

Universidad de Valladolid

**Facultad de Medicina
Grado en Logopedia**



TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA Y SEXUALIDAD.

PROPUESTA DE INTERVENCIÓN AFECTIVO SEXUAL.

TRABAJO DE FIN DE GRADO DE:

DOÑA LUCIA ESCUDERO CABEZA

TUTORA: DRA. TOMASA LUENGO RODRÍGUEZ

VALLADOLID, JUNIO DE 2019

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS.....	3
RESUMEN.....	4
INTRODUCCIÓN	6
1. JUSTIFICACIÓN DEL TEMA ELEGIDO, OBJETIVOS Y RELACIÓN CON LAS COMPETENCIAS DEL TÍTULO. 7	
1.1. <i>Justificación y objetivos del tema elegido.</i>	7
1.2. <i>Relación con las competencias del Grado.</i>	8
2. ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DE LOS ASPECTOS CIENTÍFICO-TEÓRICOS.	11
2.1. <i>Concepto de afectividad y sexualidad.</i>	11
2.1.1. <i>Características.</i>	12
2.1.2. <i>Modelos de intervención.</i>	14
2.2. <i>Concepto de discapacidad.</i>	18
2.3. <i>Concepto de Trastorno Espectro Autista.</i>	19
2.3.1. <i>Antecedentes (Kanner).</i>	20
2.3.2. <i>Las clasificaciones nosológicas.</i>	23
2.3.3. <i>Incidencia del TEA en la población.</i>	27
2.4. <i>Trastorno del Espectro Autista y sexualidad.</i>	28
3. UNA PROPUESTA DE INTERVENCIÓN AFECTIVO SEXUAL EN CONTEXTOS CON TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA	30
3.1. <i>El modelo de intervención: modelo biográfico-profesional.</i>	30
3.1.1. <i>Principios de intervención.</i>	31
3.1.2. <i>Técnicas de enseñanza.</i>	32
3.2. <i>Contenidos.</i>	33
3.2.1. <i>Cambios corporales en la adolescencia</i>	33
3.2.2. <i>Cuidado personal</i>	36
3.2.3. <i>Conductas sexuales</i>	37
3.2.4. <i>Abuso y violencia sexual</i>	45
4. CONCLUSIONES Y ALCANCE DEL TRABAJO DE FIN DE GRADO.	47
5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	49
ANEXOS.....	52

AGRADECIMIENTOS

A D^a Tomasa Luengo Rodríguez, profesora de la Universidad de Valladolid y tutora de este Trabajo Fin de Grado, por transmitirme sus conocimientos y su experiencia. Sin su tiempo y dedicación esto no habría sido posible.

A mis familiares y amigos por ayudarme cuando lo he necesitado y apoyarme durante todo este transcurso.

A mi madre, por enseñarme a ser mejor persona cada día.

RESUMEN

El Trastorno del Espectro Autista es un trastorno neurológico de origen biológico aún desconocido que afecta al desarrollo del individuo y abarca numerosos síntomas, entre ellos las dificultades para manejar los cambios propios de la pubertad, los problemas de socialización, el manejo de las emociones y la comprensión. Este Trabajo de Fin de Grado (TFG) tiene como objetivo cubrir un espacio educativo afectivo sexual en población con Trastorno del Espectro Autista, sus familias y los profesionales que trabajan diariamente con ellos.

Para ello se ha realizado un análisis sistemático de información extrayendo las ideas más relevantes y una revisión de los programas existentes en materia de educación afectivo sexual para población normalizada vs dependiente.

Finalmente, en el presente trabajo se propone una línea de intervención afectivo sexual dirigida a familiares, educadores, logopedas o terapeutas que trabajen con esta comunidad con el fin de abordar los cambios biológicos y fisiológicos que se manifiestan durante la pubertad y adultez.

Las personas con discapacidad, en este caso con TEA, deben ejercer una educación sexual para encontrar un equilibrio entre los derechos sexuales del individuo y las normas sociales de la comunidad en que se desenvuelve evitando confusiones o rechazo por desconocimiento del tema.

Palabras clave:

Trastorno del Espectro Autista (TEA), Sexualidad, Afectividad.

ABSTRACT

Autism Spectrum Disorder is a neurological disorder of unknown biological origin that affects the development of the individual and encompasses numerous symptoms, among them the difficulties to manage the changes typical of puberty, the problems of socialization, the handling of emotions and the understanding. This End of Grade Project aims to cover an educational sexual affective space in the population with Autism Spectrum Disorder, their families and the professionals who work daily with them.

To this end, a systematic analysis of information has been carried out, extracting the most relevant ideas and a review of existing programs on sexual affective education for the normalized vs. dependent population.

Finally, in the present work we propose a line of sexual affective intervention aimed at relatives, educators, speech therapists or therapists who work with this community in order to address the biological and physiological changes that occur during puberty and adulthood.

People with disabilities, in this case with ASD, must practice sex education to find a balance between the sexual rights of the individual and the social norms of the community in which it operates avoiding confusion or rejection due to ignorance of the subject.

Key words:

Autism Spectrum Disorder, Sexuality, Affectivity.

INTRODUCCIÓN

La sexualidad forma parte de la vida de todas las personas y, por supuesto, también de la vida de las personas con discapacidad. Por lo que este Trabajo de Fin de Grado (TFG) tiene como objetivo revisar la literatura científica existente en materia de sexualidad y población dependiente, revisar los programas existentes en materia de educación afectivo sexual para población normalizada vs dependiente y proponer una línea de intervención afectivo sexual que desde la acción logopédica contribuya a la calidad de vida de los pacientes con TEA y sus contextos de desarrollo. Abordar esta temática resulta innovador pues aún en el siglo XXI la sexualidad sigue siendo un tema tabú, precepto especialmente significativo hacia las personas con discapacidad, por lo que es fundamental investigar los efectos que sobre su desarrollo y calidad de vida pueden tener las dificultades de expresión de su sexualidad.

El Trabajo de Fin de Grado que se presenta, para la obtención del Grado en Logopedia por la Universidad de Valladolid, busca profundizar en los conocimientos relativos a sexualidad y dependencia, conocer las experiencias que se están realizando desde diversas disciplinas; y, configurar una estrategia de orientación y formación en materia de sexualidad a partir de la compilación de experiencias existentes. La estructura del trabajo desarrolla los siguientes apartados:

El *primer apartado* presenta la justificación de la elección del tema de estudio, la definición de los objetivos que se pretenden lograr, y se establecen las competencias del Grado en Logopedia que se han desarrollado con la realización del trabajo.

En el *segundo apartado* se presenta una síntesis de los conceptos básicos en los que se apoya el trabajo. Conceptos de afectividad y sexualidad, discapacidad y Trastorno de Espectro Autista (TEA).

En el *tercer apartado* se presenta una propuesta de intervención en contextos con presencia de TEA con el fin de abordar y proporcionar conocimientos sobre sexualidad y los procesos biológicos y fisiológicos que se experimentan durante la pubertad.

En el *cuarto apartado* se reflexiona sobre el alcance del Trabajo de Fin de Grado, las competencias alcanzadas y las líneas de trabajo e investigación que se desarrollarán en el futuro.

Y, finalmente, se presentan las referencias bibliográficas que dan cuerpo teórico al Trabajo de Fin de Grado.

1. JUSTIFICACIÓN DEL TEMA ELEGIDO, OBJETIVOS Y RELACIÓN CON LAS COMPETENCIAS DEL TÍTULO.

En este apartado se pretende exponer los motivos por los cuales se toma la decisión de realizar este trabajo, así como los interrogantes, los objetivos principales que se persiguen y las competencias adquiridas relacionadas con el Grado de Logopedia.

1.1. Justificación y objetivos del tema elegido.

Este trabajo surge de la curiosidad y la necesidad de aprender más sobre el Trastorno del Espectro Autista, las conductas que se observan en estos sujetos y los problemas que surgen con respecto a la sexualidad.

En primer lugar, la realización del *Practicum III* en la Asociación Vallisoletana de Protección de Autistas “Centro Vallesgueva” facilita el primer contacto con población con TEA y, a su vez, permite la observación e intervención directa con esta comunidad.

En segundo lugar, hablar de sexualidad en el siglo XXI sigue siendo tabú, por lo que supone un reto tratar este tema y, sobre todo, abordarlo desde la perspectiva de personas dependientes.

En tercer y último lugar, resulta una temática de estudio innovadora e interesante siendo un trabajo de lo más motivador.

Los interrogantes que han surgido para la elaboración del presente trabajo son los siguientes:

- a) *¿La ausencia de interacción afectiva descrita en los manuales diagnósticos para los menores con TEA se mantiene a lo largo de la vida?*
- b) *¿Cuáles son las conductas que manifiestan los usuarios con el fin de satisfacer su deseo sexual?*
- c) *¿Las personas con TEA son incapaces de, o tienen dificultades para, establecer de interacción afectiva?*
- d) *¿Qué intervenciones logopédicas pueden contribuir a la mejora de la calidad de vida de estos sujetos?*

Para dar respuesta a estas preguntas se han formulado los siguientes objetivos de trabajo:

- a) Revisar la literatura científica existente en materia de sexualidad y población dependiente.

- b) Revisar los programas existentes en materia de educación afectivo sexual para población normalizada vs dependiente.
- c) Proponer una línea de intervención afectivo sexual que desde la acción logopédica contribuya a la calidad de vida de los pacientes con TEA y sus contextos de desarrollo.

1.2. Relación con las competencias del Grado.

El trabajo presente exige el desarrollo de gran parte de las competencias que el Libro Blanco de la titulación de Logopedia recoge en cumplimiento del Real Decreto 1393/2007 (ANECA).

Competencias generales

CG2. Explorar, evaluar, diagnosticar y emitir pronóstico de evolución de los trastornos de la comunicación y el lenguaje desde una perspectiva multidisciplinar.

El trabajo presente tiene por objetivo explorar, estudiar y comparar las conductas y comportamientos de personas con Trastorno del Espectro Autista.

CG4. Dominar la terminología que permita interactuar eficazmente con otros profesionales.

La terminología empleada en el presente trabajo pertenece a un vocabulario amplio permitiendo la interacción con el resto de profesionales de diversas disciplinas que componen el equipo.

CG8. Trabajar en los entornos escolar, asistencial y sanitario formando parte del equipo profesional. Asesorar en la elaboración, ejecución de políticas de atención y educación sobre temas relacionados con Logopedia.

La propuesta de intervención se puede desarrollar en un entorno educativo, asistencial y sanitario, en el cada profesional pone en manifiesto sus conocimientos y aporta pautas al resto del equipo multidisciplinar.

CG9. Comprender y valorar las producciones científicas que sustentan el desarrollo profesional del logopeda.

La revisión teórica permite comprender y valorar las producciones científicas que sustentan el desarrollo profesional del logopeda en afectividad y sexualidad, discapacidad y Trastorno del Espectro Autista.

CG10. Conocer los límites de sus competencias y saber identificar si es necesario un tratamiento interdisciplinar.

El trabajo presente posibilita conocer la patología Trastorno del Espectro Autista y, a su vez, identificar la necesidad de una intervención interdisciplinar en la misma.

CG16. Conocer y valorar de forma crítica la terminología y la metodología propias de la investigación logopédica.

La investigación realizada en el presente trabajo favorece el conocimiento y aprendizaje de una terminología y metodología innovadora en intervención logopédica.

Competencias específicas

CE13.2. Conocer e integrar los fundamentos psicológicos de la Logopedia: el desarrollo del lenguaje, el desarrollo psicológico, la Neuropsicología del lenguaje, los procesos básicos y la Psicolingüística.

