf>

Martínez, F. (2003). La erótica del encuentro [versión electrónica]. Recuperado el 20 de Abril de 2016 de: http://www.cocemfeasturias.es/archivos/251_discapacidad-vida-sexual--la-eroticaencuentro-.pdf

Muyor Rodríguez, Jesús (2010). “Entre bioética, biopolítica y ética profesional: sobre el proceso de discapacidad como constructo y su relación con el Trabajo Social”. *Revista de Trabajo Social y Salud*, nº 66. Pp 279-314.

NACIONES UNIDAS. Informe de la IV Conferencia Mundial Sobre la Mujer. Pekín del 4 al 15 de septiembre de 1995. Nueva York: Naciones Unidas, 1996. 238 p.

Navarro, S. (2014). El asistente sexual para personas con discapacidad, ¿una figura alegal? *Congreso internacional virtual sobre discapacidad y derechos humanos*. Barcelona.

- Nogal, E. (2007). Trabajo Social y Educación [versión electrónica]. Madrid: Colegio Oficial de trabajadores sociales y asistentes sociales. Recuperado el 4 de Julio de 2016 de: <http://www.comtrabajosocial.com/documentos.asp?id=831>
- Organización Mundial de la Salud (2011). Informe Mundial sobre la Discapacidad. Suiza. Recuperado de http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/summary_es.pdf
- Perdomo, M. (2013). *Sexualidad y afectividad en la discapacidad*. La inclusión del entorno institucional en el modelo psico-afectivo-sexual. Escuela de Servicios Sanitarios y Sociales de Canarias.
- Puyol, B. y Hernández, M. (2009). Trabajo Social en Educación. *Revista Currículum*, 22, 97-117. Recuperado el 22 de Mayo de 2016 de: <http://publica.webs.ull.es/upload/REV%20CURRICULUM/22%20%202009/05%20Puyol%20y%20Hern%C3%A1ndez.pdf>
- Romañach, J., & Lobato, M. (2005). Diversidad funcional: nuevo término para la lucha por la dignidad en la diversidad del ser humano. *Foro de vida independiente*, 5. Recuperado el 14 de Abril de 2016 de: <http://centrodocumentaciondown.com/uploads/documentos/1dcb1a899435d2b2806acdf5dbcf17aa941abd8d.pdf>
- Saínez, M. (Coord.) (2011). En el plural de las sexualidades. Atender, educar y prestar apoyos a la sexualidad de las personas con discapacidad intelectual [versión electrónica]. Recuperado el 21 de Abril de 2016 de: http://www.sexualidadydiscapacidad.es/archivos/en_el_plural_de_las_sexualidades_sexualidad_y_discapacidad_intelectual_fundadeps_web_pp.pdf

Sierra, O. (2012). Re: Diversidad Funcional: Tipos y características [Mensaje de un blog].

Recuperado de

<http://atendiendonecesidades.blogspot.com.es/2012/11/distintos-tipos-de-discapacidad-y-sus-caracteristicas.html>

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

Vélez, P (2006). La sexualidad en la discapacidad funcional. *Revista ciencia y cuidado*.

156-162. Recuperado el 12 de Junio de 2016 de

[file:///C:/Users/Alex%20del%20Olivo/Downloads/Dialnet-LaSexualidadEnLaDiscapacidadFuncional-2533996%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/Alex%20del%20Olivo/Downloads/Dialnet-LaSexualidadEnLaDiscapacidadFuncional-2533996%20(2).pdf)

Verdugo, M.A, (2003). Análisis de la definición de discapacidad intelectual de la asociación americana sobre retraso mental de 2002. *Revista Española sobre Discapacidad Intelectual*. Vol. 34(1). Núm. 205. Pág. 5-19. Extraído el 13 de Julio de 2016

de file:///C:/Users/Alex%20del%20Olivo/Downloads/205_articulos1.pdf

7. ANEXOS.

7.1. Entrevista a trabajadores/as de ASPACE, ASPAYM Valladolid y personas voluntarias.

Soy Alejandro del Olivo Pérez, alumno de grado en Trabajo Social, y estoy llevando a cabo mi Trabajo Fin de Grado (TFG) acerca de la sexualidad en las personas con diversidad funcional. El objetivo de mi trabajo consiste en conocer si en dos de las asociaciones de Valladolid más reconocidas en cuanto al trabajo con este colectivo, existe un tabú acerca de que puedan desarrollar su sexualidad de manera normalizada.

Para ello, se plantean 6 preguntas abiertas a los trabajadores/as de dichas organizaciones, así como algunos de sus voluntarios/as para a través de sus respuestas corroborar la hipótesis anteriormente planteada.

La entrevista es completamente anónima y va a ser utilizada como un pequeño trabajo de campo en un trabajo fin de grado en Trabajo Social, por lo que se agradece la mayor sinceridad posible en las distintas cuestiones. Los únicos datos que se solicitan son de tipo demográfico como son la edad y el género.

Por último agradecer de antemano su colaboración.

Edad:

Género:

ENTREVISTA

1. ¿Cuáles son los motivos que consideras, por lo que es importante, o no, el papel de la sexualidad en la vida de las personas con las que trabajas a diario?
2. ¿Se realiza algún tipo de taller, charla, explicación con las personas con parálisis cerebral con las que trabajáis? En caso afirmativo, ¿cuáles son? Si la respuesta es negativa, ¿por qué crees que no se llevan a cabo?
3. ¿En alguna ocasión, los usuarios de vuestra organización os han planteado alguna necesidad afectivo-sexual de forma abierta? ¿Se ha tenido en cuenta esta demanda? ¿Por qué si o por qué no?

4. El asistente sexual, se presenta como una alternativa no libre de críticas pero como una alternativa al fin y al cabo. Hablamos de personas que eligen dedicarse a “solucionar” los déficits de quien no puede gozar del sexo ya sea manteniendo relaciones sexuales con ellos, proporcionarles ayudas técnicas para realizar el acto o simplemente otorgar placer, deseo y cariño.

En Alemania, Bélgica, Holanda y Dinamarca lo ven natural y necesario, aunque solo en Suiza está legalizada oficialmente la figura del asistente sexual. Tanto es así que se reciben ayudas económicas para sustentarlo. En España en cambio, se es más reacio, aunque en Cataluña es la primera comunidad donde una asociación sin ánimo de lucro ya ha aprobado un protocolo de servicios íntimos a personas con diversidad funcional. El debate está servido y las dudas, las críticas y las creencias hacen de esta figura un “fantasma” de los que pocos se atreven a hablar.

¿Conocías la figura del asistente sexual? ¿Cuál es tu idea acerca de que se pueda legalizar en España esta práctica?

5. ¿Considera que dentro del centro donde trabajas existe un tabú acerca de las necesidades afectivo-sexuales de las personas usuarias? Tanto si la respuesta es afirmativa o negativa, ¿Por qué?

6. En el caso de que un usuario plantease la necesidad de tener algún tipo de relación sexual, ¿cuál crees que sería la decisión tomada por parte de la organización? ¿Por qué?.