



UNIVERSIDAD DE VALLADOLID

FACULTAD DE EDUCACIÓN Y TRABAJO SOCIAL

TRABAJO FINAL DE GRADO

**PAPEL DEL TRABAJO SOCIAL EN LA SEXUALIDAD DE LAS
PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL.**

AUTORA: Raquel Noceda Casado

TUTOR: Pablo De La Rosa Gimeno

ÍNDICE

RESUMEN.....	3
ABSTRACT.....	4
INTRODUCCIÓN	5
MARCO TEÓRICO.....	7
1. DEFINICIÓN DEL CONCEPTO DE DISCAPACIDAD.....	7
1.1 EVOLUCIÓN DEL TÉRMINO.....	7
2. DEFINICIÓN DEL CONCEPTO DE DISCAPACIDAD INTELECTUAL (DI).....	10
3. DEFINICIÓN DEL TÉRMINO SEXUALIDAD.....	11
4. DEFINICIÓN DEL CONCEPTO EDUCACIÓN SEUXAL.....	13
4.1 CONCEPTO DE EDUCACIÓN AFECTIVO-SEXUAL.....	14
5. ANTECEDENTES DE LA SEXUALIDAD DE LAS PERSONAS CON DI.....	15
5.1 UNA MIRADA HACIA EL COLECTIVO DE LAS PERSONAS CON DI.....	15
5.2 LA SEXUALIDAD COMO TABÚ.....	17
6. DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DI.....	19
7. IDENTIFICACIÓN DE LOS FALSOS MITOS EXISTENTES SOBRE LA SEXUALIDAD DE LAS PERSONAS CON DI.....	23
8. ANÁLISIS DEL PAPEL DE LOS DIFRENTES AGENTES EXTERNOS EN LA SEXUALIDAD DE LAS PERSONAS CON DI.....	28
8.1 PAPEL DE LAS FAMILIAS Y DEL ENTORNO.....	29
8.2 PAPEL DE LAS INSTITUCIONES Y DE LOS PROFESIONALES.....	35
8.2.1 MODELOS DE INTERVENCIÓN.....	35
9. TRABAJO SOCIAL Y EDUCACIÓN SEXUAL DE LAS PERSONAS CON DI.....	45
9.1 EL TRABAJO SOCIAL COMUNITARIO Y EL TRABAJO SOCIAL DE GRUPOS.....	47
9.1.1 UNA APROXIMACIÓN AL TRABAJO SOCIAL COMUNITARIO.....	47
9.1.2 UNA APROXIMACIÓN AL TRABAJO SOCIAL DE GRUPOS.....	51
9.2 EL TRABAJO SOCIAL EN EL ÁMBITO EDUCATIVO.....	54
CONCLUSIONES.....	60
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	63

RESUMEN

Las personas con discapacidad intelectual (DI) han tenido que enfrentarse a numerosas barreras a lo largo de su vida, especialmente en lo que respecta a su sexualidad que, durante mucho tiempo, ha sido considerada un tabú, marcado por la negación, el silencio y la represión. La sexualidad no sólo constituye una necesidad intrínseca del ser humano, sino que es un derecho fundamental que es reconocido por varios marcos legales y de derechos humanos internacionales como la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de las Naciones Unidas o la Declaración de los Derechos Sexuales. Sin embargo, en los últimos años, se ha reabierto el debate existente entorno a la sexualidad de las personas con discapacidad intelectual y ha aumentado notablemente el interés y la preocupación por parte de las instituciones, las familias y los profesionales. En este trabajo se ha revisado la literatura existente sobre este tema, analizando los antecedentes de la sexualidad de las personas con DI, los mitos más difundidos y sus latentes consecuencias así como los diferentes modelos de intervención en educación sexual. Además, en este trabajo se subraya la importancia tanto del papel de las familias y del entorno como de los trabajadores sociales y las diferentes funciones que pueden desempeñar para lograr mejorar la calidad de vida y el bienestar de las personas con DI así como garantizar su plena inclusión en la sociedad.

PALABRAS CLAVE

Discapacidad intelectual (DI), sexualidad, educación sexual, trabajo social, inclusión.

ABSTRACT

People with intellectual disabilities (ID) have had to face numerous barriers throughout their lives, especially concerning their sexuality, which has long been considered a taboo, marked by denial, silence, and repression. This aspect not only constitutes an intrinsic human need but also a fundamental right recognized by various international legal frameworks and human rights, such as the United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities or the Declaration of Sexual Rights. However, in recent years, the existing debate on this issue has been reopened, and the interest and concern from institutions, families, and professionals have notably increased. This work reviews the existing literature on this topic, analyzing the background of the sexuality of people with ID, the most widespread myths and their latent consequences, as well as the different intervention models in sexual education. Moreover, this work highlights the importance of the role of families and the environment, as well as social workers and the various functions they can perform to improve the quality of life and well-being of people with ID, as well as to ensure their full inclusion in society.

KEY WORDS

Intellectual disability (ID), sexuality, sexual education, social work, inclusion.

INTRODUCCIÓN

La sexualidad de las personas con discapacidad intelectual (DI) ha sido, a lo largo de la historia, uno de los grandes tabús de la sociedad debido a diferentes factores de carácter histórico, cultural, religioso y moral. Sin embargo, la inclusión de las personas con discapacidad es un hecho cada vez más cercano a la realidad, al igual que lo es el reconocimiento de la importancia de una educación sexual abierta y comprensiva que tenga como fin promover su salud sexual y bienestar emocional. Es por ello por lo que, la educación sexual integral (ESI) es crucial y fundamental para lograr el desarrollo integral de este colectivo, respetando su derecho a tomar decisiones informadas y saludables sobre su propia sexualidad y relaciones.

Esta problemática no comienza a ser visible hasta la década de los 80 y 90, cuando las carencias y necesidades que existían respecto a la educación sexual de las personas con DI cobran una significativa evidencia. Es entonces cuando se empieza a abordar el tema a través del desarrollo de los primeros programas diseñados con el fin de proporcionar información y prevenir los riesgos asociados a las conductas sexuales de este colectivo.

La sexualidad de las personas con DI se destaca como un derecho inviolable, reconocido por la ley tanto nacional como internacional. Ejemplo de ello es la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de las Naciones Unidas o la Declaración de los Derechos Sexuales, en la que se reconoce entre otros, el derecho a la información, el derecho a la educación y el derecho a la educación integral de la sexualidad.

Sin embargo y a pesar de estar amparados por un marco legal amplio y reconocido, la sexualidad de este colectivo ha sido objeto, y aún lo sigue siendo, de incontables prejuicios y estigmas que han generado mitos y creencias erróneas sobre ese colectivo. Este conjunto de ideas generalizadas como que no deberían recibir educación sexual por no incitarles a realizar prácticas sexuales, que la discapacidad se transmite por los genes o que tienen carácter hipersexual o asexual, resulta muy perjudicial para las personas con DI. Asimismo, la creencia de estos mitos contribuye a la perpetuación de actitudes discriminatorias y exclusiones sociales y los convierte no solo en más propensos a sufrir abuso, maltrato sexual o violencia de género, sino que aumenta el riesgo notablemente

de la probabilidad de contraer infecciones de transmisión sexual o enfermedades venéreas, así como de experimentar un embarazo no planificado.

Si a las múltiples barreras estructurales que se encuentran en su día a día le sumamos los obstáculos que en ocasiones representan sus propias familias, entorno y profesionales de referencia, da lugar a una situación de exclusión y vulnerabilidad de sus derechos extrema.

Por consiguiente y con el objetivo de evitar esta problemática, es esencial reconocer y promover de forma activa el derecho de las personas con discapacidad intelectual a recibir una educación sexual integral y adaptada a las necesidades que presenta cada persona. Esto no solo implica garantizar el acceso a la información y a los recursos disponibles, sino que también se debe fomentar un entorno inclusivo y respetuoso que promueva la autodeterminación en la toma de decisiones informadas y saludables sobre su propia sexualidad y sus relaciones interpersonales y el bienestar sexual de estas personas. Es en este contexto, en el que el papel de los diferentes agentes externos cobra importancia. Las familias son un pilar fundamental para lograr estos objetivos y deben colaborar de forma activa con las instituciones y profesionales presentes en la vida de sus hijos.

A través de un modelo de intervención biográfico-profesional, se busca capacitar a las personas para la toma de decisiones, promoviendo su bienestar y calidad de vida, y fomentando la participación activa de las familias y las personas con discapacidad en este proceso de educar en la sexualidad inclusiva y efectivo que asegure a las personas con DI el derecho a vivir su sexualidad de manera plena y autónoma.

Igualmente, en el presente trabajo se explora las diversas dimensiones que convergen en el papel del Trabajo Social en la sexualidad de las personas con discapacidad intelectual y que emerge como un pilar esencial en su promoción, adoptando una actitud profesional, respetuosa tolerante y ética en la intervención, y contextualizando su labor como agentes de cambio dentro de principios de justicia social, derechos humanos y respeto a la diversidad.

MARCO TEÓRICO

1.-DEFINICIÓN DEL CONCEPTO DE DISCAPACIDAD

El término discapacidad es definido por la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF), como:

el resultado de una compleja relación entre la condición de salud de una persona y sus factores personales, y los factores externos que representan las circunstancias en las que vive esa persona. A causa de esta relación, los distintos ambientes pueden tener efectos distintos en un individuo con una condición de salud (2001, citado por Cáceres, 2004, p.77)

Esta definición reconoce que los factores ambientales pueden ser barreras o facilitadores para las personas con discapacidad en lo referente a la participación plena y efectiva en la sociedad en igualdad de condiciones.

1.1 EVOLUCIÓN DEL TÉRMINO

En 1980, la Organización Mundial de la Salud (OMS) en la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM) propuso un enfoque renovado de los siguientes cuatro términos: enfermedad, discapacidad, deficiencia y minusvalía. Este enfoque consideraba la necesidad de ampliar la concepción inicial basada en un modelo médico y buscaba trascender la concepción clásica de enfermedad para centrarse en las consecuencias que esta deja en el individuo tanto a nivel físico como psicológico y social.