El estudio permite conocer los procesos psicológico básicos y, en concreto, el aprendizaje, lenguaje, pensamiento, y emoción, integrando los fundamentos psicológicos de la Logopedia.

Competencias transversales

CT6. Trabajo en un equipo de carácter interdisciplinario.

En los estudios realizados dentro del ámbito sanitario se precisa un carácter interdisciplinar para lograr resultados óptimos, es por ello que la comunicación entre profesionales debe ser activa y regular. En este caso, el trabajo entre las disciplinas de Logopedia, Psicología y Educación son las que permiten desarrollar este Trabajo de Fin de Grado.

CT11. Adaptación a nuevas situaciones.

La realización de prácticas en un centro de población con TEA promueve una nueva situación a la que este trabajo y el Grado en Logopedia exige adaptarse.

CT12. Resolución de problemas.

La resolución de los problemas que surgen durante el estudio y las posibles alternativas que permiten conseguir los objetivos planteados previamente, logran elaborar un trabajo con éxito.

CT13. Razonamiento crítico.

La elaboración de este trabajo se ha logrado con la ayuda de diferentes fuentes de información, objetivos y conclusiones planteadas durante su elaboración.

CT14. Capacidad de análisis y síntesis.

Lograr seleccionar y reflejar la información más relevante y necesaria extraída de libros, artículos o manuales pone en manifiesto esta capacidad de análisis y síntesis.

CT16. Conocer y manejar las nuevas tecnologías de la comunicación y la información.

Tener conocimientos sobre las nuevas tecnologías de la comunicación e información y el correcto manejo de las mismas es necesario para la obtención y búsqueda de artículos, revisión de fuentes bibliográficas.

2. ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DE LOS ASPECTOS CIENTÍFICO-TEÓRICOS.

2.1. Concepto de afectividad y sexualidad.

En el trabajo de Gómez (2000) se hace referencia al origen del sexo desde el modelo bio-psico-social, imperante en ciencias de la salud; premisa ampliamente aceptada por los principales teóricos e investigadores de la sexología moderna.

Desde este modelo, la sexualidad es un impulso vital presente en todos los seres vivos, esencial para su desarrollo y ajuste de la personalidad, y no se pierde porque se esté lesionado, porque no pueda moverse bien o porque haya perdido más o menos sensibilidad. Su buen ejercicio contribuye a la autoestima y el autoconcepto de la persona.

Según Montero (2011)

“... la sexualidad en general es considerada como una construcción social, relacionada con las múltiples e intrincadas maneras en que nuestras emociones, deseos y relaciones se expresan en la sociedad en que vivimos, donde los aspectos biológicos condicionan en parte esta sexualidad, proporcionando la fisiología y morfología del cuerpo las condiciones previas para esta construcción. La sexualidad de cada uno de nosotros emerge y existe en un contexto cultural, influenciada por múltiples variables, tales como: psicológicas, edad, socio económicas, sexo biológico, rol de género, etnicidad, por lo que es necesario un amplio reconocimiento y respeto de la variabilidad de formas, creencias y conductas sexuales relacionadas con nuestra sexualidad”. (p.1249)

Por otro lado, la expresión “afectivo” según Zapiain (2000)

“... hace referencia a la necesidad humana de establecer vínculos con otras personas que son imprescindibles para la supervivencia y para la estabilidad emocional y que, sin duda, constituye la necesidad humana más importante. El término “afectividad” se suele utilizar como un comodín con significados muy imprecisos. La afectividad es una característica fundamental de la sexualidad. Si vivimos la sexualidad como experiencia afectivamente satisfactoria lograremos cumplir nuestros deseos y necesidades y contribuirá a un adecuado desarrollo psicoafectivo.” (p. 49)

El estudio del Centro Documental sobre prevención del maltrato infantil y adolescente expone que hablar de sexualidad es hablar de afectividad, autoestima, de placer, de igualdad de hombres y mujeres, de respeto hacia las diversas orientaciones sexuales, pero también de relaciones sexuales, de embarazo y anticoncepción, de prevención de infecciones de transmisión sexual, etc.

Por lo que concluye que la sexualidad hace alusión a diversos aspectos que incluyen la anatomía sexual, el género, los roles de género, las identidades sexuales y de género, la orientación sexual y la conducta sexual. De igual modo, hace referencia a la afectividad, las emociones y la familia.

2.1.1. Características.

Según López (2015), la dimensión sexual humana mediatiza todo nuestro ser, hasta el punto de que no debemos decir que tenemos sexualidad, sino que somos sexuados.

a) En cuanto a seres corporales, el autor señala las siguientes características:

“Tenemos un programa genético sexuado en todas nuestras células, con cromosomas propios del hombre XY y propios de la mujer XX.

Tenemos gónadas sexuadas, propias del hombre (testículos) y propias de la mujer (ovarios) con funciones que estudiaremos en detalle en otros capítulos.

Todo nuestro cuerpo está impregnado de hormonas sexuales que influyen en nuestro deseo sexual, en nuestra conducta y en nuestra capacidad reproductiva.

Tenemos una anatomía sexuada en órganos genitales externos e internos, un cuerpo sexuado con formas y zonas eróticas. Toda nuestra piel es y tiene un alto significado sexual; un mapa corporal de casi dos metros cuadrados lleno de receptores / emisores de sensaciones eróticas.

Nuestra fisiología sexual del placer (las respuestas y sensaciones que acompañan a la excitación) se pone de manifiesto en todas las formas de excitación y sensaciones de placer — desde la respuesta sexual genital de la erección y la vasocongestión de toda la zona genital a las llamadas zonas erógenas y a toda la piel. “

Nuestro cerebro es sexuado, de forma que, por ejemplo, regula el funcionamiento del ciclo en la mujer y los circuitos de la respuesta sexual en ambos sexos.

b) *En cuanto seres con capacidad de pensamiento: representaciones mentales.*

“Nos sabemos hombre o mujer, haciendo un juicio de identidad sexual que condiciona nuestra manera de conocernos, sentirnos y actuar: soy un hombre, soy una mujer.

Tenemos una gran capacidad de adquirir informaciones, aprender formas de comportarnos, adquirir conocimientos sociales sobre cómo debemos vivir la sexualidad en nuestra sociedad, las instituciones sociales (pareja, familia, etc.), los valores, las costumbres, las normas, etc.

Podemos usar la fantasía, impregnándola de contenidos eróticos: sueños nocturnos, fantasías diurnas, etc.

Podemos planificar la conducta y regularla mentalmente, también la conducta sexual: haciendo planes, tomando decisiones, elaborando estrategias, recordando sucesos, revisando situaciones, etc.”

c) *Respecto a seres con emociones y afectos López expone estas características:*

“Estamos motivados por el placer y las caricias de naturaleza sexual y afectiva. La actividad sexual humana está premiada con sentimientos de placer y bienestar.

Tenemos afectos sexuales, como el deseo, la atracción y el enamoramiento. Afectos que motivan nuestra conducta e impregnan toda nuestra vida cotidiana. La motivación sexual y afectiva está, en efecto, entre las principales motivaciones humanas.

Tenemos afectos sociales como el apego y la amistad, que tienen interacciones muy importantes con la sexualidad, hasta el punto de que, ya adultos, es muy frecuente que la compañera o el compañero sexual se conviertan también en figuras de apego y en amigos o amigas.

De hecho, nuestra estabilidad emocional y nuestro bienestar psicológico y social dependen mucho de cómo resolvamos la tendencia del ser humano al contacto y a la vinculación sexual y afectiva.”

d) *Con relación a personas que tenemos comportamientos sociales y que somos integrantes de un grupo social:*

“Nos comportamos en un grado o en otro conforme a roles o patrones sociales adaptándonos a las exigencias sociales, también en términos de conducta sexual. Incluso la vida sexual que desarrollamos en la intimidad está en buena medida regulada por los aprendizajes y patrones sociales. Estos roles y patrones tienen que ver con muchos factores como el sexo, la edad, el estado civil, la orientación del deseo, etc.”

e) *No obstante, la sexualidad humana pertenece al reino de la libertad en lugar de al reino de la necesidad.*

“Los animales tienen preprogramada instintivamente la conducta sexual. Por ejemplo, una gata busca al macho cuando está en celo y lo rechaza cuando ya no está en celo; el gato aceptará su oportunidad de coitar siempre que pueda, salvo que esté enfermo o muy viejo. Por el contrario, la mujer puede y debe tomar decisiones cada vez, sea cual sea el momento del ciclo en que esté e incluso después de la menopausia: su sexualidad pertenece al reino de la libertad —puede y debe tomar decisiones—. El hombre también puede y debe tomar decisiones. Por eso las biografías sexuales pueden ser muy diversas y por eso la sexualidad humana tiene que ver con el mundo de los valores y la ética. Lo que humaniza la sexualidad es que pertenece al reino de la libertad.” (López, 2015 p.3)

2.1.2. Modelos de intervención.

El trabajo de López (2013) recoge de forma detallada los modelos explícitos e implícitos presentes en los procesos de intervención afectivo-sexual:

a) *Modelo de riesgos.*

Los elementos básicos de este modelo proceden de la forma que la medicina venía afrontando determinados problemas de salud, especialmente aquellos que eran consecuencia de conductas que implicaban contagios o riesgos que podían ser evitados por las personas.

Lo que se plantea en este modelo es evitar riesgos asociados a la actividad sexual, no educar para que las personas vivan de manera libre y responsable las diferentes posibilidades de la sexualidad.

El marco teórico es el modelo clínico-médico de salud, que entiende como salud la mera ausencia de enfermedad.

En este entorno, los profesionales de la sanidad sólo deben intervenir para eludir enfermedades, detectarlas y tratarlas. Por lo que, está fuera de lugar preocuparse por la sexualidad. Esta sólo puede ser objeto de atención cuando se presente algún problema o cuando se prevea un contagio que provoque enfermedad.

En el caso de las discapacidades, las intervenciones deben reducirse o bien a evitar los riesgos o bien a dar una respuesta sanitaria una vez que se han producido.

Podemos concluir que el objetivo principal de este modelo es el de evitar problemas de salud asociados a la actividad sexual.

Una síntesis de las características del modelo se recoge en el siguiente Cuadro.

Cuadro 1. Características del modelo de riesgos.

1. Como respuesta a riesgos: embarazo, ETS, abusos...
2. Los sanitarios son la autoridad.
3. Metodología prescriptiva.
4. Contenido: riesgos y cómo se evitan.
5. Podría tomar en consideración las conductas "problema".
6. No es educativo, ni se ocupa de la sexualidad en positivo.

Fuente: Sexo y afecto en personas con discapacidad (2013:107)

b) Modelo moral.

Este modelo aparece como reacción a otras formas de intervención. Su marco teórico es muy extenso y variado. Suele basarse en una concepción religiosa del ser humano, la cual considera que la actividad sexual sólo tiene sentido dentro del matrimonio heterosexual y debe ser orientada a la procreación, aunque puedan reconocerse otras funciones asociadas.

En este contexto, se niega a las personas discapacitadas toda posibilidad de aceptar los derechos sexuales, ya que se las considera que no están capacitadas para tener hijos ni educarlos. La educación sexual es entendida como mero autocontrol o educación para la abstinencia.

Este modelo ha sido y sigue siendo apoyado y defendido por casi todas las religiones y distintas iglesias, al menos por sus representantes oficiales.

Los objetivos que se plantea este modelo son los siguientes:

- a) Preparar para el matrimonio y la familia en los casos que esto sea posible.
- b) Educar en el fortalecimiento de la voluntad o la formación del carácter, para que no se dejen influir de forma negativa, y sean capaces de esperar a casarse para acceder a la actividad sexual en el contexto del amor matrimonial. En el caso de no casarse, la obligación de la abstinencia es de por vida.
- c) Contrarrestar los mensajes hedonistas, liberales, etc., de los medios de comunicación social, cine, la publicidad, etc.
- d) Evitar los riesgos asociados a la actividad sexual prematrimonial, extramatrimonial, de los solteros, homosexuales, lesbianas, discapacitados, etc.

Por lo tanto, respecto a este modelo llegamos a la conclusión de que las personas discapacitadas que no lleguen al matrimonio deberán renunciar a la actividad sexual autoerótica, a las relaciones con los demás e incluso a fantasear con contenidos sexuales.

Se recogen las características fundamentales de este modelo en el siguiente Cuadro.

Cuadro 2. Características del modelo moral

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none">1. Como reacción a otros modelos.2. Para educar en la abstinencia y en los valores familiares.3. La autoridad son las iglesias.4. Metodología doctrinaria y prescriptiva.5. Contenidos morales y autocontrol: decir NO.6. No reconoce el derecho a la sexualidad de las personas con discapacidad si no se casan y es para tener hijos, como es el caso de la mayoría de las personas con retraso mental. |
|--|

Fuente: Sexo y afecto en personas con discapacidad (2013:113)

c) La educación sexual para la revolución sexual.

Este modelo tiene su origen en la izquierda freudiana. Se manifestó por primera vez asociado al movimiento juvenil SEX-POL (sexualidad y política) el cual defendía que la revolución sexual es una condición necesaria para la revolución social y viceversa. Su modelo de educación sexual es un modelo de revolución social global.

Defiende el derecho al placer sexual, desliga la actividad sexual del objetivo de procrear y del casamiento, apoyando y defendiendo el derecho de los jóvenes, solteros y personas con discapacidad a la actividad sexual, acepta como natural la masturbación y defiende la extensión de los derechos sexuales a todas las minorías.

Los objetivos de este modelo son extensos y complicados, porque sus defensores consideran que no es bastante con la información sexual, ni con la instrucción sobre sexualidad en la escuela. Es decir, sin cambiar la sociedad, sólo será posible llevar a cabo objetivos parciales.

Lo que persigue este modelo es que todas las personas tengan una actividad sexual satisfactoria.

Cuadro 3. Características del modelo de la educación sexual para la revolución sexual.

1. Origen en pensamiento freudo-marxista.
2. Pretende hacer la revolución social y sexual.
3. La autoridad está en la doctrina revolucionaria. En los líderes revolucionarios. En los profesionales progresistas.
4. Promociona los derechos sexuales y la actividad sexual.
5. Metodología doctrinaria y prescriptiva. No reconoce el *rol* de los padres.
6. Es muy combativo y polémico.

Fuente: Sexo y afecto en personas con discapacidad (2013:119)

d) Modelo biográfico-profesional

Este modelo ha sido viable cuando hemos adquirido una importante cantidad de conocimientos científicos sobre sexualidad. Progreso científico, secularización, libertad y tolerancia, están entre las condiciones sociales que han permitido el desarrollo de un nuevo modelo de educación sexual.

Este modelo se basa en un concepto positivo de salud, entendida como bienestar y promoción de la calidad de las personas y de las comunidades. El derecho a poder vivir la sexualidad, como uno de los elementos que pueden promover bienestar, es uno de los objetos de este nuevo concepto de salud.

Las personas tienen derecho a recibir información y medios, para tener el poder de tomar decisiones y llevar a cabo conductas que promuevan su bienestar sexual.

Lo que se pretende desde este paradigma es tolerar la diversidad y ayudar a cada persona a que pueda ser más libre y más responsable en la promoción de su bienestar y del bienestar social.

El objetivo principal es favorecer la aceptación positiva de la propia identidad sexual, y el aprendizaje de conocimientos y habilidades que permitan vivir las diferentes posibilidades de la sexualidad en cada edad, de acuerdo a la persona o personas implicadas deseen.

Los profesionales deben presentar conocimientos en lugar de opiniones, favorecer la igualdad entre los sexos y la comunicación entre las personas, y entrenar en habilidades que le sirvan para solucionar sus necesidades interpersonales.

2.2. Concepto de discapacidad.

El concepto de discapacidad ha sufrido grandes cambios a lo largo de la historia. En los últimos años, hemos podido observar como se ha ido abandonando una perspectiva paternalista y asistencial de la discapacidad, acercándose hacia un nuevo enfoque, que contempla a la persona con discapacidad como un individuo con habilidades, recursos y potencialidades.

A comienzos del S.XV se crearon los primeros psiquiátricos, cuyo objetivo era el de rehabilitar a las personas con discapacidad psíquica desde una perspectiva médica. Por otro lado, las discapacidades físicas o sensoriales, se consideraban como punición de Dios, como una vergüenza, y por consiguiente, ni se trataban ni se deseaba su inserción social.

Fue a principios del S.XX cuando la evolución del tratamiento médico se enfocó en un plano más asistencial que generó la estigmatización de las personas con discapacidad que aún perdura en nuestra sociedad.

No es hasta mitad del S.XX cuando se reconoce que el contexto social es uno de los factores determinantes en el nivel de las limitaciones que la persona presenta, pudiendo favorecerlas o paliarlas.

En la actualidad es posible encontrar convergencia de diferentes perspectivas y enfoques sobre discapacidad en cada país. Ello es debido no sólo a las diferentes culturas, sino también a los diferentes niveles de compromiso de entidades, ciudadanos y gobiernos para crear entornos accesibles y para garantizar la inserción socio-laboral de este colectivo, entre otras razones.

En 2001, la Organización Mundial de la Salud, con el objetivo de ofrecer una mayor unificación del concepto de discapacidad, establece una 2ª Clasificación Internacional, la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Salud, en la que ofrece la siguiente definición:

“Término genérico que incluye déficit, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación. Indica los aspectos negativos de la interacción entre un individuo (con una condición de salud) y sus factores contextuales (factores ambientales y personales)” (OMS. p.12)

Esta definición aporta un gran cambio al concepto de discapacidad: se pasa de una concepción estática, en la que sólo se tenía en cuenta la condición de salud de la persona, a una concepción dinámica, en la que también los factores ambientales y personales jugarán un rol esencial.

De esta forma, la discapacidad no es sólo una condición de salud propia de la persona, sino el resultado de la interacción entre las limitaciones humanas y el medio en el que nos desenvolvemos.

2.3. Concepto de Trastorno Espectro Autista.

A lo largo de este apartado vamos a concretar el concepto de Trastorno del Espectro Autista, haciendo un recorrido histórico sobre la evolución del concepto de Autismo. A continuación, se encuentran sus clasificaciones nosológicas y, finalmente, describimos la incidencia del TEA en la población.

El Trastorno Espectro Autista (TEA) se considera un trastorno neurológico de origen biológico aún desconocido que afecta al desarrollo del individuo, cuyo resultado se manifiesta por las múltiples disfunciones que se originan en el Sistema Nervioso Central con una amplia variedad de expresiones clínicas, inicialmente descritas por Wing en 1988 (citado en Artigas-Pallarès y Paula (2012)).

2.3.1. Antecedentes.

En el trabajo de Artigas-Pallarès y Paula (2012) encontramos una síntesis de los antecedentes teóricos relativos al concepto de Autismo. Y que presentamos en las siguientes líneas los autores fundamentales.

Señalan como primer referente a Bleuler en 1919 como autor que describe el alejamiento del mundo exterior que observó en las esquizofrenias de los adultos.

El segundo referente es Kanner, que en 1943, definía por primera vez el síndrome autista. Para ello, describió once casos (ocho niños y tres niñas) que, con independencia de sus diferencias individuales, presentaban una serie de características comunes concretándose la incapacidad para relacionarse de forma normal con personas y situaciones. Aparte de esta grave dificultad para establecer relaciones interpersonales, el autor da una relevancia especial a las alteraciones del lenguaje.

De los once niños que constituyeron la muestra inicial, ocho desarrollaron el lenguaje, pero en ningún caso intención comunicativa. La ecolalia inmediata y diferida estaba presente en todos los casos. También, fue notable la dificultad para generalizar más allá de la situación concreta de aprendizaje inicial y la utilización inadecuada de las palabras. Sin embargo, la fonética parecía conservada.

Otro síntoma fundamental descrito por el autor fue el deseo ansioso y obsesivo de mantener la invariabilidad. Este rasgo se expresaba en múltiples conductas de estos once casos: en sus actividades ya que eran repetitivas y monótonas, o en la desesperación que podía provocar en el niño cualquier cambio de rutina, secuencia de acciones, situación del mobiliario u objetos, etc.

Respecto al nivel cognitivo, afirma que los once niños manifiestan ciertos rasgos de inteligencia, como una excelente memoria mecánica o en la realización de actividades manipulativas. Se les describe como físicamente normales, aunque se añade que cinco de ellos tienen un cráneo relativamente aumentado. Todos, excepto uno de ellos, presentaron EEG normales.

La descripción de estos once casos termina con una referencia a los padres. En el informe se recoge que todos los padres son extremadamente inteligentes, que la mayoría de ellos realizaron estudios universitarios y que las profesiones liberales son las más abundantes entre ellos. Añade, además, que en una alta proporción se trata de individuos poco afectuosos, más interesados en temas científicos

o artísticos que en las propias personas. Para el autor, lo más importante es interpretar en qué medida estos rasgos han podido influir en las anomalías de los hijos, pero concluye diciendo que el hecho de que el inicio de las alteraciones sea tan precoz, parece descartar una atribución exclusiva a este factor.

Esta descripción ofrecida por el autor se concreta en una serie de alteraciones comunes en la población objeto de estudio que podrían resumirse en las siguientes dimensiones del comportamiento:

- a) *Relaciones sociales*. El autor destacaba como rasgo fundamental del autismo la incapacidad para relacionarse normalmente con las personas y las situaciones.
- b) *La comunicación y el lenguaje*. Hacía referencia a la existencia de un amplio conjunto de deficiencias y alteraciones en la comunicación y el lenguaje. Y, por otro lado, la ausencia de lenguaje en algunos niños autistas y un uso extraño en los que lo poseían.
- c) *La insistencia en la varianza del ambiente o la inflexibilidad*. Subrayaba la insistencia obsesiva en mantener el ambiente sin cambios, en repetir una gama limitada de actividades ritualizadas, de juegos repetitivos y estereotipados, escasamente flexibles y poco imaginativos. En conclusión, describía una falta de flexibilidad mental y comportamental.

A pesar de que este escrito supuso la primera descripción formal del trastorno autista y su consideración como síndrome, los casos que describe no son los primeros con este tipo de alteraciones, puesto que existen descripciones anteriores a 1943 y referidos a niños con comportamientos anormales que, por sus características hacen albergar pocas dudas acerca del autismo.

Como tercer referente, Artigas-Pallarès y Paula (2012) señalan las publicaciones de Asperger en los que mostraba una serie de casos que compartían los rasgos descritos por Kanner, aunque los niveles cognitivos eran normales, e incluso significativamente superiores a la media. Años después, la alteración que Asperger denominó psicopatía autística pasó a conocerse con el nombre de *Síndrome de Asperger* y sirve para denominar a los autistas de alto rendimiento.