A continuación, se exponen las definiciones de los términos mencionados:

Enfermedad: *“Situación intrínseca que abarca cualquier tipo de enfermedad, trastorno o accidente. La enfermedad está clasificada por la OMS en su Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud Relacionados (CIE)”* (Egea y Sarabia, 2001, p.16)

Celsa Cáceres, en el año 2004, recoge en su revisión teórica sobre el concepto de discapacidad las tres definiciones de la OMS:

Deficiencia:

Toda pérdida o anomalía de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica. Puede ser temporal o permanente y en principio solo afecta al órgano. Según esta clasificación podrán ser: intelectuales, psicológicas, del lenguaje, del órgano de la audición, del órgano de la visión, viscerales, músculo esqueléticas, desfiguradoras, generalizadas, sensitivas y otras deficiencias (OMS, 1980, citado por Cáceres, 2004, p.75)

Discapacidad:

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 cualquier ser humano. Se caracteriza por insuficiencias o excesos en el desempeño y comportamiento en una actividad rutinaria, que pueden ser temporales o permanentes, reversibles o irreversibles y progresivos o regresivos. Se clasifican en nueve grupos: de la conducta, de la comunicación, del cuidado personal, de la locomoción, de la disposición del cuerpo, de la destreza, de situación, de una determinada aptitud y otras restricciones de la actividad (OMS, 1980, citado por Cáceres, 2004, p.75)

Minusvalía:

Toda situación desventajosa para una persona concreta, producto de una deficiencia o de una discapacidad, que supone una limitación o un impedimento en el desempeño de un determinado rol en función de su edad, sexo y factores sociales y culturales. Se caracteriza por la discordancia entre el rendimiento o estatus de la persona en relación con sus propias expectativas o las del grupo al que pertenece, representa la socialización de una deficiencia o discapacidad. Las minusvalías se clasifican de acuerdo a seis grandes dimensiones en las que se espera demostrar la competencia de la persona y que se denominan roles de supervivencia, por lo que las minusvalías podrán ser: de orientación, de independencia física, de la movilidad, ocupacional, de integración social,

de autosuficiencia económica y otras (OMS, 1980, citado Cáceres, 2004, p.75)

Enfermedad → Deficiencia → Discapacidad → Minusvalía

Atendiendo a este enfoque y a esta clasificación, el diagnóstico de una persona con discapacidad deberá formularse atendiendo a la deficiencia que la origina y a las consecuencias que puedan derivar en minusvalía.

Sin embargo, a lo largo de la historia todos estos términos relacionados con la discapacidad han sido asociados a una fuerte connotación negativa bajo un enfoque animista que, hace referencia a la creencia que atribuye a un ser superior la disposición de un castigo divino (en este caso, una discapacidad) a aquellas personas que han cometido pecados.

En este proceso de evolución expresiones como *“retrasado”, “mongolo”, “idiota”, “subnormal” o “anormal”* se han dejado atrás, para iniciar un proceso gradual de redefinición con el fin de adoptar una visión más neutra e incluso, positiva del término. Para ello, una de las pautas a seguir es evitar la sustantivación de situaciones adjetivas con la que se busca mostrar a la persona como individuo antes que como sujeto de una situación de limitación específica. De *“discapacitado”* a persona con discapacidad.

Conscientes de que el lenguaje produce, modifica y orienta el pensamiento ciertos organismos vinculados al ámbito de la discapacidad han procurado introducir nuevos términos, con la finalidad de promover una visión social renovada de este colectivo. (Foro de Vida Independiente (FVID), 2009, párr.10)

La OMS, reformuló el esquema presentado anteriormente sustituyendo los términos acuñados por otros más neutros. De *“deficiencia”* a *“déficit en el funcionamiento”*, de *“discapacidad”* a *“limitación en la actividad”*, de *“minusvalía”* a *“restricción en la participación”* o refiriéndose a *“barrera”* como aquellos factores ambientales que condicionan el funcionamiento y son creadores de discapacidad. (2001, citado por FVID,2009)

Sin embargo, los términos propuestos seguían sugiriendo una perspectiva negativa. Por lo que, en enero de 2005, el Foro de Vida Independiente comenzó a utilizar y a generalizar el término *“diversidad funcional”* argumentando que *“es la primera denominación de la historia en la que no se da un carácter negativo ni médico a la visión de una realidad humana, y se pone énfasis en su diferencia o diversidad, valores que enriquecen al mundo en que vivimos.”* (2009)

2.- DEFINICIÓN DEL CONCEPTO DE DISCAPACIDAD INTELECTUAL (DI)

Al igual que ocurre con el término de discapacidad o diversidad funcional, existen numerosas definiciones de DI. El término ha sido definido en numerosas ocasiones y por diferentes autores. En 1924, Kuhlman puso el foco en la importancia de definir correctamente el término y señaló que *“las definiciones de la discapacidad intelectual se utilizan todos los años para decidir el destino de miles de personas”*. (Kuhlman, 1924, citado por Peredo, 2016, p.108)

En 1959, la Asociación Americana del Retardo Internacional (AAMR) publicó su primer manual sobre terminología y clasificación de la DI, definiéndola como *“un rendimiento intelectual general inferior a la media, que se origina durante el periodo de desarrollo y que se asocia con discapacidades en la conducta adaptativa”* (Heber, 1961, citado por Peredo, 2016, p.108)

Más tarde, la OMS estipuló que *“La capacidad intelectual sensiblemente inferior a la media que se manifiesta en el curso del desarrollo y se asocia a una clara alteración en los comportamientos adaptativos”*. (OMS,1968, citado por Peredo, 2016, p.109)

La definición más reciente del término DI corresponde a la AAMR, que en el año 2002 dispuso que: *“es una discapacidad caracterizada por limitaciones significativas tanto en el funcionamiento intelectual y en la conducta adaptativa, tal como se ha manifestado en habilidades adaptativas conceptuales, sociales y prácticas. Esta discapacidad comienza antes de los 18 años”*. (citado por Peredo, 2016, p.109)

Siguiendo a Rocío de los Ángeles Peredo, la definición actual destaca dos aspectos fundamentales: la DI incluye dificultades en la conducta adaptativa y no únicamente se limita al funcionamiento intelectual y, además, señala que existe la

posibilidad de mejorar tanto la conducta adaptativa como el funcionamiento intelectual de las personas con DI.

Asimismo, la Asociación Americana sobre la Discapacidad Intelectual y el Desarrollo (AAIDD), nombre actual que en el año 2007 adoptó la antigua AAMR, señaló cinco premisas, que explican en el contexto en el cual se plantea la definición y cómo se debe aplicar. Las cinco premisas recogidas por la autora son las siguientes:

1. Las limitaciones en el funcionamiento deben evaluarse en relación al entorno social habitual de personas de la misma edad y pertenecientes a la misma cultura.

2. Una evaluación adecuada debe considerar la diversidad cultural y lingüística, así como las diferencias en la comunicación y aspectos sensoriales, motores y de comportamiento.

3. En un mismo individuo, las limitaciones pueden coexistir con fortalezas en su capacidad para la vida cotidiana

4. Describir las limitaciones tiene como objetivo principal desarrollar un perfil de apoyos necesarios.

5. Con la presencia de apoyos personalizados durante un periodo de tiempo sostenido, generalmente se observa una mejora en el funcionamiento vital de las personas con DI.

3.-DEFINICIÓN DEL TÉRMINO SEXUALIDAD

La sexualidad es un término muy amplio, que abarca un gran número de definiciones y que habitualmente, suele generar confusión al relacionarse con otros términos como sexo, orientación sexual o erótica.

La OMS define la sexualidad como:

Un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida. Abarca al sexo, las identidades y roles 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. (2006, citado por Mella, 2012, p.6).

Siguiendo lo expuesto por Javiera Mella en su *Ensayo sobre la importancia de la educación sexual en personas con déficit intelectual*, la sexualidad “no sólo implica la relación sexual, como comúnmente se piensa, sino que también involucra las dimensiones afectivas, emocionales, biológicas, psicológicas, sociales, culturales, éticas, legales, históricas y espirituales (OMS, 2006, citado por Mella, 2012, p.6). Estas dimensiones están presentes de manera diferenciada a lo largo de todo el ciclo vital de la persona e influyen en su desempeño y en sus relaciones, configurando una identidad específica para cada individuo.

Basándonos en esta definición, se interpreta la sexualidad como un aspecto fundamental que constituye una parte integral e intrínseca de la condición humana, sin tener en cuenta la salud física o mental de la persona. Cada individuo manifiesta y experimenta su sexualidad desde que nace hasta que fallece.

En relación a la sexualidad, la OMS define la salud sexual como:

Un estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad, la cual no es la ausencia de enfermedad, disfunción o incapacidad. La salud sexual requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y de las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de toda coacción, discriminación y violencia. Para que la salud sexual se logre y se mantenga, los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y ejercidos a plenitud. (2006)

Ambos conceptos están estrechamente relacionados puesto que la salud sexual se fundamenta en una amplia y respetuosa comprensión de la sexualidad humana. Se promueve el derecho de todas las personas a vivir una vida sexual satisfactoria y saludable, basada en la autonomía, la información, la educación y el respeto por la diversidad y los derechos sexuales. Sendos términos respaldan la importancia de abordar la sexualidad de manera integral y promover el bienestar sexual como parte intrínseca del bienestar general de las personas.

4.- DEFINICIÓN DEL CONCEPTO DE EDUCACIÓN SEXUAL

En el año 2009, Azaustre afirmó que:

La palabra educación proviene del latín *educere*: guiar, conducir o *educare*: formar, instruir y, como tal, se reconoce como un proceso en el cual se transmiten conocimientos. Sin embargo, también involucra aptitudes, valores, costumbres y formas de actuar, necesarias a lo largo de toda la vida (citado por Mella, 2012, p.8).

“De hecho, la UNESCO establece que la educación debe cimentarse en el aprender a conocer, hacer, ser y convivir” (Delors, 1997, citado por Mella, 2012, p.8). *“Al permitir el desarrollo individual, mediante la asimilación de una cultura socialmente organizada, la educación es un bien humano que surge de la necesidad de desarrollarse como tal y ante la que toda persona tiene derecho”* (MINEDUC, 2004, citado por Mella, 2012, p.8).

Se podría decir, por tanto, que la educación sexual consiste en un proceso educativo que tiene como fin proporcionar conocimientos, habilidades, competencias y actitudes relacionadas con la sexualidad. La Educación Sexual Integral (ESI) busca promover el desarrollo integral de las personas en lo que respecta a su sexualidad, abordando aspectos físicos, emocionales, sociales y éticos.