En la *actualidad*, aún no está claro que este síndrome sea un trastorno independiente o simplemente un tipo de autismo. Asperger mantiene que el trastorno fundamental del síndrome, lo constituyen las limitaciones de sus relaciones sociales, dando mucha relevancia a la dificultad que presentan estos

sujetos para expresar y comprender sentimientos, y afirma que un aspecto crucial para entender su personalidad es el de la profunda discrepancia entre sus niveles intelectuales y afectivos, entre sus capacidades cognitivas normales y sus notables déficits en relación a los impulsos e instintos.

Por último, Artigas-Pallarès y Paula (2012) hacen referencia al programa de investigación que Rutter que en el año 1968 desarrolló con la finalidad de concretar los rasgos definitorios del trastorno.

Establece tres grandes áreas de afectación que a grandes rasgos, se han ido repitiendo en diversas publicaciones y que prácticamente son las que recoge el DSM- IV y se concretan en las siguientes:

- a) *Fracaso profundo y global de la relación social.* Caracterizado por ignorar los sentimientos de los demás, anómala búsqueda de ayuda en situaciones determinadas, dificultad en la imitación de gestos, anomalía en los juegos sociales, dificultades para establecer relación con sus iguales.
- b) *Retraso en la adquisición del lenguaje.* Ausencia o alteración en el lenguaje expresivo y comprensivo. Ausencia de contacto ocular, anomalías en la producción del lenguaje (volumen elevado, tono, frecuencia, ritmo, entonación), lenguaje ecolálico, inversión pronominal, deterioro o ausencia de la capacidad de mantener una conversación.
- c) *Conductas ritualistas y compulsivas que traducen en amplio trastorno de intereses y actividades.* Movimientos corporales estereotipados, preocupación excesiva por detalles o formas, vinculación a objetos peculiares, obsesión por la invariabilidad del entorno, insistencia en seguir rutinas, restricción del conjunto de intereses y conductas autolesivas.

Tras estas definiciones se originó una época de confusión a causa de la aparición de diversas definiciones relacionadas con el rechazo emocional. Esta etapa se caracterizó por las teorías que intentaron explicar el término autista basándose en la psicología experimental. Es aquí donde comienza a confeccionarse la idea de considerar al Autismo como un Trastorno del Desarrollo del niño.

2.3.2. *Las clasificaciones nosológicas.*

El Autismo aparece por primera vez recogido en el DSM-III en 1987 como un Trastorno Profundo del Desarrollo. A partir de este momento el trastorno se explica desde las teorías cognoscitivas e interaccionistas.

Estas teorías se desarrollan a partir de las investigaciones realizadas por Simón-Barón-Cohen cuyas conclusiones se recogen en su artículo: *¿Tienen los niños autistas teoría de la mente?* Las conclusiones de este artículo establecen que los autistas presentan graves dificultades para manejarse en aquellas situaciones que son variables, es decir todo lo relacionado con la psicología intuitiva.

Determina, además que las personas con Trastorno de Espectro Autista presentan mayores competencias en ambientes poco cambiantes y altamente estructurados. Tras esta publicación, numerosas investigaciones se dedican a analizar cuáles son los procesos mentales asociados al trastorno autista.

A partir de las investigaciones de Wing y Gould, publicadas en 1979 (citado en Artigas-Pallarès y Paula, 2012) se comienza a hablar de espectro autista (TEA) para referirse a las distintas formas en que este trastorno puede aparecer en la población afectada; efectivamente, estas autoras recogen que las disfunciones psicológicas que subyacen en el autismo, se pueden manifestar de muchos modos distintos y suponen un continuo, que va mucho más allá de los límites del Síndrome de Kanner. Desarrollan entonces el concepto de *espectro autista*, basado en una triada de alteraciones: interacción social, comunicación e imaginación. En la actualidad, esta triada está comúnmente aceptada y conforma un grupo de factores determinantes, que tienen que presentarse de manera conjunta, para el diagnóstico del trastorno.

El autismo y el continuo de espectro autista, engloba los llamados *Trastornos Generalizados del Desarrollo (TGD)*. Tanto el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastorno Mentales (DSM-IV-TR) como la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud relacionados (CIE-10) recogen este concepto de Trastorno Generalizado del Desarrollo, centrándose en objetivos clínicos de investigación y educacionales.

El DSM-IV-TR incluye en los Trastornos Generalizados del Desarrollo los siguientes: (a) Trastorno Autista; (b) Trastorno de Rett; (c) Trastorno de Asperger; (d) Trastorno Desintegrativo Infantil. Y, define los Trastornos Generalizados del Desarrollo como una perturbación grave y generalizada de varias áreas del desarrollo:

- a) Habilidades para la interacción social.
- b) Habilidades para la comunicación.
- c) Presencia de comportamientos, intereses y actividades restringidos, repetitivos y estereotipados.

Las *alteraciones cualitativas* que definen estos trastornos son claramente impropias del nivel de desarrollo o edad mental del sujeto. Estos trastornos suelen ponerse de manifiesto durante los primeros años de vida y suelen cursar con algún grado de retraso mental.

Por contraste, algunas alteraciones como las cromosomopatías, infecciones congénitas, anomalías estructurales del sistema nervioso central, pueden cursar con sintomatología particular de los trastornos generalizados del desarrollo. Esta pluralidad de formas en que se manifiestan las dificultades mentales que caracterizan a los niños con Trastorno de Espectro Autista, conforma una de las primordiales dificultades que los profesionales tienen a la hora de intervenir con este colectivo.

La actualización del manual de diagnóstico DSM ha sido el DSM-V en 2013 en el que podemos encontrar los siguientes criterios diagnósticos (Ver Cuadro 4).

Cuadro 4. Criterios diagnósticos del Trastorno del Espectro Autista.

<p>A. Deficiencias persistentes en la comunicación social y en la interacción social en diversos contextos, manifestado por lo siguiente, actualmente o por los antecedentes (los ejemplos son ilustrativos, pero no exhaustivos):</p>
<ol style="list-style-type: none">1. Las deficiencias en la reciprocidad socioemocional varían, por ejemplo, desde un acercamiento social anormal y fracaso de la conversación normal en ambos sentidos, pasando por la disminución en intereses, emociones o afectos compartidos, hasta el fracaso en iniciar o responder a interacciones sociales.2. Las deficiencias en las conductas comunicativas no verbales utilizadas en la interacción social varían, por ejemplo, desde una comunicación verbal y no verbal poco integrada, pasando por anomalías del contacto visual y del lenguaje corporal o deficiencias de la comprensión y el uso de gestos, hasta una falta total de expresión facial y de comunicación no verbal.3. Las deficiencias en el desarrollo, mantenimiento y comprensión de las relaciones varían, por ejemplo, desde dificultades para ajustar el comportamiento en diversos contextos sociales, pasando por dificultades para compartir juegos imaginativos o para hacer amigos, hasta la ausencia de interés por otras personas. Especificar la gravedad actual: La gravedad se basa en deterioros de la comunicación social y en patrones de comportamiento restringidos y repetitivos.
<p>B. Patrones restrictivos y repetitivos de comportamiento, intereses o actividades, que se manifiestan en dos o más de los siguientes puntos, actualmente o por los antecedentes (los ejemplos son ilustrativos, pero no exhaustivos):</p>
<ol style="list-style-type: none">1. Movimientos, utilización de objetos o habla estereotipados o repetitivos (p. ej., estereotipias motoras simples, alineación de los juguetes o cambio de lugar de los objetos, ecolalia, frases idiosincrásicas).2. Insistencia en la monotonía, excesiva inflexibilidad de rutinas o patrones ritualizados de comportamiento verbal o no verbal (p. ej., gran angustia frente a cambios pequeños, dificultades con las transiciones, patrones de pensamiento rígidos, rituales de saludo, necesidad de tomar el mismo camino o de comer los mismos alimentos cada día).3. Intereses muy restringidos y fijos que son anormales en cuanto a su intensidad o foco de interés (p. ej. fuerte apego o preocupación por objetos inusuales, intereses excesivamente circunscritos o perseverantes).4. Hiper- o hiporreactividad a los estímulos sensoriales o interés inhabitual por aspectos sensoriales del entorno (p. ej., indiferencia aparente al dolor/temperatura, respuesta adversa a sonidos o texturas específicos, olfateo o palpación excesiva de objetos, fascinación visual por las luces o el movimiento). Especificar la gravedad actual: La gravedad se basa en deterioros de la comunicación social y en patrones de comportamiento restringidos y repetitivos.

Cuadro 4. Criterios diagnósticos del Trastorno del Espectro Autista (Cont.)

C. Los síntomas deben de estar presentes en las primeras fases del período de desarrollo (pero pueden no manifestarse totalmente hasta que la demanda social supera las capacidades limitadas, o pueden estar enmascarados por estrategias aprendidas en fases posteriores de la vida).
D. Los síntomas causan un deterioro clínicamente significativo en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento habitual.
E. Estas alteraciones no se explican mejor por la discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual) o por el retraso global del desarrollo. La discapacidad intelectual y el trastorno del espectro autista con frecuencia coinciden; para hacer diagnósticos de comorbilidades de un trastorno del espectro autista y discapacidad intelectual, la comunicación social ha de estar por debajo de lo previsto para el nivel general de desarrollo.

Fuente: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM-V (2013:50)

Además, en esta última actualización también se incluye una clasificación con respecto a la gravedad.

- a) Grado 1: Necesita ayuda. Las deficiencias en la comunicación social causan grandes dificultades. Resulta difícil el inicio de la interacción y la respuesta ante dicho inicio por parte de los demás, no es la esperada. Inflexibilidad ante los cambios de tareas que le influyen negativamente en determinados contextos.
- b) Grado 2: Necesita ayuda notable. Problemas sociales notables a nivel verbal y no verbal incluso con ayuda in situ. Emiten frases sencillas dirigidas a intereses concretos. Interferencia en varios contextos debido a comportamientos restringidos y repetitivos. Cambiar el foco de acción puede causar dificultad o ansiedad.
- c) Grado 3: Necesita ayuda muy notable. Alteraciones muy graves del funcionamiento debido a una interacción social pobre. Solo responde, y de manera muy limitada, ante interacciones muy directas. El comportamiento restringido y repetitivo ante la inflexibilidad de los cambios causa graves trastornos en el funcionamiento de todos los contextos. Se incrementa notablemente la ansiedad ante los cambios de actividad.

Tras el análisis realizado podemos finalizar concluyendo que el Trastorno del Espectro Autista se considera un trastorno neurológico que afecta al desarrollo del individuo. Se manifiesta en la primera infancia entre los 3 y 6 años. Los factores más notables y significativos son las dificultades en comunicación e interacción social. Otra de las características más frecuente es la dificultad para expresar emociones tanto por exceso como por defecto, lo que incita en numerosas ocasiones conductas desadaptativas. Suelen realizar movimientos repetitivos con su cuerpo y en su interacción con los juegos persisten en realizar la misma acción por su carencia de juego simbólico.

Estas características no se presentan siempre de la misma forma ni confluyen siempre las mismas. También pueden aparecer otros síndromes asociados, por esta razón se dificulta su diagnóstico y por consecuencia su intervención.

2.3.3. Incidencia del TEA en la población.

Según el estudio realizado por Alcantud, Alonso y Mata (2016) existen evidencias del incremento en la tasa de prevalencia de los TEA, pero este incremento no es totalmente atribuible a un incremento en la incidencia del trastorno.

Existen estudios sobre la prevalencia de este trastorno que sitúan su afectación en 1 de cada 88 nacidos (Center for Disease Control and Prevention, DCP, 2012), siendo la proporción 4:1 de hombres sobre mujeres. Está comprobado que en el caso de las mujeres el autismo es más agudo, mientras que en los hombres la mayor parte de las veces se presenta como “alto funcionamiento”. Estos estudios confirman que no existe ninguna diferencia de aparición derivada del contexto cultural, social y/o económico del entorno.

En la actualidad, bien es cierto que el TEA, y el TDAH son dos de los trastornos más estudiados mundialmente, no es menos cierta la existencia de dos niveles de estudio que explican las posibles causas que generan la aparición del autismo: a) neurobiológicas (con base en dos teorías), y b) psicológicas (fundamentadas en cuatro teorías explicativas).

2.4. Trastorno del Espectro Autista y sexualidad.

Todo niño, desde su nacimiento, va desarrollando su personalidad y junto a está también su sexualidad. La sexualidad es parte del crecimiento biológico y del proceso de maduración, unido al desarrollo del sistema nervioso, el metabolismo y el sistema endocrino. Este proceso se complementa a través de la interacción y comunicación social, mediante el contacto físico, la representación y la asimilación de las reglas y normas sociales. La sexualidad es una experiencia emocional de uno mismo y de los otros.

Para plantear y realizar un programa afectivo sexual, en primer lugar, es necesario aceptar que a las personas con TEA se les ha negado, en cierta medida, vivir su sexualidad y sus relaciones interpersonales de manera plena.

En el estudio sobre la sexualidad de adolescentes con TEA de Jiménez y Gutiérrez (2006) confirman que esta población manifestaba conductas sexuales inadecuadas. Además, los progenitores informaron que sus hijos utilizaban objetos o estímulos para la masturbación, a consecuencia de su incapacidad para imaginar. Por otro lado, solicitaban recibir formación sobre cómo educar sexualmente a sus hijos y que estos recibieran la correspondiente educación sobre el tema.

Los tres principales problemas detectados en el estudio de Jiménez y Gutiérrez (2006) fueron los siguientes:

- a) Tendencia a la masturbación en público (54%). A causa de la falta de comprensión de las normas sociales.
- b) Conducta sexual inapropiada hacia otras personas.
- c) Automutilación al masturbarse. Pueden llegar a hacerse daño durante la masturbación, ya sea por la frecuencia con que lo hacen, por la utilización de determinados instrumentos o por una técnica inadecuada que les imposibilita llegar al orgasmo, lo cual hace que aumente su ansiedad.

Por otro lado, estos autores mencionan que los adolescentes con TEA pueden sentirse atraídos por otras personas, no obstante “la expresión de su sexualidad es ingenua, inmadura y falta de experiencia”. Estaríamos en presencia de lo que Luengo y Rodríguez (2009) definen como fusión romántica y, por tanto, en el origen de la vulnerabilidad afectiva de estas personas.

Para Alonso (2016), la sexualidad forma parte de nuestra propia imagen y es fundamental para la transición a la vida adulta, por lo que es esencial ejercer una temprana y adecuada educación sexual.

“Un error repetido es pensar que es menos importante educar a los jóvenes con TEA sobre este tema por creer que están menos expuestos a los problemas relacionados con la sexualidad, pero precisamente por su menor experiencia y su menor comunicación con personas de su misma edad es la educación sexual aún más importante para las personas con TEA” (Alonso, 2016: p.1).

Asimismo, en una relación de pareja debe existir cierta reciprocidad y en este caso para las personas con TEA existen ciertas dificultades (no entender el lenguaje no verbal, tener dificultades en cuanto a entender las emociones de los demás...).

Por otro lado, la población con TEA posee un alto riesgo de ser víctimas sexuales (78%), lo cual incrementa la necesidad de ejercer una correcta educación afectivo sexual.

Es por esto que las personas con discapacidad, en este caso con TEA, al presentar problemas notorios en el desarrollo y conductas sexuales deben ser educadas adecuadamente abordando dicha temática.

3. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN AFECTIVO SEXUAL EN CONTEXTOS CON TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA

A la luz de los trabajos de Jiménez y Gutiérrez (2006) se propone la siguiente línea de intervención afectivo-sexual, aplicable a contextos con población diagnosticada de Trastorno del Espectro Autista, familias, profesionales y grupos de pacientes. El objetivo de esta propuesta es abordar algunos de los cambios físicos y emocionales más relevantes, que se experimentan durante la pubertad y la adultez, relacionados con la sexualidad. De este modo, se contribuye a la mejora de la calidad de vida de los pacientes, la comunidad con TEA y su relación con el entorno.

La naturaleza transversal de la sexualidad, aconseja la intervención interdisciplinar, en este sentido, entendemos que la logopedia puede aportar a la dimensión afectivo-sexual del ser humano sus conocimientos y especialización en comunicación humana.

3.1. El modelo de intervención: modelo biográfico-profesional.

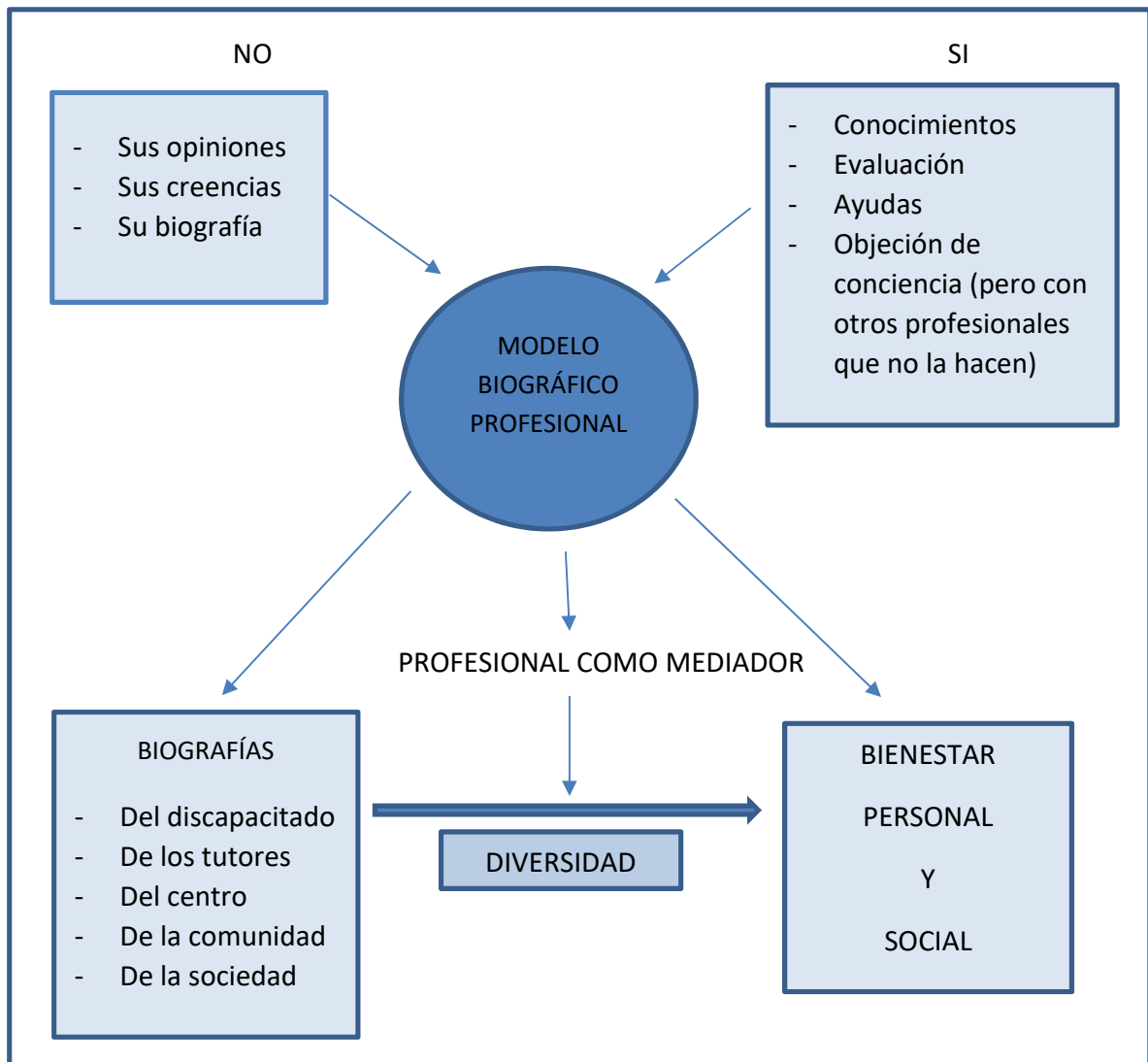
A partir de la revisión de los modelos de intervención en materia de salud sexual presentados en páginas anteriores nuestra propuesta se enmarca en el *modelo biográfico-profesional*.

El *modelo biográfico-profesional* es aquel que pretende tolerar la diversidad y ayudar a cada persona a que pueda ser más libre y más responsable en la promoción de su bienestar y del bienestar social.

Su principal objetivo es el de favorecer la aceptación positiva de la propia identidad sexual, y el aprendizaje de conocimientos y habilidades que permitan vivir las diferentes posibilidades de la sexualidad en cada edad, de acuerdo a la persona o personas implicadas deseen.

En el siguiente cuadro se recogen los aspectos más relevantes de dicho modelo.

Cuadro 5 – Modelo biográfico-profesional



Fuente: Sexo y afecto en personas con discapacidad (2013:127)

3.1.1. Principio de intervención.

Este modelo, el *modelo biográfico-profesional*, tiene como objetivo principal favorecer la aceptación positiva de la propia identidad sexual, y el aprendizaje de conocimientos y habilidades que permitan vivir las diferentes posibilidades de la sexualidad.

Es por ello, que los profesionales deben ofrecer conocimientos en lugar de opiniones o creencias, favorecer la igualdad entre sexos, fomentar la comunicación entre personas, y entrenar en habilidades con el fin de resolver necesidades interpersonales.

En conclusión, el profesional actúa como mediador con el fin de lograr el bienestar personal y social de la persona o personas dependientes.

3.1.2. *Técnicas de enseñanza.*

El trabajo de Lameiras, Rodríguez, Ojea y Dopereiro (2010) aporta evidencia contrastada sobre las principales técnicas de enseñanza que podemos llevar a cabo a lo largo de la intervención individual o grupal. De entre todas ellas en nuestro programa se proponen las siguientes:

- a) *Juego de roles o Role-Playing*: Es una técnica de simulación y dramatización de situaciones que se realiza en grupo, donde es necesario ponerse en el lugar de otro para experimentar un hecho desde otro punto de vista y poder así resolver conflictos y tomar decisiones.
- b) *Historias sociales*: Son materiales gráficos en los que se relatan situaciones o acontecimientos de forma escrita, que pueden ir acompañados de pictogramas o imágenes con el fin de facilitar la comprensión.
- c) *Juegos*: Es una técnica que consiste en una actividad que se desarrolla de forma cooperativa o de forma competitiva, con la finalidad de alcanzar un determinado objetivo. Para el adecuado desarrollo del juego es imprescindible establecer una serie de normas que tienen que ser aceptadas y cumplidas por todos los participantes.
- d) *Análisis de tareas*: Es un material en el que se describen los pasos a seguir para realizar una determinada actividad.
- e) *Videos*: Este recurso aporta con estímulos tanto visuales como auditivos una mayor información. Además, resulta ser un material vistoso y motivador.