En las orientaciones técnicas de las Naciones Unidas, que fueron desarrolladas conjuntamente por la UNESCO, el UNFPA, el UNICEF, la ONU-Mujeres, el ONUSIDA y la OMS, se recomiendan que, pese a que los programas de ESI no sean iguales en todos los países, que compartan, al menos, una serie de requisitos como se mencionan en (OMS, 2023):

1. Que se basen en un plan de estudio previamente establecido.
2. Que sean correctos desde el punto de vista científico.
3. Que se adapten a las diferentes edades.
4. Que constituyan planes integrales, abordando diversos temas sobre sexualidad y salud sexual y reproductiva a lo largo de la infancia y de la adolescencia.

Los temas cubiertos por la ESI pueden incluir temas como la familia y las relaciones; el respeto mutuo, el consentimiento y la autonomía corporal; la anatomía y la fisiología sexual; la diversidad sexual; la menstruación; la prevención de enfermedades de transmisión sexual, incluida las producidas por el VIH; el cuidado de la salud sexual y reproductiva así como los métodos anticonceptivos y los riesgos de una mala praxis sexual.

Asimismo, resulta de vital importancia destacar que la educación sexual no se limita únicamente a la transmisión de conocimientos de carácter biológico o sexual, sino que también se promueven las habilidades comunicativas, la toma de decisiones, la autonomía y el respeto por los derechos sexuales y reproductivos. Además, se busca fomentar actitudes positivas hacia la sexualidad, el cuerpo y las relaciones afectivas, así como prevenir el riesgo de situaciones de vulnerabilidad, discriminación o violencia relacionadas con la sexualidad.

4.1 CONCEPTO EDUCACIÓN AFECTIVO-SEXUAL

Cada vez resulta más común escuchar el término “educación afectivo-sexual”, en ocasiones únicamente se sustituye por educación sexual. Pero lo cierto es que, aunque guardan una estrecha relación, contemplan una realidad distinta.

El término *afectivo* hace referencia a la necesidad humana fundamental de establecer vínculos con otras personas, los cuales resultan imprescindibles para la supervivencia y para crear una cierta estabilidad emocional. Al igual que las necesidades de carácter sexual, que resultan de vital importancia para el desarrollo y la plena satisfacción del ser humano. La sexualidad no puede reducirse a comportamientos sexuales (Gómez, 2000, p.49)

Es por ello, que el término educación afectivo-sexual se propone como una forma coherente de abordar tanto los aspectos emocionales como sexuales de la educación.

5. ANTECEDENTES DE LA SEXUALIDAD EN LAS PERSONAS CON DI

5.1 UNA MIRADA HACIA EL COLECTIVO DE LAS PERSONAS CON DI

Con el fin de comprender la situación actual de las personas con discapacidad respecto a su sexualidad es importante abordar un análisis retrospectivo y realizar una breve revisión sobre sus antecedentes que nos proporcione una visión más amplia y equilibrada de la situación actual.

Para ello, se propone un enfoque secuencial, contextualizando en un primer lugar los antecedentes en la promoción de los derechos de las personas con discapacidad y, en segundo lugar, cómo ha sido percibida la sexualidad a lo largo del tiempo. Para, finalmente, relacionar ambos conceptos con el fin de proporcionar un marco sólido que facilite la comprensión de la interrelación de la sexualidad y de las personas con DI.

Luciano Andrés Valencia realizó un estudio en el que exponía una breve recopilación de datos de carácter histórico sobre la situación de las personas con discapacidad. En este estudio reflexiona sobre cómo a lo largo de la historia las personas con discapacidad han sido víctimas de represión, persecución, opresión y humillación, siendo sometidas a la exclusión y marginación social por ser “*diferentes*” según el paradigma dominante de la “*normalidad*”. (Valencia, 2014, p.2)

Como bien se ha mencionado anteriormente, a lo largo de la historia se han empleado diferentes términos para referirse a las personas con discapacidad. Sin embargo, es importante contextualizar que estos conceptos y significados están determinados por el contexto sociocultural y deben ser entendidos como “*representaciones que reflejan el pensamiento de una sociedad en un determinado momento histórico*” (Lanchas, 2019, p.8).

En la misma línea de repasar la historia de las personas con discapacidad y con el fin de valorar el significativo avance en la promoción de los derechos y de la dignidad de las personas con DI, a continuación y, siguiendo a la autora Carolina Lanchas Martín, se expone una breve síntesis recorriendo diferentes épocas de la historia.

En las culturas antiguas, se creía que tanto las personas con discapacidad como sus familias eran culpables de algún pecado imperdonable y en consecuencia, habían sido castigadas por un poder sobrehumano, lo que conllevaba un rechazo importante, negándoles participar en la vida comunitaria y sufriendo una gran marginación social.

En la Edad Media y el Renacimiento, se trataba a este colectivo como enfermos y se les atribuía la condición de pecadores, explicación que se daba por generalizada y válida para entender la causa de dicha discapacidad. En muchas ocasiones, se les escondía en monasterios, dejándoles morir en una situación de abandono.

En el siglo XV, se sigue tratando la discapacidad como enfermedad y la solución propuesta no se alejaba mucho de las medidas adoptadas en siglos anteriores, puesto que se les encerraba de forma masiva en "*manicomios*" pero, con la diferencia de querer "*curar*" su "*enfermedad o discapacidad*". A pesar de que se adquirió un enfoque más científico y paternalista, persistió la discriminación y la segregación de este colectivo.

En el siglo XIX, se experimenta un cambio a nivel social, impulsado por movimientos de derechos civiles y por el desarrollo de políticas de inclusión y accesibilidad, lo que lleva a algunos autores a preocuparse por la discapacidad adoptando un enfoque médico-asistencial. Surgen los primeros inicios de la prevención, se crean centros especiales para personas con discapacidad y comienza la institucionalización de las personas con "*deficiencia mental*" (Aspadex, 2015, citado por Lanchas, 2019, p.8).

Sin embargo, no ha sido hasta la mitad del siglo XX, gracias al surgimiento de movimientos sociales de personas con discapacidad que, basándose en el Modelo Social y el Paradigma de Derechos Humanos, han comenzado a reclamar ser tenidos en cuenta como sujetos de derecho en la elaboración de políticas de inclusión. (Valencia, 2014, p.2)

"*Nada sobre nosotros sin nosotros*" (Caucus Internacional de la Discapacidad, s.f.). Con este lema que se popularizó en la década de 1980, se refleja el principio fundamental de la participación de las personas con discapacidad en la toma de decisiones que afectan sus vidas. Es un llamado a la inclusión y la igualdad, que busca

enfatar la autodeterminación y la representación directa de las personas con discapacidad en todos los niveles de la sociedad como agentes activos del cambio.

5.2 LA SEXUALIDAD COMO TABÚ

La sexualidad, por otra parte, ha constituido desde tiempos inmemorables un tema tabú debido a una combinación de factores históricos, culturales, religiosos y sociales. Existen numerosas razones que explican por qué la sexualidad se ha configurado como un tema con cierta connotación negativa para hablar de ello abiertamente. Entre las razones ya mencionadas cabe destacar:

1. La moralidad y la religión: En muchas culturas, las normas morales y religiosas han influido en la percepción de la sexualidad, estableciendo, de esta manera, qué se considera apropiado o inapropiado en términos de conducta sexual. Cuestionar este dogma ha sido considerado a lo largo de mucho tiempo como algo indiscutiblemente inmoral e innatural

2. Vergüenza y reparo: Se ha promovido la idea de que hablar sobre sexualidad constituye un tema privado e íntimo que no debe ser mencionado en público ya que lleva a las personas a sentir incomodidad y vergüenza.

3. Estigmatización y discriminación: Históricamente, ciertos colectivos de personas como las mujeres, las minorías sexuales, las personas mayores y las personas con discapacidad, se han enfrentado a una realidad estigmatizante y discriminativa con relación a su sexualidad.

4. Falta de educación sexual: La escasa o nula educación sexual ha contribuido notablemente al tabú en torno a la sexualidad. Falta de conocimiento o información, mitos y creencias erróneas pueden llevar a las personas a sentirse más incómodas al hablar sobre un tema en el que reina la ignorancia.

Foucault destacó en varias ocasiones cómo la sexualidad se encontraba reprimida, silenciada y replegada al ámbito de la esfera privada, y dentro de ésta, a la pareja. En sus palabras: *“(...) la sexualidad es cuidadosamente encerrada. Se muda. La familia conyugal la confisca. Y la absorbe por entero en la seriedad de la función reproductora. En torno al sexo, silencio.”* (Foucault, 1976, p.9)

Si hablar de la sexualidad en general resulta complicado, cuando se alude a la sexualidad de las personas con discapacidad el asunto se vuelve mucho más tabú y complicado si cabe. Tanto, que a lo largo de la historia, su sexualidad se ha intentado negar, silenciar, reprimir e, incluso, eliminar.

Un ejemplo de ello, lo podemos encontrar, si nos remontamos a 1833, cuando Francis Galton acuñó el término *eugenesia*, en Inglaterra, para hacer referencia al conjunto de prácticas y conocimientos “*cuya finalidad era mejorar la estructura hereditaria de la población humana a través de apareamientos dirigidos*” (Barahona, 2005, p.1). El objetivo era aplicar aquellos conocimientos de la herencia para modelar las características de las generaciones futuras.

Este movimiento se desarrolló de forma diferencial en los distintos países de Europa y de Estados Unidos, dónde el movimiento de eugenesia cobró importancia a nivel nacional en el desarrollo de programas de esterilización de la mano de Charles Davenport como principal precursor. Estos modelos serían retomados posteriormente por la Alemania nazi en su proyecto de pureza racial.

Entre las medidas del movimiento destacaban la institucionalización de personas con discapacidad física o mental, la esterilización obligada y las leyes USA de inmigración a comienzos del siglo veinte cuyo objetivo era excluir “al deficiente moral, mental o físico” (Levine y Miller, 2013, p. 89)

Como ejemplo de esta corriente y de los valores que ensalzaba, el juez Oliver Wendell Holmes, en representación del Tribunal Suprema de EE. UU. y en defensa de las leyes de obligada esterilización del Estado de Virginia manifestó:

Es mejor para todo el mundo si, en lugar de esperar a tener que ejecutar a hijos degenerados por causa de un crimen [que pudieran cometer], o dejarlos morir de hambre a causa de su imbecilidad, la sociedad impide que nazcan quienes son manifiestamente incapaces de mantener su calidad. El principio que mantiene la vacunación obligatoria es lo suficientemente amplio como para abarcar la ligadura o la sección de las trompas de Falopio. Tres generaciones de imbéciles ya son suficientes. (Holmes, 1927, citado por Levine y Miller, 2013, pp.89-90)

Existen personas que se refieren a estos momentos de la historia como un trauma histórico generalizado por la profesión médica.

En torno a la década de los 80 y 90, comienza a ser de gran evidencia los problemas y necesidades que existían respecto a la educación sexual de las personas con DI. Esta problemática ya visible, dio lugar al desarrollo de los primeros programas diseñados con el propósito de proporcionar información y prevenir los riesgos asociados a las conductas sexuales de este colectivo (López, 2002, citado por Lanchas, 2019, p.13). Asimismo, estos programas permitieron visibilizar problemas que previamente habían sido considerados como tabú: abusos sexuales, enfermedades de transmisión sexual, violencia de género y embarazos no deseados.

No obstante, Carolina Lanchas señala que estos programas se centraban exclusivamente en la prevención y en la oferta de conocimientos teóricos, pero no proporcionan las herramientas necesarias para llevar esos conocimientos a la práctica (2019, p.13). Esto significa que no educaban sobre cómo aplicar esa teoría de manera efectiva en la vida cotidiana, lo que resultaba en una falta de educación para promover una sexualidad saludable entre las personas con DI.

La inclusión de las personas con discapacidad en la sociedad es un hecho cada vez más real y de igual manera, paulatinamente es mayor el reconocimiento de la importancia de abordar la sexualidad de manera abierta y comprensiva para promover la salud sexual y el bienestar emocional de las personas. Asimismo, se han realizado grandes avances en la aceptación de las necesidades afectivo-sexuales de las personas con DI. Sin embargo, todavía es común encontrarse una notable resistencia tanto en la sociedad en general como en las familias e instituciones educativas (Sánchez, 2002).

6.DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DI

Es importante comprender y analizar el marco legal y ético que, tanto a nivel nacional como internacional, protege a este colectivo y nos permite abordar de manera integral el tema de la discapacidad.

La Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CIDPD), aprobada el 13 de diciembre de 2006 por la Asamblea General de

las Naciones Unidas, ratificada por España el 3 de diciembre de 2007 y que entró en vigor el 3 de mayo de 2008, supuso un importante cambio en la forma en la que se aborda la discapacidad a nivel internacional, reconociendo a las personas con discapacidad como sujetos de derechos y promoviendo su participación plena e igualitaria en la sociedad.

Entre los aspectos más destacados de esta convención se incluyen:

-La igualdad de oportunidades atendiendo al derecho de las personas con discapacidad a participar plenamente en la vida política, cultural, económica y social de sus comunidades, así como a tener igual acceso a la educación, el empleo, la salud y otros servicios.

-La promoción de la no discriminación, estableciendo que las personas con discapacidad deben disfrutar de los derechos humanos y libertades fundamentales en igualdad de condiciones que las demás personas.

-El reconocimiento del derecho de las personas con discapacidad de accesibilidad, eliminando las barreras que puedan impedir su plena participación en la sociedad.

-La garantía del respeto por la autonomía y la dignidad.

-El fomento de la sensibilización y concienciación sobre los derechos de las personas con discapacidad, así como la eliminación de estereotipos y prejuicios relacionados con la discapacidad.

Igualmente, en España existen numerosas leyes y decretos que protegen y respaldan a las personas con discapacidad garantizando la igualdad de oportunidades y de trato. Ejemplo de ello es el Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social. Esta ley tiene como objeto:

Garantizar el derecho a la igualdad de oportunidades y de trato, así como el ejercicio real y efectivo de derechos por parte de las personas con discapacidad en igualdad de condiciones respecto del resto de ciudadanos y ciudadanas, a través de la promoción de la autonomía personal, de la accesibilidad universal,

del acceso al empleo, de la inclusión en la comunidad y la vida independiente y de la erradicación de toda forma de discriminación, conforme a los artículos 9.2, 10, 14 y 49 de la Constitución Española y a la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y los tratados y acuerdos internacionales ratificados por España.

Otra de las leyes que pone de manifiesto el significativo avance en la protección de los derechos y la dignidad de las personas con discapacidad es la Ley 8/2021, de 2 de junio, por la que se reforma la legislación civil y procesal para el apoyo a las personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica. Esta ley busca promover la autonomía y autodeterminación de las personas con discapacidad, reconociendo su capacidad para tomar decisiones, estableciendo mecanismos que proporcionen apoyo y asegurando que estas decisiones se tomen de manera informada y respetando su voluntad y preferencias. Asimismo, se refuerzan las medidas de protección de los derechos de las personas con discapacidad, garantizando que no se vean vulnerados ni discriminados en ningún ámbito de su vida, incluyendo cuestiones legales y procesales.

Además de garantizar los derechos fundamentales de las personas con discapacidad, es crucial reconocer y proteger su derecho a una vida plena y digna, lo cual incluye el pleno ejercicio de su sexualidad. De igual forma que todas las personas, las personas con discapacidad tienen derecho a vivir una vida sexual autónoma y satisfactoria, basada en el consentimiento, el respeto y la igualdad. Por ello, es esencial que las políticas y prácticas destinadas a la promoción de los derechos de las personas con discapacidad también aborden de manera específica sus derechos sexuales.

Por esta razón, y teniendo en cuenta lo establecido en la declaración de los derechos sexuales (WAS, 1997):

1. la sexualidad es un aspecto central del ser humano presente a lo largo de su vida, que contribuye a la realización personal y a la satisfacción general
2. la salud sexual es un estado de bienestar físico, emocional, mental y social, que requiere de un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y de las relaciones sexuales, así como de la posibilidad de tener

experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de coerción, discriminación y violencia.

3. La salud sexual no puede ser definida, entendida o practicada sin una amplia comprensión de la sexualidad.
4. Para que la salud sexual se logre y se mantenga, los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y ejercidos a plenitud.

La Asociación Mundial para la Salud (WAS) presentó en 1997 durante el 13º Congreso Mundial de Sexología en Valencia, la Declaración de los Derechos Sexuales (DDS). La presente Declaración ha sido objeto de revisión en numerosas ocasiones. En 1999 fue revisada y aprobada en Hong Kong, en 2008 fue reafirmada en la Declaración de WAS “Salud Sexual para el Milenio” y, por último, en marzo de 2014 fue aprobada por el Consejo Consultivo de WAS.

Los derechos que se recogen en dicha Declaración son:

1. Derecho a la igualdad y a la no-discriminación.
2. Derecho a la vida, libertad y seguridad de la persona.
3. Derecho a la autonomía e integridad del cuerpo.
4. Derecho a una vida libre de tortura, trato o pena crueles, inhumanos o degradantes.
5. Derecho a una vida libre de todas las formas de violencia y de coerción.
6. Derecho a la privacidad.
7. Derecho al grado máximo alcanzable de salud, incluyendo la salud sexual que comprende experiencias sexuales placenteras, satisfactorias y seguras.
8. Derecho a gozar de los adelantos científicos y de los beneficios que de ellos resulten.
9. Derecho a la información.
10. Derecho a la educación y el derecho a la educación integral de la sexualidad.

11. Derecho a contraer, formar o disolver el matrimonio y otras formas similares de relaciones basadas en la equidad y el pleno y libre consentimiento.
12. Derecho a decidir tener hijos, el número y espaciamiento de estos, y a tener acceso a la información y los medios para lograrlo.
13. Derecho a la libertad de pensamiento, opinión y expresión.
14. Derecho a la libre asociación y reunión pacíficas.
15. Derecho a participar en la vida pública y política.
16. Derecho al acceso a la justicia y a la retribución y la indemnización por la violación de sus derechos sexuales.

Con el fin de velar por los derechos sexuales de las personas con discapacidad, la promulgación de Ley Orgánica 2/2020, de 16 de diciembre, de modificación del Código Penal para la erradicación de la esterilización forzada o no consentida de personas con discapacidad incapacitadas judicialmente, introdujo disposiciones que tipifican como delito dicha práctica y establece penas para quien las lleve a cabo, las ordene o las promueva. Asimismo, establece medidas para proteger a las personas con discapacidad y garantizar sus derechos y su integridad física y psicológica.

7.-IDENTIFICACIÓN DE LOS FALSOS MITOS EXISTENTES SOBRE LA SEXUALIDAD DE LAS PERSONAS CON DI

Antes de abordar los mitos que rodean la sexualidad de las personas con DI, es fundamental comprender qué se entiende por la palabra “mito” y cuáles son las consecuencias de sostener estas falsas creencias como ciertas.

Es difícil encontrar una definición de la palabra “mito” que no se asocie directamente con la mitología y las historias tradicionales de las culturas antiguas. Sin embargo, en esta ocasión el concepto de mito, desde una perspectiva más amplia, se utiliza para referirse a creencias y percepciones sociales o a narrativas que no suelen estar respaldadas por evidencias sólidas o verificables.

Francisco Mora, en su libro “Mitología y Verdades del cerebro” se refiere a la palabra mito como:

Una falsa verdad, sea esta expresada en forma de relato, narración o cualquier creación o fábula literaria fantasmiosa. De hecho, la palabra *mythos* en griego significa eso, «cuento» o «relato». Historia en la que se idealiza un hecho o un personaje. Ficción o quimera que escapa al análisis del pensamiento crítico y analítico, y que en su forma más clásica se refiere a cosas extraordinarias y fabulosa. (2018, p.23)

De acuerdo con esta definición, se podría considerar el concepto “mito” como una creencia ampliamente aceptada en una sociedad o cultura que carece de fundamento científico sólido. Su origen, aunque inexacto y diverso, puede surgir de interpretaciones erróneas, tradiciones arraigadas, falta de conocimiento, necesidad de explicar un suceso o incluso, influencia de factores sociales, culturales o políticos. *“Los mitos son un ingrediente inherente a cada cultura”* (Mora, 2018, p.27). Por ello, suelen tener un significativo impacto en la actitud, comportamiento y percepción de la población.