El objetivo principal de este material es el de otorgar un mayor apoyo en la intervención afectivo sexual. Estas técnicas de enseñanza podrán ser modificadas o utilizadas adaptándose siempre a las necesidades y características de cada persona.

3.2. Contenidos.

En las siguientes líneas se presentan las cuatro unidades didácticas que dan respuesta a los contenidos fundamentales que entendemos deben ser objeto de intervención en contextos familiares e institucionales con presencia de pacientes con TEA.

Se abordan los *cambios corporales en la adolescencia* donde se incluyen la polución nocturna y la menstruación; el cuidado personal; las *conductas sexuales* desglosándose en excitación, masturbación, acto sexual, amor y enamoramiento, orientación sexual, embarazo, métodos anticonceptivos y enfermedades de transmisión sexual (ETS); y, finalmente, el abuso y la violencia sexual.

En cada unidad didáctica se presentan los siguientes contenidos: a) el concepto central de la dimensión objeto de estudio, b) la importancia de su aplicación en contextos con TEA, c) los objetivos a desarrollar, d) algunas de las actividades susceptibles de implementar, y, e) una batería de instrumentos y materiales que apoyen la implementación de la unidad.

3.2.1. Cambios corporales en la adolescencia

La adolescencia comienza con la pubertad, que se considera el paso de la infancia a la vida adulta. Durante esta etapa se producen diversos cambios ocasionados por la acción de hormonas como el estrógeno, la testosterona y la progesterona.

Algunos de los cambios sexuales secundarios más evidentes que se experimentan durante el periodo de la pubertad son: el crecimiento de vello en cara, pecho, axilas, brazos, piernas, vulva y base del pene; mayor sudoración; cambios en los olores corporales; incremento de grasa en piel y cabello; aparición de acné; ensanchamiento de caderas y crecimiento de senos en las mujeres; y aumento en el tamaño de la espalda en los hombres, además de la disminución del tono de su voz (DGSEI, 2012).

Enfrentarse a estos cambios es un proceso complejo por lo que para las personas con TEA se hace aún más difícil de comprender. Es por esto que se deben abordar estos temas lo más precoz posible, para qué de este modo, logren anticiparse y sepan cómo actuar o reaccionar frente a estos cambios.

En este apartado se describen los dos cambios más significativos que tienen lugar en la pubertad: la *polución nocturna y la menstruación*. (Ver Anexo 1, 2, 3, 4).

a) Polución nocturna

Concepto Central:

El estudio de Papalia (2002) recoge el concepto de polución o emisión nocturna como una eyaculación involuntaria, natural y espontánea de semen que ocurre durante las horas de sueño en los últimos años de adolescencia, aunque puede ocurrir también en la adultez.

Este proceso puede dar lugar a una inquietud común en los hombres adolescentes, por lo que es esencial que conozcan este proceso natural de maduración.

Importancia de su tratamiento en TEA:

Es necesario que los adolescentes con TEA conozcan este proceso natural e involuntario y puedan anteponerse a él, evitando de este modo estados de inquietud o ansiedad. Además, es importante que aprendan como actuar en el momento de experimentar la polución nocturna.

Objetivos:

Objetivo 1. Conocer que es la polución nocturna.

Objetivo 2. Aprender a cómo reaccionar en caso de que ocurra.

Objetivo 3. Reconocer la importancia del cuidado e higiene en el proceso.

Batería de Actividades:

Actividad 1. Explicar qué es la polución nocturna, a qué se debe este proceso y en qué circunstancias se manifiesta.

Actividad 2. Entrenar para la reducción de la ansiedad, indicando que se debe reaccionar con tranquilidad, ya que se trata de algo natural.

Actividad 3. Explicar el proceso de higiene adecuado posterior a la aparición de una polución nocturna (cambio de ropa interior, lavado de manos...).

Materiales y recursos: (Ver Anexo 5).

b) Menstruación

Concepto Central:

El *National Institute of Child Health and Human Development* (2009) define la menstruación como el proceso fisiológico en el que se produce sangrado vaginal que ocurre una vez al mes en las mujeres. En este fenómeno biológico se produce el desprendimiento de la capa funcional del útero. Este sangrado suele tener una duración aproximada de 3 a 5 días comúnmente acompañado de dolores en distintas partes del cuerpo y este suele aparecer por primera vez alrededor de los 12 años.

Importancia de su tratamiento en TEA:

Es importante explicar y anticipar de este proceso de manera clara a los adolescentes con TEA con el objetivo de que cuando este proceso se manifieste no se ocasionen estados de estrés o ansiedad. También, es necesario que los varones conozcan este proceso ya que suele ser un gran interrogante para ellos.

Objetivos:

Objetivo 1. Conocer qué es la menstruación.

Objetivo 2. Reconocer la importancia del cuidado e higiene en el proceso.

Objetivo 3. Relacionar el significado de la menstruación con la reproducción.

Batería de Actividades:

Actividad 1. Explicar que es la menstruación, a qué edad aparece y por qué. Sería útil utilizar como apoyo un calendario del ciclo menstrual.

Actividad 2. Conocer el proceso de higiene durante los días de la menstruación (lavado de manos, higiene íntima...).

Actividad 3. Explicar la importancia de la menstruación en la sexualidad, indicando que el inicio de esta etapa convierte a la mujer apta para procrear.

Actividad 4. Explicar a los varones en qué consiste la menstruación para reducir las dudas que puedan surgir al respecto a este proceso.

Materiales y recursos: (Ver Anexo 6).

3.2.2. Cuidado personal

Concepto Central:

Durante la pubertad, el cuerpo experimenta cambios anatómicos, fisiológicos y comportamentales, provocando variaciones en el funcionamiento del organismo.

El cuidado e higiene corporal y sexual deber llevarse a cabo por cada individuo a través de rutinas que le permitan mantener un equilibrio integral. Algunos de los aspectos más relevantes a tratar para evitar desequilibrios que afecten la salud sexual son la higiene y cuidado corporal, la exploración corporal para identificar enfermedades de transmisión sexual y la prevención de estas.

Importancia de su tratamiento en TEA:

Explicar las consecuencias personales y sociales de mantener una adecuada higiene y cuidado personal es esencial. En ocasiones las personas con TEA no desarrollan un hábito de aseo diario, por lo que se debe organizar y anticipar cada acción a realizar.

Objetivos:

Objetivo 1. Identificar la importancia de la higiene personal.

Objetivo 2. Desarrollar rutinas de higiene y cuidado personal.

Objetivo 3. Identificar momentos y situaciones que requieren realizar rutinas de higiene personal.

Batería de Actividades:

Actividad 1. Explicar importancia de la higiene personal para la salud, en cuanto a la prevención de infecciones, enfermedades y contagios.

Actividad 2. Elaborar un calendario de rutinas o hábitos de limpieza con sus correspondientes horarios.

Actividad 3. Conocer los diferentes utensilios de aseo e higiene personal que existen y saber cuándo y cómo usarlos.

Actividad 4. Elaborar calendarios y rutinas de cambios de vestido.

Materiales y recursos: (Ver Anexo 7 y 8).

3.2.3. Conductas sexuales

Como se ha mencionado anteriormente, en la adolescencia se producen cambios tanto físicos como emocionales que son complicados de interpretar y en el caso de personas con Trastorno de Espectro Autista esta dificultad se agrava, dado que son experiencias nuevas y abstractas.

Según Hortal (2014), la expresión de la sexualidad en los adolescentes con TEA suele ser ingenua e inmadura, ya que la falta de comprensión de las normas y reglas sociales ocasiona que realicen conductas inadecuadas como masturbarse en público o desnudarse.

Dentro de este apartado se van a abordar los siguientes temas: (a) excitación, (b) acto sexual, (c) amor y enamoramiento, (d) orientación sexual, (e) embarazo, (f) métodos anticonceptivos y (g) enfermedades de transmisión sexual (ETS).

a) Excitación

Concepto Central:

Según el trabajo de Larraburu (2009), la excitación es la primera parte de una respuesta sexual a un estímulo psicológico, físico o ambos, en la que se experimentan una serie de procesos como el aumento del ritmo cardíaco, erección del pene y lubricación de la vagina.

Importancia de su tratamiento en TEA:

Es fundamental instruir a las personas con TEA ante la combinación de sensaciones físicas y emocionales, ya que pueden provocar confusión. Por lo que es importante explicar y conocer los estímulos que pueden provocar la excitación, los cambios y las sensaciones que se generan en el cuerpo, cómo manejarlos y como llevar un comportamiento adecuado a estos casos adaptándose a las normas sociales.

Objetivos:

Objetivo 1. Conocer que es la excitación.

Objetivo 2. Conocer las causas que pueden producir la excitación.

Objetivo 3. Identificar que sucede con el cuerpo cuando se está excitado.

Objetivo 4. Aprender a cómo se debe reaccionar cuando ocurre la excitación.

Batería de Actividades:

Actividad 1. Explicar que es la excitación y que es una respuesta sexual a un estímulo.

Actividad 2. Conocer cuáles son las causas que pueden producir la excitación (estímulos físicos o psicológicos).

Actividad 3. Conocer las distintas sensaciones y cambios físicos que se pueden producir mediante la excitación.

Actividad 4. Explicar qué hacer ante la excitación dependiendo del contexto en el que se encuentre.

b) Masturbación

Concepto Central:

Según DGSEI (2012), La masturbación es una conducta de estimulación sexual. Este proceso es común en la pubertad y adolescencia, siendo totalmente natural y sano, y por lo general convirtiéndose en la primera experiencia sexual en personas con TEA.

Al igual que el resto de la población, las personas con TEA también experimentan deseos sexuales pero debido a sus dificultades de comunicación, comportamiento y socialización les resulta más complicado el abordaje de este tema.

Importancia de su tratamiento en TEA:

Es esencial que los adolescentes con TEA conozcan que la masturbación es un acto normal que representa una necesidad fisiológica. Además, de conocer su concepto se deberán conocer las normas sociales básicas que se relacionan con este acto, con el fin de evitar molestias en otras personas y proteger su propia integridad.

Objetivos:

Objetivo 1. Conocer que es la masturbación.

Objetivo 2. Eliminar la concepción negativa respecto al acto de masturbarse.

Objetivo 3. Reconocer dónde y cuándo es adecuado realizar la acción de masturbarse.

Objetivo 4. Conocer las medidas de higiene, previas y posteriores a la masturbación.

Batería de Actividades:

Actividad 1. Explicar que es la masturbación.

Actividad 2. Aclarar que la masturbación es algo normal y fisiológico, por lo que no se debe tener culpabilidad al realizarla.

Actividad 3. Explicar que la masturbación debe realizarse donde no haya presencia de otras personas y en un espacio privado.

Actividad 4. Fomentar que esta actividad se realice con las manos limpias y en un lugar higiénico, seguro y privado. Enfatizar que, posterior a la masturbación, se debe asear los genitales, las manos y dejar limpio el lugar.

Materiales y recursos: (Ver Anexo 9).

c) Acto sexual

Concepto Central:

El acto o relación sexual es el conjunto de comportamientos eróticos entre al menos dos personas. El inicio de las relaciones sexuales debe ser una decisión libre y personal, en la que se debe contar con información adecuada para afrontarla. Los objetivos del acto sexual son la reproducción y dar y/o recibir placer por lo que se puede alcanzar una sensación satisfactoria denominada “orgasmo” que se manifiesta de manera diferente en hombres y mujeres. (Sanitas, 2019)

Importancia de su tratamiento en TEA:

Es fundamental tener conocimiento sobre el acto sexual y todo lo relacionado con él, para comprender cuáles son las consecuencias de realizarlo y los cuidados que se deben tener. Las personas con TEA, debido a sus dificultades en la interpretación de las intenciones de los demás, se pueden ver obligados a realizar prácticas sexuales sin ser conscientes de lo que esto supone. Por lo que es imprescindible enseñar este proceso de forma explícita y concreta.

Objetivos:

Objetivo 1. Conocer que es y cómo se realiza el acto sexual.

Objetivo 2. Reconocer las normas sociales relacionadas al acto sexual.

Objetivo 3. Conocer las posibles consecuencias del acto sexual.

Batería de Actividades:

Actividad 1. Explicar qué es el acto sexual, señalando que es una práctica que se realiza entre al menos dos personas con el fin de sentir placer o procrear.

Actividad 2. Explicar que el acto sexual es una acción que debe realizarse en lugares privados con una pareja que esté dispuesta voluntariamente a lo mismo. Explícitamente se debe enseñar que el acto sexual no debe realizarse en lugares públicos, indicando de forma específica estos (plaza, calle, otras casas, colegio, etc.).

Actividad 3. Aclarar que pueden existir algunas consecuencias al realizar el acto sexual si no se toman las medidas de prevención adecuadas, como el embarazo y las infecciones de transmisión sexual.

d) Amor y enamoramiento

Concepto Central:

El amor puede entenderse como una actitud, una emoción o una conducta. Mientras que, por otro lado, el enamoramiento se caracteriza por ser un estado que tiene lugar al inicio de una relación amorosa en el que la persona ponga en valor las cualidades de otra. (Pérez et al., 2008)

Las personas con TEA al presentar dificultades en la distinción, comprensión y autorregulación de la sensibilidad afectiva pueden provocar que la expresión de sus sentimientos se manifieste de forma desproporcionada, pudiendo ocasionar suposiciones erróneas sobre sus sentimientos hacia otras personas.

Importancia de su tratamiento en TEA:

Es importante que los adolescentes con TEA aprendan a manejar y comprendan estos conceptos para poder reconocerlos en ellos y en el resto. Además, es fundamental que sepan dónde acudir para consultar y comentar sus sentimientos y emociones, ya que para ellos pueden provocar estados de confusión.

Objetivos:

Objetivo 1. Explicar qué significa estar enamorado o sentir atracción por alguien.

Objetivo 2. Dar a conocer los tipos de relación afectiva existentes.

Objetivo 3. Abordar situaciones complejas dentro de una relación de pareja.

Batería de Actividades:

Actividad 1. Explicar que estar enamorado o sentir atracción por alguien incluye sentimientos especiales por una persona, donde se aprecia una admiración, cariño y deseos de estar con el otro.

Actividad 2. Dar a conocer los tipos de relación que se pueden tener con otra persona, como son la amistad, el flirteo, el matrimonio, entre otros. Se sugiere explicar las normas sociales y la cercanía que se debe tener en cada tipo de relación.

Actividad 3. Explicar que no siempre los sentimientos que se tienen hacia una persona serán correspondidos, y que dependiendo de ello se podrá o no avanzar en la relación.

Actividad 4. Mencionar que podrían presentarse situaciones de desacuerdo o discusiones en la pareja. Se sugiere realizar juego de roles, con el fin de saber cómo solucionar las situaciones conflictivas.

e) *Orientación sexual*

Concepto Central:

Según el estudio realizado por González, Martínez, Leyton y Bardi (2004), la orientación sexual es la dirección de los intereses eróticos hacia otras personas, es decir, hace referencia al sexo por el cual una persona se siente atraída. Esto sucede a causa de los cambios hormonales que ocurren en la pubertad. En esta etapa se inicia el descubrimiento del significado de sentir atracción hacia otra persona y reconocer la propia orientación sexual.

Importancia de su tratamiento en TEA:

Pueden surgir confusiones sobre la orientación sexual durante la adolescencia en personas con TEA, por lo que es fundamental que conozcan con claridad los diferentes tipos de preferencias sexuales con el objetivo de que sepan reconocerlas en ellos mismos.

Objetivos:

Objetivo 1. Conocer las diferentes orientaciones sexuales.

Objetivo 2. Conocer los diferentes tipos de conformación familiar.

Batería de Actividades:

Actividad 1. Explicar que todas las personas son diferentes, con distintos gustos y preferencias y que merecen ser respetados.

Actividad 2. Explicar que existen diferentes orientaciones sexuales y que esto no influye en la calidad de vida como persona.

Actividad 3. Explicar y enseñar que existen diferentes tipos de familia y que esto no influye en su calidad como persona.

Materiales y recursos: (Ver Anexo 10).

f) Embarazo

Concepto Central:

El embarazo o gestación es el periodo de tiempo que transcurre entre la fecundación del óvulo por el espermatozoide y el momento del parto. Este proceso es el resultado del acto sexual sin la utilización de método anticonceptivo. El embarazo tiene una duración aproximada de unos 9 meses, puede variar entre 38 y 40 semanas. Durante esos meses se experimentan procesos fisiológicos de crecimiento y desarrollo del feto en el interior del útero materno, acompañados de cambios en el cuerpo de la mujer con el fin de proteger, nutrir y permitir el desarrollo del feto. (Espinosa *et. al.* 2016).

Importancia de su tratamiento en TEA:

Es esencial conocer de forma clara y específica cada una de las etapas que irán transcurriendo a lo largo del embarazo, ya que es un proceso en el que se experimentan diversos cambios, tanto físicos como emocionales, durante un largo periodo de tiempo, por lo que el objetivo es que las personas con TEA puedan anticiparse a estas.

Objetivos:

Objetivo 1. Conocer que es y cómo se produce un embarazo.

Objetivo 2. Identificar las etapas y cambios que se producen en el periodo de gestación.

Objetivo 3. Aprender a establecer un cuidado durante el embarazo.

Objetivo 4. Conocer el proceso del parto.

Batería de Actividades:

Actividad 1. Explicar qué es el embarazo y que se produce a consecuencia del acto sexual, ya que en la eyaculación se liberan los espermatozoides dentro de la vagina de la mujer, produciendo así la fecundación.

Actividad 2. Conocer los cambios físicos que se producen, como el crecimiento del vientre, del busto, ensanchamiento de caderas, entre otros.

Actividad 3. Enseñar sobre cuidados en el embarazo en cuanto al consumo de alcohol, drogas y tabaco, además de los alimentos sugeridos y contraindicados.

Actividad 4. Conocer el proceso del parto en cuanto al comienzo y duración de las contracciones, la dilatación del cuello del útero y los pasos a seguir en el trayecto al hospital. Mencionar los tipos de partos que existen, con sus beneficios y consecuencias.

Materiales y recursos: (Ver Anexos 8)

g) Métodos anticonceptivos

Concepto Central:

Los métodos anticonceptivos son herramientas que previenen el embarazo. Estos métodos pueden ser usados tanto por mujeres como hombres, siendo hormonales, transitorios o definitivos, basados en la tecnología o conductas... Además, algunos de estos métodos previenen de Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS), como el preservativo.

Importancia de su tratamiento en TEA:

Como el resto de la población, los adolescentes con TEA deben conocer los principales métodos anticonceptivos, sus características, formas de uso y contraindicaciones, con el objetivo de prevenir embarazos no deseados y/o enfermedades de transmisión sexual (ETS).

Objetivos:

Objetivo 1. Conocer que son los métodos anticonceptivos.

Objetivo 2. Explicar los tipos de métodos anticonceptivos y su forma de uso.

Objetivo 3. Reconocer la importancia de la utilización de métodos anticonceptivos.

Objetivo 4. Conocer la eficacia de los diferentes tipos de métodos anticonceptivos.

Batería de Actividades:

Actividad 1. Explicar que son los métodos anticonceptivos. Presentar los diferentes métodos anticonceptivos y el correspondiente modo de uso de cada uno, por ejemplo, pastillas anticonceptivas por vía oral y de consumo diario, condón como protección externa y transitoria, dispositivo intrauterino con una duración de años, entre otros. Se sugiere presentar cada uno de manera concreta.

Actividad 2. Explicar la utilidad de los métodos anticonceptivos, tanto en la prevención de enfermedades de transmisión sexual como de embarazos.

Actividad 3. Señalar las distintas formas de conseguir métodos anticonceptivos (obtenerlos en los centros de salud públicos, comprarlos en la farmacia, comprarlos con una receta médica, otros).

Materiales y recursos: (Ver Anexo 12 y 13).

h) Enfermedades de transmisión sexual (ETS)

Concepto Central:

Las enfermedades de transmisión sexual (ETS) son infecciones que se contagian de una persona a otra manteniendo relaciones sexuales tanto vaginal, anal u oral. Los agentes causantes de estas enfermedades pueden ser bacterias, parásitos u virus. Previo al acto sexual es fundamental reflexionar sobre las consecuencias que esto puede ocasionar si no se toman las medidas de protección necesarias, por lo que tan importante es la anticoncepción como la prevención de ETS.

Importancia de su tratamiento en TEA:

Es imprescindible tener conocimientos sobre este tema y sobre los métodos de protección sexual antes de que los adolescentes inicien su actividad sexual, con la finalidad de ayudar a prevenir el posible contagio de una ETS. Que los adolescentes con TEA y el resto de la población conozcan estos aspectos es de vital importancia para contribuir a la salud pública.

Objetivos:

Objetivo 1. Conocer que son y cómo se contraen las ETS.

Objetivo 2. Explicar los tipos de ETS.

Objetivo 3. Aprender a cómo prevenir el contagio de las ETS.

Objetivo 4. Enseñar qué se debe hacer si se presenta una ETS.

Batería de Actividades:

Actividad 1. Explicar que las infecciones de transmisión sexual se contagian tanto a través del contacto directo de los genitales, como por el acto sexual en sí, ya sea por sexo vaginal, oral o anal.

Actividad 2. Presentar los tipos de ETS, explicando los signos y síntomas que cada una presenta, además de las consecuencias que pueden generar.

Actividad 3. Explicar las maneras de prevenir el contagio de las ETS.

Actividad 4. Conocer los pasos a seguir y a quién acudir en caso de tener la sospecha de haber adquirido una infección de transmisión sexual.

Materiales y recursos: (Ver Anexo 14).

3.2.4. *Abuso y violencia sexual*

Concepto Central:

El abuso y la violencia sexual son tipos de maltrato que pueden aparecer en todas las sociedades, culturas, niveles educativos, económicos y sociales. Es todo proceso que involucre a una persona en una actividad sexual sin su consentimiento o que no sea acorde a su edad, a consecuencia puede producir un daño que dificulte el desarrollo normal de la persona abusada y es considerado una grave violación de los derechos. (UNICEF, 2011).

El estudio de Hughes (2015) recoge que la prevalencia del abuso o violencia en niños con TEA es mayor que en la población general dado que es un grupo considerado de alto riesgo a causa de sus dificultades en habilidades sociales, comunicativas y comprensión social.

Importancia de su tratamiento en TEA:

Los adolescentes con TEA podrían exponerse a situaciones de riesgo sin ser conscientes de ello por su dificultad en el procesamiento y comprensión de ciertas situaciones. Es por ello que las personas con autismo se consideran más vulnerables al abuso, ya que como hemos mencionado no comprenden o no saben interpretar las intenciones de otro.

Objetivos:

Objetivo 1. Conocer que es el abuso y la violencia sexual.

Objetivo 2. Promover estrategias de prevención del abuso y violencia sexual.