De este modo, también se ha observado un impacto muy negativo generado por la creencia en los mitos sobre la sexualidad de las personas con DI. Estos mitos no sólo favorecen la perpetuación de estereotipos y prejuicios negativos hacia este colectivo, influyendo en su acceso a la educación sexual, la atención médica adecuada y las relaciones personales, sino que también traen consigo consecuencias como:

1. La limitación de sus derechos sexuales y reproductivos. Asumir estos mitos puede llevar a atentar directamente contra sus derechos, vulnerando el derecho a decidir sobre su propio cuerpo, a tener relaciones consensuadas y a recibir educación sexual apropiada.

2. Riesgo de abuso y explotación. La negativa de prestar a las personas con DI una educación sexual como al resto de personas, puede situarles en una situación de vulnerabilidad frente al abuso sexual y la explotación, ya que no pueden reconocer comportamientos inapropiados o no saben cómo deben proceder en esa situación.

3. Dificultades en las relaciones interpersonales básicas y saludables, ya que pueden generar cierta confusión, vergüenza o culpa en torno a su propia sexualidad y deseos. (Verdugo et al., 2002, p.126)

Como se menciona en el *“Manual para atención de la diversidad sexual en las personas con discapacidad intelectual o del desarrollo”*, la sexualidad de las personas con DI ha sido objeto, a lo largo de la historia, de incontables prejuicios y estigmas que han generado mitos y creencias erróneas sobre ese colectivo. (Parra y Oliva, 2014, p.25). Este conjunto de ideas generalizadas no sólo resulta muy perjudicial para las personas con DI, sino que también contribuye a la perpetuación de actitudes discriminatorias y exclusiones sociales, como ya se han mencionado. Por ello, es fundamental desafiar estas falsas creencias con el fin de promover una comprensión más inclusiva y respetuosa de la sexualidad de las personas con DI.

Murillo y Richmond (2005, como se citó en Rivera, 2008) afirman, tras estudiar los estereotipos asociados a la sexualidad de este colectivo, que los mitos se pueden clasificar en tres líneas principales: Asexualización, sobresexualización y el temor a la reproducción de las personas con DI.

El mito de la "asexualización" se encuentra estrechamente vinculado con el concepto de infantilización y la idea de que las personas con discapacidad, por el mero hecho de su condición, no presentan necesidades de afecto de carácter sexual.

El término infantilización, como su propio nombre indica, hace referencia a la acción de *“conferir a algo o a alguien cualidades infantiles”* (Real Academia Española, s.f., definición 1).

En este punto, se entiende la infantilización en relación a la vida de los sujetos en situación de DI como *“el forzamiento a permanecer en una etapa infantil de la vida, no acorde a su edad cronológica, y hasta en ocasiones discordante también con las posibilidades que demuestra el sujeto para decidir cómo vivir su propia vida.”* (Martín y Micheletti, 2019, p.15)

Volviendo a la clasificación de Murillo y Richmond el segundo mito alude al otro extremo relacionado con la sexualidad, la sobresexualización. Este mito trata de mostrar que:

las personas con discapacidad intelectual mantienen una conducta exacerbada y de carácter hipersexual, es decir, que no pueden controlar la pulsión sexual, ya que no poseen los mecanismos mentales adecuados de inhibición y sublimación. De este modo, su sexualidad resulta ser descontrolada y a veces agresiva, por eso debe ser acotada restrictivamente. (Amor, 1996, p.70, citado por Moreno, 2019, p. 14).

Y, por último, el tercer mito mencionado es el temor a los embarazos de las personas con discapacidad. Este miedo está muy generalizado y puede deberse a dos razones. Por un lado, la idea preconcebida de que las personas con DI son incapaces de criar a un hijo por sí mismos, por lo que se les niega su derecho a reproducirse libremente. Y, por otro lado, debido a un inadecuado conocimiento de las leyes de transmisión genética que, llevó a considerar a comienzos del siglo XX, que la DI tiene, como norma general, una causa genética, por lo que se transmite de los progenitores a su descendencia. *“La herencia de estas personas es el fantasma turbador que parece justificar que la sociedad tenga a este colectivo al margen de la vida afectivo-sexual”* (Amor, 1996, p.69, citado por Moreno, 2019, p.14).

Además de esta clasificación, existen más mitos que afectan directamente a la sexualidad de las personas con DI. Algunos de ellos son:

- “No son capaces de practicar relaciones sexuales seguras y normales”
- “No deberían recibir educación sexual puesto que no la necesitan”
- “No deberían recibir educación sexual puesto que incita a conductas sexuales”
- “No tienen la capacidad de dar su consentimiento para participar en actividades sexuales”
- “No son consideradas personas atractivas, por lo que la probabilidad de sufrir abuso sexual es casi nula” (Rivera, 2008, p.164)

Lo cierto es que la sociedad se ha encargado de promover una idea estrecha y superficial de la belleza, asociándola con ciertos estándares o cánones físicos que excluyen todo aquello que se desvía de lo previamente definido y que no reflejan la diversidad y la realidad de las personas. Esta concepción supone una barrera adicional para las personas con discapacidad. Sin embargo, es importante aclarar que la belleza

no se limita únicamente a cumplir los estándares tradicionales de belleza, sino que se debe buscar la belleza en la singularidad de cada individuo. La inclusión y la aceptación de la diversidad son fundamentales para promover una cultura basada en el respeto y aprecio por la particularidad de cada persona.

A pesar de que las personas con discapacidad son habitualmente discriminadas por no cumplir con los estereotipos aceptados de belleza, tienen diez veces más probabilidades de sufrir abuso o maltrato en comparación con la población en general, según Malluca Alemany (2020). La inmensa mayoría de estos abusos se producen en el entorno más cercano a la víctima. Este dato contradice el mito de que “no son consideradas personas atractivas, por lo que la probabilidad de sufrir abuso sexual es casi nula”. Asimismo, Alemany, en su charla sobre la detección y prevención de abuso sexual, hace especial mención a la inseguridad, la falta de información sobre la sexualidad y las dificultades de comunicación como principales factores que convierten a las personas con discapacidad en personas vulnerables frente a un posible abuso sexual.

El hecho de negarles la oportunidad de ser educados en sexualidad, así como de explorarse, disfrutar y expresar su sexualidad de manera positiva y saludable, los convierte no solo en más propensos a sufrir abuso o maltrato sexual, sino que aumenta el riesgo notablemente de la probabilidad de contraer infecciones de transmisión sexual o enfermedades venéreas, así como de experimentar un embarazo no planificado.

Al igual que todas las personas e independientemente de su condición, las personas con discapacidad tienen el derecho de recibir una educación sexual que les permita comprender y vivir su sexualidad de la forma en que ellos decidan hacerlo.

Por ello, el objetivo de este apartado es desmitificar las ideas más extendidas en torno a la sexualidad de las personas con discapacidad para adoptar una perspectiva que permita brindar las herramientas necesarias a las personas con DI para que se inicie la educación sexual de éstas desde edades tempranas. La finalidad es formar a personas capaces de sentirse independientes y libres para la toma de decisiones con respecto a la vivencia de su sexualidad y para vivir plenamente dentro de la sociedad, sin importar su condición física o intelectual.

Paola Rivera Sánchez (2008) enumera una serie de puntos clave respecto a la educación sexual que son necesarios para ir desarrollando habilidades para la vida autónoma:

- Establecer los límites entre las actividades que se realizan en público y en privado: identificar cuáles son las partes del cuerpo, cuáles se cubren y el motivo por el que lo hacemos, cuáles son los espacios (lugares) para la privacidad y en cuáles se puede compartir con los demás de su presencia.
- Conocer la información necesaria para el autocuidado diario.
- Identificar acerca de los límites en las relaciones con los demás (familia, amigos, docentes y extraños).
- Planes de seguridad, para poder saber qué hacer en caso de que alguien le toca de forma indebida. (p 165)

8. ANÁLISIS DEL PAPEL DE LOS DIFERENTES AGENTES EXTERNOS EN LA SEXUALIDAD DE LAS PERSONAS CON DI

Como ya ha sido mencionado en varias ocasiones, en la mayoría de los casos, las personas con DI enfrentan diversas dificultades educativas debido a las limitaciones en su desarrollo cognitivo y en otras áreas que afectan a su aprendizaje y adaptación al entorno educativo. En un artículo publicado en la revista mexicana *Psicología y Salud*, dos investigadoras especialistas en la educación de las personas con discapacidad afirman que:

La situación de las personas con necesidades educativas especiales (NEE), aunadas a la discapacidad, ya es de por sí un tema problemático debido a que implica un apoyo mayor para su educación. Esta circunstancia se complica en lo referente a la educación sexual, más aún durante la adolescencia, pues el hecho de que el individuo sufra retraso en el desarrollo intelectual no significa que la manifestación de sus características sexuales no tenga lugar (Baldaro et al., 1988, citado por Hernández y Navarro, 2012, p.196).

La educación sexual para personas con DI, como ya ha sido destacado, es crucial y fundamental para promocionar su desarrollo integral y su capacidad para la toma de decisiones informadas y saludables sobre su sexualidad y relaciones.

No solo constituye una necesidad intrínseca del ser humano, sino que es un derecho fundamental que es reconocido por varios marcos legales y de derechos humanos internacionales como la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de las Naciones Unidas o la Declaración de los Derechos Sexuales, en la que se reconoce entre otros, el derecho a la información, el derecho a la educación y el derecho a la educación integral de la sexualidad.

Negar este derecho a las personas con DI, por el simple hecho de su condición, supone una clara violación de sus derechos humanos. Por consiguiente, es esencial reconocer y promover de forma activa el derecho de las personas con discapacidad intelectual a recibir una educación sexual integral y adaptada a las necesidades que presenta cada persona. Esto no solo implica garantizar el acceso a la información y a los recursos disponibles, sino que también se debe fomentar un entorno inclusivo y respetuosos que promueva la autodeterminación y el bienestar sexual de estas personas. Es en este punto, donde los agentes externos tienen un papel decisivo.

En este apartado se analizará en profundidad el papel de las familias, el entorno, las instituciones y los profesionales con el objetivo de abordar cómo estos tres pilares fundamentales interactúan y contribuyen a una educación sexual inclusiva y efectiva que asegure a las personas con DI el derecho a vivir su sexualidad de manera plena y autónoma.

8.1 PAPEL DE LAS FAMILIAS Y DEL ENTORNO

El nacimiento de un hijo con discapacidad provoca una variedad de emociones y cambios tanto en los padres como en los hermanos. Este significativo cambio puede traducirse en problemas en la unidad de convivencia. Núñez recoge las posibles problemáticas que puede presentar cada miembro de la familia (2003, citado por Domínguez y Vásquez, 2016, p.11)

1. Problemáticas del niño. El hijo con discapacidad puede llegar a presentar problemas de conducta e incluso, sacar provecho de ella.
2. Problemática de los hermanos. Pueden llegar a sentir celos, pensando que son indiferentes y que su hermano es el centro de atención de sus padres. Asimismo, pueden llegar a generar sentimientos de culpa, al sentirse responsables de la

situación de su hermano, pueden desempeñar funciones no adecuadas a su edad y en ocasiones, pueden sentir vergüenza de su hermano.

3. Problemática de los padres. El vínculo conyugal puede pasar a segundo plano, lo que se puede traducir en un distanciamiento. Además, pueden presentar una serie de sentimientos negativos como desconcierto, extrañamiento, inseguridad, desilusión, dolor, culpa, miedo, rechazo y rabia (García y Bustos, 2015, citado por Domínguez y Vásquez, 2016, p.11)

Según Félix López, la familia debe ser entendida *“como una experiencia amorosa cotidiana, de aceptación de cada uno como es y de mutuo conocimiento, como entidad protectora de cada miembro y como principal colaboradora con otros elementos de educación y desarrollo, como la escuela”* (2005, citado por Salgado, 2017, p.8).

La familia es el primer y más influyente entorno educativo para los niños puesto que:

1. Proporciona un entorno emocionalmente seguro y de apoyo donde los niños pueden desarrollarse y aprender.
2. Los miembros de la familia, en concreto aquellos que conforman la unidad de convivencia como suelen ser los padres o hermanos, constituyen los primeros modelos de comportamiento para los infantes, formándose en valores, normas o habilidades sociales a través del método de observación. La familia es, por tanto, la principal fuente de transmisión de conocimientos y habilidades.
3. La familia contribuye al desarrollo de la identidad de los niños, proporcionándoles un sentido de pertenencia, historia familiar, valores culturales y éticos.
4. Brinda apoyo emocional y contribuye al bienestar emocional y psicológico de los niños.

En el caso de la educación sexual, las familias suelen evitar o posponer el abordaje del tema de la sexualidad con sus hijos por razones ya mencionadas como que la sexualidad sigue siendo considerada un tabú cultural. Además, la falta de educación o preparación de los padres puede llevarlos a sentirse inseguros para hablar de ello con naturalidad. Otros factores incluyen las creencias religiosas o morales y, en ocasiones la

edad avanzada de los padres. También existe el miedo de promover la actividad sexual a una edad temprana o incluso, se puede deber a un puro desconocimiento a la hora de tratar el tema, consecuencia de una posible carencia de recursos o estrategias para iniciar la conversación o responder a las preguntas de sus hijos.

Esta dificultad se magnifica en personas con DI debido a los mitos citados en el apartado anterior. Sin embargo, es un tema que debe ser tratado y resuelto desde la infancia y no, como suele producirse, tras observar o vivir situaciones problemáticas en las que se reprocha no haber actuado como se espera que actúe.

Con el fin de orientar a los padres, López (2005) enumeró una serie de funciones que los padres pueden desempeñar a la hora de abordar el tema de la sexualidad con sus hijos (citado por Salgado, 2017, pp.10-11):

1. Ser adecuadas figuras de apego, desde el comienzo de la vida de sus hijos y a lo largo de la misma, aunque cambie la forma y la manifestación del apego de acuerdo a la edad del hijo, pero siempre deberá tener como fin garantizar la confianza, la estima y el afecto de forma incondicional y eficaz. Es fundamental que se establezca una relación basada en la intimidad y confidencialidad.
2. Ser modelos aceptables, ensalzando valores como:
 - La aceptación de uno mismo y el reconocimiento de sus errores, lo que fomenta la autoestima y el crecimiento personal.
 - La concepción positiva del ser humano y el respeto a las diferencias individuales, promoviendo el respeto, la aceptación de la diversidad, la responsabilidad comunitaria y la libertad responsable.
 - El valor de los vínculos afectivos y la intimidad, desarrollando la expresión afectiva y el compromiso en las relaciones personales.
 - Las relaciones igualitarias entre mujeres y hombres, fomentando un trato personalizado a cada individuo basándose en características personales en vez de en estereotipos de género.
 - La capacidad de reconocer y expresar emociones de manera adecuada, promocionando el autocontrol emocional y la habilidad para intercambiar afectos de manera mutua y respetuosa.

3. Proteger de los riesgos reales e imaginarios como el abuso sexual, la violencia de pareja en adolescentes, la coacción para mantener relaciones sexuales, la presión social y mediática que puede influenciar a los jóvenes en la imagen corporal y la autoestima, el acoso y la exclusión, el miedo a no ser aceptado en la familia o en su entorno por razones de orientación sexual o identidad de género.
4. Responder a las preguntas que plantean sus hijos y en ocasiones, tratar de adelantarse a los sucesos evolutivos más importantes así como anticipar sus dudas, intereses y motivaciones. López señala que es fundamental proporcionar siempre información legitimada, aunque no necesariamente tenga que coincidir con la opinión propia.
5. No censurar o perseguir la sexualidad infantil saludable. Con esta afirmación, el autor hace referencia a la exploración de su cuerpo, incluyendo genitales o el interés por el cuerpo de otras personas.
6. Hablar abiertamente de los riesgos que derivan de ciertas prácticas sexuales y ofrecer alternativas y ayuda.
7. Colaborar con la escuela, el instituto o las instituciones educativas en las actividades de educación sexual que se organicen. Estas actividades pueden requerir la participación de los padres o ir destinadas directamente para ellos.
8. Saber buscar ayuda e información cuando así lo requiera la situación o en el supuesto caso de tener dudas sobre cómo proceder o abordar algún tema relacionado con la educación sexual de sus hijos.
9. Aprender a desvincularse sin hacer daño a los hijos. Esta función guarda una estrecha relación con el proceso de los padres de establecer límites saludables y fomentar la autonomía de sus hijos en el ámbito de la sexualidad, principalmente en el momento en el que sus hijos comienzan a establecer relaciones románticas o a explorar su propia identidad sexual. En este sentido, la función de los padres es de acompañamiento, orientación y apoyo.
10. Asumir la responsabilidad de proteger y evitar cualquier forma de maltrato, abuso, violencia o daño físico, emocional o psicológico en el proceso de educación sexual de sus hijos. En este punto, López hace una distinción entre los diferentes tipos de maltrato sexual:

- Mutilaciones de partes erógenas como el clítoris, los labios o las mamas, lo que constituye una forma extrema de abuso sexual y violencia de género.
- Abusos sexuales de menores. El catedrático y docente, destaca la gravedad de aquellos abusos cometidos por un miembro de la familia dado que tiene profundas repercusiones en la salud mental y emocional de los niños.
- No aceptar la identidad sexual de los hijos/as, lo que puede manifestarse en problemas de identidad durante la infancia o en situaciones de transexualismo y transgénero.
- No aceptar la orientación del deseo de hijos/as.

Igualmente, una de las funciones más importantes que debe desempeñar la familia y el entorno de las personas con discapacidad es evitar caer en la infantilización, concepto ya mencionado y, en la sobreprotección.

Rosa Barocio, en su libro *“Disciplina con amor: cómo poner límites sin ahogarse en la culpa”* (2005) analiza el concepto de sobreprotección, las causas que llevan a los padres a sobreproteger a sus hijos y las consecuencias que trae consigo esta actitud.

Barocio recoge algunas de las causas que pueden llevar a los padres a adoptar una actitud sobreprotectora con sus hijos:

- Confusión de sobreprotección con amor. Este tipo de padres muestran su cariño a través de facilitarles la vida al máximo para que no necesiten a penas esforzarse, asumiendo un rol sumiso y de “sirvientes de sus hijos”. Tienen la concepción de que su labor como padres es también, evitarles cualquier molestia o decepción y defenderlos de cualquier agravio o contratiempo.
- La sobreprotección les aporta una seguridad y un sentimiento de importancia al permanecer al lado de sus hijos siempre.
- La sobreprotección les permite controlar la vida de sus hijos llegando, incluso, a tomar decisiones por ellos.
- Por temor a que sus hijos crezcan y tengan más libertad.

- Por desconfianza sobre las capacidades de sus hijos.

La autora hace una dura crítica a la actitud sobreprotectora de los padres con el fin de reflejar cuáles son los efectos que provoca en el hijo.

El mensaje de la sobreprotección es aterrador, pues asfixia el natural desarrollo del hijo, que crece enclenque y marchito emocionalmente, lleno de inseguridad y miedo. La necesidad enferma de los padres obliga al hijo a depender de ellos...Pero un hijo que nunca logra independizarse significa también que nunca logra su completo desarrollo como ser humano. Logramos realizarnos como personas cuando en libertad podemos escoger nuestro propio destino. Cuando tomamos decisiones y asumimos las consecuencias. Pero un hijo dependiente nunca da este paso. Como el parásito que no tiene vida independiente, no conoce sus dones, su fortaleza, ni su individualidad, pues vive siempre a expensas de otros. (Barocio, 2004, p.114)

Además, la autora en su libro hace especial mención al obstáculo que supone la sobreprotección especialmente con personas con DI, afirmando que:

El niño discapacitado requiere que lo alentemos para que haga su mejor y mayor esfuerzo para vencer sus limitaciones y así desarrollar sus potencialidades al máximo. A mayores limitaciones, mayor esfuerzo, pero también mayor aprendizaje y satisfacción por sus logros...Su peor enemigo es la sobreprotección, que no sólo subraya su limitación física o mental, sino que lo invalida emocionalmente. (Barocio, 2004, p.122)

8.2 PAPEL DE LAS INSTITUCIONES Y DE LOS PROFESIONALES

Pese a que las personas que se dedican al cuidado de una persona con necesidades educativas especiales (NEE), asociadas a la discapacidad, son las principales fuentes de información acerca del mundo, lo hacen desde una perspectiva particular y propia que puede traducirse, en ocasiones, en una orientación basada en mitos o creencias erróneas entorno a la sexualidad (Beltrán et al., 1995, citado por Hernández y Navarro,2012, p.196). *“Por todo ello, es importante que no se abandone a la familia a*

sus propios recursos; la orientación de un especialista es indispensable, aunque los padres sean los principales involucrados en la educación sexual de sus hijos" (Hernández y Navarro,2012, p.196)

8.2.1 MODELOS DE INTERVENCIÓN

A continuación se desarrollan los cuatro modelos de intervención que han sido recogidos dentro de la Guía para el desarrollo de la afectividad y de la sexualidad de las personas con discapacidad intelectual, publicada por la Junta de Castilla y León con la colaboración de la Gerencia de Servicios Sociales de la Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades, en el año 2011. Esta guía tiene como fin último proporcionar a las personas con DI el apoyo requerido para su proyecto de vida y, orientado a la mejora continua de su calidad de vida.