Objetivo 3. Aumentar la comunicación entre adolescentes y profesionales.

Batería de Actividades:

Actividad 1. Explicar qué es el abuso sexual o violencia sexual y aclarar cuando un acto se considera como tal. Se sugiere dar ejemplos de situaciones específicas.

Actividad 2. Enseñar estrategias de prevención que permitan a los menores desenvolverse frente a una situación incómoda o peligrosa (reconocer actitudes sexualmente insinuantes, especificar directamente quiénes son las únicas personas que lo pueden ayudar en la higiene personal (ir al baño, a ducharse, etc.), explicar formas de dar aviso de un abuso sexual y a quién informarlo, entre otros).

Actividad 3. Dar a conocer las instituciones a los que el adolescente y su red de apoyo pueden acudir en caso de abuso o violencia sexual.

Materiales y recursos: (Ver Anexos 15, 16 y 17).

4. CONCLUSIONES Y ALCANCE DEL TRABAJO DE FIN DE GRADO.

El Trabajo Fin de Grado nació con el ánimo de encontrar respuestas a los siguientes interrogantes:

- a) *¿La ausencia de interacción afectiva descrita en los manuales diagnósticos para los menores con TEA se mantiene a lo largo de la vida?*
- b) *¿Cuáles son las conductas que manifiestan los usuarios con el fin de satisfacer su deseo sexual?*
- c) *¿Las conductas sexuales son a menudo expresadas de manera inapropiada hacia el entorno y hacia las propias personas con TEA?*
- d) *¿Qué intervenciones logopédicas pueden contribuir a la mejora de la calidad de vida de estos pacientes y sus contextos?*

Estos meses de lecturas y reflexión nos permiten avanzar algunas respuestas:

- a) La ausencia de interacción afectiva descrita en los manuales diagnósticos para los menores con TEA no se mantiene a lo largo de la vida, ya que hemos podido comprobar gracias al estudio de Jiménez y Gutiérrez (2006) que esta población durante la adolescencia manifiesta conductas sexuales inadecuadas.
- b) Algunas de las conductas que manifiestan los usuarios con TEA con el fin de satisfacer su deseo sexual son la masturbación.
- c) Las conductas sexuales en esta población a menudo son expresadas de manera inapropiada, ya que tienen tendencia a masturbarse en público, a manifestar conductas inapropiadas hacia otras personas e incluso pueden llegar a la automutilación al masturbarse, ya sea por la frecuencia con la que lo realizan, por el uso de instrumentos o por la puesta en marcha de técnicas inadecuadas que no les posibilita el orgasmo, lo cual produce un aumento de su ansiedad.
- d) Se puede contribuir a la mejora de la calidad de vida de estos pacientes y sus contextos mediante una intervención que, en el marco de la logopédica, tenga como objetivos proporcionar información, apoyos y materiales a familiares, profesionales, pacientes o grupos de pacientes.

En cuanto al alcance del Trabajo Fin de Grado, somos conscientes que el estudio entre las variables TEA y sexualidad que se ha realizado es escaso, pero entendemos que con él se aportan líneas de trabajo a desarrollar en el futuro.

Primero, creemos que el trabajo representa un acercamiento al estudio de la relación entre dos variables con componente tabú, el Trastorno del Espectro Autista con su estigmatización y la sexualidad negada a población dependiente.

Segundo, aporta una línea de intervención afectivo-sexual elaborada con el propósito de abordar los aspectos más relevantes sobre sexualidad y cambios biológicos, fisiológicos y emocionales que se producen en la pubertad y continúan en la adultez.

Y, por último, resultado de la reflexión teórica han surgido posibles líneas de trabajo e investigación que de forma interdisciplinar se puedan implementar desde la logopedia. Algunas de ellas son:

- *Profundizar en la investigación entre dos variables, Trastorno del Espectro Autista y Sexualidad.*
- *Evaluar las intervenciones que se apliquen y diseñar intervenciones afectivo-sexuales para personas dependientes.*
- *Realizar un estudio de las conductas afectivo sexuales que se manifiestan en una muestra de población diagnosticada de Trastorno del Espectro Autista.*

Y resultado de todo ello visibilizar la dimensión sexual del ser humano en las personas más vulnerables.

En las noches claras,
resuelvo el problema de la soledad del ser.
Invito a la luna y con mi sombra somos tres.

Gloria Fuertes.

5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alcantud Marín, F., Alonso Esteban, Y. y Mata Iturralde, S. (2016). Prevalencia de los trastornos del espectro autista: revisión de datos. *Siglo Cero*, 47(4), 7-26.
- Alonso, J. R. (2016). TEA y Sexualidad [Artículo en sitio web]. En <http://autismodiario.org/2016/03/18/tea-y-sexualidad/>
- American Psychiatric Association (1987). DSM-III. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3ª ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (5ª ed.). Editorial Médica Panamericana.
- ANECA. (2007). Libro Blanco. Título de Grado en Logopedia. Madrid, España. Recuperado de: http://www.aneca.es/var/media/150352/libroblanco_logopedia_def.pdf
- APA. (2018). Formato APA para la presentación de trabajos escritos. Recuperado de: <http://normasapa.com/formato-apa-presentacion-trabajos-escritos/>
- Artigas-Pallarès, J., y Paula, I. (2012). El autismo 70 años después de Leo Kanner y Hans Asperger. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 32(115), 567-587.
- CIE-10. (2000). (2ª ed., Vol. 4). Madrid: Editorial Medica Panamericana.
- Rodarte, T., Irene, G. y Ávila García, G. (GSEI) (2012). Por mi salud y tu tranquilidad, hablemos de sexualidad. *Secretaría de Educación Pública, México*.
- Gálvez Espinosa, M., Rodríguez Arévalo, L., & Rodríguez Sánchez, C. O. (2016). El embarazo en la adolescencia desde las perspectivas salud y sociedad. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 32(2), 280-289.
- Gómez Zapiain, J. (2000). Educación afectivo sexual. *Anuario de sexología*, 6, 41-56.

- González, E., Martínez, V., Leyton, C., & Bardi, A. (2004). Orientación sexual: Un desafío actual para la atención de adolescentes. *Rev. Sogia*, 11(3), 69-78.
- Haracopos, D., & Pedersen, L. (1992). Sexualidad y Autismo. Informe Danés
- Hortal, C. (2014). Trastorno del espectro autista: ¿Cómo ayudar a nuestro hijo con TEA? Barcelona: Medici.
- Hughes, C. (2015). Protección de niños y jóvenes con autismo contra la violencia y el abuso. Recuperado el 02 de noviembre de 2015, de Asociación Speak Up: http://speakup.progettisociali.it/docs/es/guide_one.pdf
- Jiménez, B., y Gutiérrez, V. (2006). Autismo y sexualidad en Tenerife. En O. Alegre (Dir.), *Inclusión y diversidad. Innovaciones y experiencias* (pp. 239-260). Málaga: Ediciones Aljibe.
- Lameiras Fernández, M., Rodríguez Castro, Y., Ojea Rúa, M., y Dopereiro Rodríguez, M. (2010) Programa coeducativo de desarrollo psicoafectivo y sexual. Madrid: Editorial Pirámide.
- Larraburu, I. (2009). Atención plena. Madrid: Planeta.
- López Sánchez, F. (2013). Sexo y afecto en personas con discapacidad. Madrid: Biblioteca Nueva.
- López Sánchez, F. (2015). Apego y relaciones amorosas. *Informació Psicològica*, (82), 36-48.
- Luengo Rodríguez, T., y Rodríguez Sumaza, C. (2009). El mito de la fusión romántica. Sus efectos en el vínculo de la pareja. *Anuario de sexología*, (11), 19-26.
- Ministerio de Salud Gobierno del Perú (2012). Planificación Familiar: Derecho de todos y todas.
- Montero, A. (2011). Educación sexual: un pilar fundamental en la sexualidad de la adolescencia. *Rev. Med. Chile*, 139, 1249-1252.
- Muñoz, M. (2003). Consideraciones sobre la sexualidad en personas con discapacidad físico-motora. *MEDISAN*, 7(2), 49-57.

Muñoz, M. A. y Revenga, M. (2005). Aprendizaje y educación afectivo-sexual: una revisión de los planteamientos iniciales del aprendizaje de las cuestiones sexuales. *Revista Galego-Portuguesa de Psicología e Educación*, 12(10), 45-56.

National Institute of Child Health and Human Development. (2009 de marzo de 2009). La menstruación y el ciclo menstrual. EEUU.

Organización Mundial de la Salud. (2001). Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Salud. Recuperado de:

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43360/9241545445_spa.pdf;jsessionid=6B1946EDB2734C2B63DC8C523E573789?sequence=1

Papalia, D. E. (2002). *Desarrollo Humano*. Bogotá, Colombia: Mc Graw Hill.

Pichot, P., López-Ibor, J., y Valdés, M. (1996). DSM-IV: manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson.

Sanitas (2019). *La relación sexual*. [online] Sanitas. Recuperado de: <https://www.sanitas.es/sanitas/seguros/es/particulares/biblioteca-de-salud/ginecologia/aparato-genital-femenino/sin012103wr.html>.

UNICEF. (2011). Guía clínica: Atención de niños, niñas y adolescentes menores de 15 años víctimas de abuso sexual. Santiago de Chile: Ministerio de Salud de Chile.

ANEXOS

Anexo 1:

Qué ocurre realmente cuando llegas a la pubertad:

<https://www.youtube.com/watch?v=HpkruWIOgA>

Anexo 2:

La pubertad de los chicos: <https://www.youtube.com/watch?v=qZICDcdLtgw>

Anexo 3:

La pubertad de las chicas <https://www.youtube.com/watch?v=8byeza22DLE>

Anexo 4:

Leo y los cambios corporales en la pubertad https://www.youtube.com/watch?v=tieHBmh_buE

Anexo 5:

¿Qué son los sueños húmedos? (México) <https://www.youtube.com/watch?v=8byeza22DLE>

Anexo 6:

La pubertad en las chicas: El periodo (México) <https://www.youtube.com/watch?v=Xqnv547Wjxc>

Anexo 7:

Hábitos de higiene <https://www.youtube.com/watch?v=U5Ve1Qp1KWk>

Anexo 8:

Visitar Portal Aragonés de la Comunicación Aumentativa y Alternativa <http://www.arasaac.org/>

Anexo 9:

Masturbación: completamente sana y normal (Uruguay)

https://www.youtube.com/watch?v=Jf10da_5pfl

Anexo 10:

Orientación Sexual (Uruguay) <https://www.youtube.com/watch?v=-ptT1HNgcUk>

Anexo 11:

El Mundo de Polli - CAP 026 MAMA EMBARAZADA

<https://www.youtube.com/watch?v=wa9fmXrd1Kc>

Anexo 12:

Anticonceptivos: condones, píldora y parche (México)

<https://www.youtube.com/watch?v=tRqmEAS8VNM>

Anexo 13:

Métodos anticonceptivos explicado por El Botsi <https://www.youtube.com/watch?v=kxCppH4gCPc>

Anexo 14:

Información General sobre ITS | Planned Parenthood Video
<https://www.youtube.com/watch?v=8eDBlaS67Jk&feature=youtu.be>

Anexo 15:

Consentimiento <https://www.youtube.com/watch?v=KDrxpG2XqqY>

Anexo 16:

Relaciones saludables vs. relaciones no saludables
<https://www.youtube.com/watch?v=lie2l7jWWkU>

Anexo 17:

Violencia Sexual (Colombia) <https://www.youtube.com/watch?v=D8ZuqvivV5A>