Ha sido elaborada por Félix López Sánchez, con la colaboración de numerosos profesionales de CYL entre los que destacan trabajadores sociales, psicólogos, educadores, psicomotricistas, coordinadores, técnicos, jefes de servicio y directores de diferentes centros o áreas asistenciales.

El objetivo de elaborar una guía esta relevancia no es otra que servir como herramienta útil y práctica a los profesionales de los centros en el desarrollo del proceso de planificación y tutorización individual, en la fundamentación de las intervenciones dentro del campo afectivo-sexual y en la protocolización de dichas intervenciones.

Cada uno de los modelos que se desarrollan a continuación, ofrecen una perspectiva única sobre cómo abordar la sexualidad de este colectivo, desde un enfoque más restrictivo y limitante hasta otros que buscan empoderar a las personas con DI, a través de la educación y el apoyo adecuado.

1. MODELO DE RIESGO.

El origen de este modelo de intervención se remonta a la primera guerra mundial cuando diferentes problemas de salud relacionados con la sexualidad como las ETS o los embarazos no deseados provocaron una gran alarma social en Occidente. Este modelo, tuvo una mayor repercusión tras la crisis de salud pública causada por el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) en la década de los años 80.

La metodología de este modelo se basa en un enfoque reactivo, es decir, que la intervención se limita a prestar atención una vez que se detecta un problema, proporcionando la ayuda específica para evitar o responder a los riesgos ya identificados. La sexualidad se aborda desde una perspectiva clínica-médica en la que la salud se traduce como ausencia de enfermedad y las intervenciones se centran en prevenir, detectar y tratar enfermedades. Sin embargo, este modelo no considera aquellos aspectos fundamentales como la actividad sexual, la vida afectiva, el bienestar sexual e interpersonal, la autonomía o la calidad de vida.

Con el fin de ilustrar de manera gráfica ese enfoque reactivo que caracteriza las intervenciones, el Modelo de Riesgo también recibe el nombre de “Santa Bárbara”, comparándolo con Santa Barbara que únicamente aparecía durante una tormenta.

Si bien este modelo es capaz de reconocer los problemas de una forma realista y evitando el juicio moral de lo que se considera éticamente correcto o no, ya que se limita a indicar objetivamente si supone un riesgo y un problema para la salud, no es considerado un modelo idóneo. Entre las limitaciones de este modelo se pueden destacar que:

- Ofrece conocimientos muy limitados.
- Cuenta con un metodología directiva y poco participativa, donde las decisiones, en el caso de las personas con DI, suelen ser tomadas por profesionales de la salud o las propias familias, dejando así de lado el derecho que le corresponde de poder tomar decisiones de manera libre e informada.
- No promueve una vivencia positiva de las diferentes posibilidades.
- Refuerza la asociación entre peligro y sexualidad, puesto que si cada vez que se habla de sexualidad es únicamente con el objetivo de intervenir por la detección de un problema, es lógico que favorecerá esa negativa relación.

2. MODELO RELIGIOSO Y MORAL

Este modelo de intervención ha estado fuertemente arraigado en nuestra sociedad durante los años franquistas, ya que la religión tenía una significativa influencia

en la vida pública. Aunque, actualmente ya no sea obligatorio seguir las enseñanzas religiosas, el modelo basado en la religión y la moralidad sigue siendo una opción personal legítima.

Este modelo se basa en una concepción religiosa del ser humano, en la que la actividad sexual se limita al matrimonio heterosexual y, principalmente, con fines de procreación (aunque puede llegar a reconocerse la función de expresar amor entre los cónyuges). Sostiene que la intervención debe estar orientada a la promoción de la visión tradicional de la familia y las normas morales y cívicas. Se debe transmitir el valor de la preparación para la vida en familia o para la crianza, promover la castidad y la abstinencia hasta el matrimonio (en el caso de que lo haya, sino la obligación de esperar es de por vida), evitar los riesgos asociados a la sexualidad, y educar en la fidelidad conyugal.

Desde esta perspectiva, la educación sexual se entiende bajo dos únicos objetivos: el de autocontrol y el de abstenerse a la práctica de relaciones sexuales. Cualquier actividad sexual fuera del contexto del matrimonio o la voluntad de reproducirse carece de sentido. Es por ello, que a las personas con discapacidad, al no considerarlas capaces de casarse o tener hijos que luego sean educados bajo este precepto religioso, se les niega todo tipo de derecho sexual o afectivo, utilizando para ello, prácticas que desvíen su atención o que impidan la estimulación propia o la actividad sexual.

La metodología de este modelo se caracteriza por ser muy directiva y por ofrecer un único punto de vista como correcto, transmitiendo doctrinas ya definidas como normas en las que no cabe espacio para la discusión. Cabe destacar que no todas las personas creyentes adoptan este restrictivo modelo.

El modelo religioso y moral reconoce el prioritario papel de los padres en la educación sexual de sus hijos, considerándolos principales responsables de asegurar una correcta educación basada en el planteamiento tradicional, además de controlar y ser partícipes de ella. Igualmente, enfatiza la importante necesidad de que la educación contenga contenido ético. Sin embargo, presenta diversas limitaciones como que muestra un evidente sesgo en lo referente a los contenidos. El hecho de negarles

información objetiva sobre los riesgos y las conductas de riesgo supone un peligro para las personas con discapacidad puesto que no pueden reconocerse sexualmente activas y desconocen las prácticas seguras, lo que puede traer consigo la transmisión de enfermedades venéreas, embarazos no deseados, abuso sexual, etc.

3. MODELO QUE PRESCRIBE LA ACTIVIDAD SEXUAL

Este modelo de intervención cuyo origen se remonta a la izquierda freudiana, representa el extremo opuesto al modelo religioso y moral. Se asocia al movimiento juvenil SEX-POL (sexualidad y política) liderado por W. Reich en Viena en los años treinta.

Este modelo reivindica radicalmente la transformación de la sociedad y prescribe la necesidad de actividad sexual, entendiendo que el placer sexual es un derecho y el orgasmo satisfactorio una necesidad intrínseca asociado a una buena condición de salud. Además, defiende ideas como:

- El derecho de los jóvenes, solteros, personas con discapacidad y minorías excluidas a la práctica sexual.
- Se acepta como natural la masturbación.
- Desliga la actividad sexual de la función convencional de procrear y de la asociada al matrimonio.
- Plantea el acceso libre a los anticonceptivos y a la creación de espacios donde las personas jóvenes puedan mantener relaciones sexuales basadas en la seguridad, higiene, tranquilidad y satisfacción.
- El derecho al aborto y al divorcio o separación.
- La necesidad de brindar información sobre sexualidad así como de analizar las condiciones sociales de la población.
- Incide en la importancia de enseñar de forma activa a las personas con discapacidad a masturbarse, darles la oportunidad de mantener relaciones sexuales con quien ellos deseen y ayudarles a protegerse de los posibles riesgos asociados a una mala praxis.

Este modelo se caracteriza por desconfiar de los padres como agentes educativos, considerando que reproducen valores dominantes del capitalismo y la moral

sexual represiva. Y se postula en la idea de que deben ser los profesores y los profesionales sanitarios y sociales los principales educadores.

Aunque es cierto, que ensalza y defiende valores fundamentales como el derecho a la educación sexual, la igualdad de género o la importancia de incluir a las minorías en la sociedad y pese a basar su metodología en exposiciones, debates y la participación en movilizaciones sociales, se trata de un modelo doctrinario con un enfoque especialmente combativo que puede llegar a confundirse con la militancia política. Esta concepción ha sido criticada también por recurrir a nuevos tópicos infundados basados en creencias sobre la sexualidad y por generar un conflicto frontal con los padres o tutores legales, negando el derecho y deber de los mismos a intervenir y colaborar con la educación sexual de sus hijos.

4. MODELO BIOGRÁFICO-PROFESIONAL

Y, por último dentro de los modelos de intervención en el campo de la sexualidad y el afecto, se encuentra el modelo biográfico-profesional. Este modelo es el propuesto por la guía como el más idóneo a la hora de intervenir puesto que, busca superar la rigidez de enfoques anteriores para adoptar una postura que promueva el bienestar y la calidad de vida de las personas. Lo hace reconociendo la diversidad en la sexualidad, respetando el derecho de cada individuo a tomar sus propias decisiones y teniendo en cuenta todas las dimensiones de la persona con el fin de dar respuesta a sus necesidades.

Este modelo tiene como base dos preceptos fundamentales:

- Concepto positivo de salud. Frente a la idea de salud como “ausencia de enfermedad”, característica del Modelo Santa Bárbara, se contraponen el entendimiento de salud como bienestar general, en el que se incluye la capacidad de vivir la sexualidad y el afecto de manera saludable y libre. Igualmente, se reconoce el derecho a recibir información y recursos que faciliten la toma de decisiones informadas y responsables sobre la vida sexual.

- Aceptación de la diversidad y reconocimiento de derechos humanos.
Toma como marco de referencia las diferentes formulaciones sobre los derechos humanos universales, los derechos de la mujer, de los menores y de las personas con discapacidad, entre otros. Con esta base contextual, el modelo defiende que la sexualidad no debe ser reducida a la genitalidad y la procreación y no necesariamente vinculada al matrimonio. También respalda que la sexualidad no debe ser situada dentro del ámbito de la necesidad, como ocurre con la mayoría de las especies sexuadas, sino en el de la libertad, ya que los seres humanos tenemos la capacidad de decidir consciente y responsablemente y, debemos hacerlo con inteligencia emocional y social y siempre respetando la libertad de los demás.

Teniendo en cuenta este marco teórico que sirve de base para el modelo biográfico-profesional, la guía señala que lo fundamental es adoptar:

una actitud erotofílica (que implica promover un discurso positivo sobre la sexualidad), profesional (de búsqueda continua de los conocimientos científicos más fundamentados), tolerante (de aceptación de la diversidad en las formas concretas de vivir la sexualidad que no atenten a los derechos humanos) y ética (en la que se sea responsable del grado de libertad que pongamos en práctica) (López, 2011, p.80)

A pesar de que no existe una metodología específica de intervención, se acepta toda aquella metodología que esté basada en el entrenamiento de habilidades interpersonales y sociales y que fomente la participación activa de las familias y de las personas con discapacidad. El papel de ambos actores, sumado al de los profesionales, es fundamental. Por un lado, las personas con discapacidad que deben ser capaces de asumir su rol en la toma de decisiones sobre su biografía sexual y amorosa y, por otro lado, las familias, que deben colaborar de forma constructiva para apoyar el desarrollo sexual y afectivo de sus hijos. Las familias deben poder apoyarse en los profesionales, que también tienen una labor esencial, ya que proporcionan conocimientos (no opiniones), apoyan el desarrollo de habilidades útiles para la resolución de sus

necesidades interpersonales siempre bajo una concepción que favorezca la igualdad de género, respete la diversidad y promueva la integración.

El objetivo principal de este modelo de intervención es, por tanto, capacitar a las personas para que tomen decisiones informadas y responsables sobre su vida sexual y afectiva, promoviendo su bienestar y calidad de vida. Y para ello, se proponen una serie de contenidos formativos fundamentales:

- Conocimientos sobre sexualidad, habilidades interpersonales y actitudes positivas hacia la sexualidad y la diversidad.
- Información sobre igualdad de género, técnicas de comunicación efectiva y respeto por la heterogeneidad con el fin de favorecer relaciones equitativas y abiertas.
- Programas adaptados a las capacidades y necesidades de cada persona, consensuados con familiares y profesionales con la finalidad de promover la inclusión social y la normalización de la sexualidad, asegurando su participación activa y autonomía.

En conclusión y con ánimo de subrayar el éxito de este modelo frente a los tres ya mencionados, se puede afirmar que:

1. Este modelo supera la contradicción de imponer una única forma de vivir la sexualidad, abogando por una postura relativista y pluralista basada en conocimientos científicos y actitudes inclusivas y respetuosas.
2. Acepta la diversidad en la sexualidad y promueve el derecho a la autodeterminación en este ámbito.
3. Promociona la colaboración constructiva entre todos los agentes involucrados: familia, profesionales y los más olvidados, las propias personas afectadas e interesadas, las personas con discapacidad.

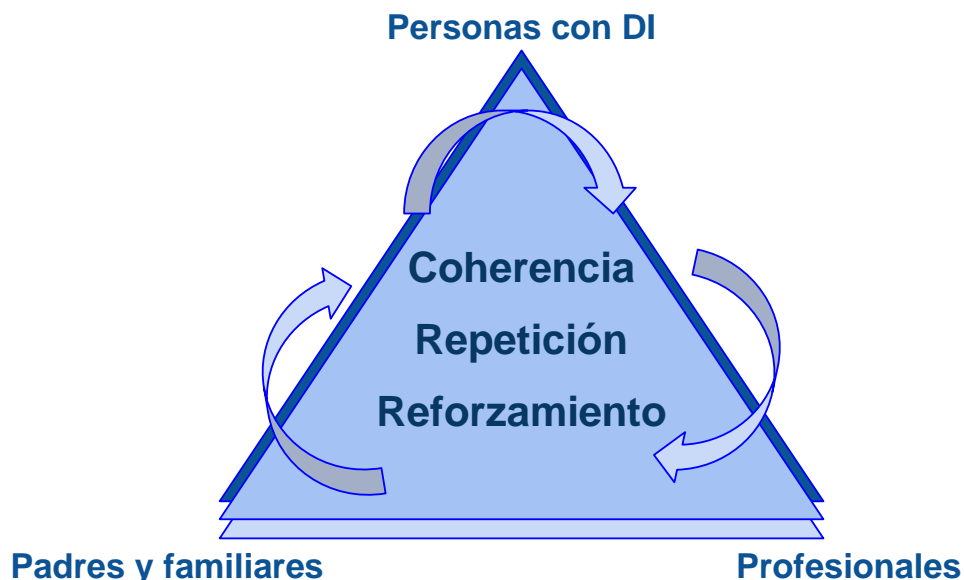
En la línea del modelo biográfico-profesional, encontramos el modelo del triángulo de la educación sexual propuesto por Couwenhoven (2001, p.45). Este modelo ha sido influyente en el desarrollo de estrategias de educación sexual inclusivas y comprensivas. Ambos modelos destacan la importancia de atender las necesidades individuales y respetar la diversidad de experiencias sexuales y

afectivos, siempre con el apoyo de los diferentes agentes externos que afectan a la vida de las personas con DI.

5. MODELO DEL TRIÁNGULO DE COUWENHOVEN

Este modelo se basa en la colaboración estrecha y coherente entre la persona con DI, su familia y los profesionales con los que interactúa. El autor considera que se deben unificar criterios en cuanto a valores y actitudes hacia la sexualidad, e incluir como principios la coherencia, la repetición y el reforzamiento con el fin de crear un entorno de aprendizaje sólido y adaptado que promueva el bienestar y la autonomía de la persona en su vida sexual y afectiva.

Ilustración 1: Triángulo de Couwenhoven en la educación sexual de las personas con DI.



Fuente: Elaboración propia.

La persona con discapacidad intelectual se sitúa en la cúspide del triángulo ya que sus necesidades y bienestar son considerados el centro del proceso educativo. Serán esas necesidades individuales las que determinen los objetivos y contenidos de la educación sexual que reciba, siempre adaptando la información y los métodos a su nivel de comprensión.

Los padres y familiares juegan un papel esencial a la hora de asegurar que los valores y actitudes que se transmiten hacia la sexualidad sean coherentes en relación a

lo que se enseña en otros contextos. Esta coherencia ayuda a reforzar los aprendizajes y propician la creación de un entorno de apoyo constante. Por tanto, las familias según este modelo tienen tres funciones principales:

- Compartir el método de intervención que emplean en casa para de esta forma, abordar de manera integral las conductas sexuales inapropiadas que puedan surgir.
- Identificar las estrategias formativas que mejor han funcionado en la educación de su hijo.
- Identificar cuál es el origen de estas conductas y cuáles son las dificultades de aprendizaje que presentan sus hijos.

Por otro lado, tal y como se representa en la Ilustración 1, los profesionales, junto con la familia, se sitúan en la base del triángulo. De acuerdo a Couwenhoven, deben asumir dos funciones:

- El diseño de métodos de enseñanza adaptados a las necesidades específicas de la persona.
- El refuerzo de los conocimientos ya adquiridos sobre sexualidad en entornos comunitarios y educativos, tratando de certificar que los aprendizajes sean consistentes y se integren en la vida diaria.

Para aplicar bien este modelo, es necesario entender y explicar de formas más detallada los tres principios fundamentales que sustentan el modelo de Couwenhoven.

1. Coherencia. Resulta esencial que la familia y los profesionales compartan un enfoque coherente en la educación sexual con el fin de evitar mensajes contradictorios y asegurar una enseñanza uniforme.
2. Repetición. Una de las claves para consolidar las nociones adquiridas, especialmente en personas con DI que en la mayoría de los casos requieren más tiempo y práctica para interiorizar la información, es repetir los conocimientos y habilidades.
3. Reforzamiento. Se asemeja al principio anterior y es que es fundamental reforzar los conceptos y comportamientos deseados de forma continua para mantener los avances logrados y asegurar que el aprendizaje permanezca.

Estos tres principios no solo guían la metodología de enseñanza, sino que deben estar presentes y se deben reflejar en los contenidos específicos propuestos por el modelo de educación sexual, ya que la integración de contenidos y principios favorece la creación de un entorno educativo efectivo y adaptado a las personas con DI. Los contenidos propuestos son los siguientes:

- Enseñar sobre las partes del cuerpo, incluyendo los genitales, en un contexto de intimidad y respetando las reglas sociales y el pudor.
- Explicar las diferencias entre hombres y mujeres y, explicar las singularidades del funcionamiento de los diferentes cuerpos.
- Enseñar el concepto de intimidad sirviendo como modelos, por ejemplo, llamando a las puertas, cambiándose en el baño, etc.
- Transmitir las reglas sociales pertinentes para una convivencia respetuosa y adecuada.
- Conocer la importancia del contacto y el afecto y sobre todo, la importancia de establecer límites en las relaciones.

Los niños con necesidades especiales están acostumbrados a que se les viole sus fronteras desde edades muy tempranas. ... Cuando los niños constatan que sus fronteras son repetidamente violadas con este tipo de conductas, por más que sea con la mejor intención, pierden el sentido de lo que es apropiado. (Couwenhoven, 2001, p.48)

9. TRABAJO SOCIAL Y EDUCACIÓN SEXUAL DE LAS PERSONAS CON DI

Los profesionales tienen una labor fundamental en la promoción de la educación sexual de las personas con DI. En concreto, en este apartado, me centraré en las funciones que pueden ser desempeñadas por los/as trabajadores/as sociales. Para ello, es fundamental contextualizar el Trabajo Social. Según la Definición Global del Trabajo Social aprobada en la Asamblea General de la Federación Internacional de Trabajo Social, (FITS) el 6 de Julio de 2014 en Melbourne (Australia) se define como:

una profesión basada en la práctica y una disciplina académica que promueve el cambio y el desarrollo social, la cohesión social, y el fortalecimiento y la

liberación de las personas. Los principios de la justicia social, los derechos humanos, la responsabilidad colectiva y el respeto a la diversidad son fundamentales para el trabajo social. Respaldada por las teorías del trabajo social, las ciencias sociales, las humanidades y los conocimientos indígenas, el trabajo social involucra a las personas y las estructuras para hacer frente a desafíos de la vida y aumentar el bienestar. (International Federation of Social Workers, 2014, párr.1)

El deber de cambio social en el ámbito del Trabajo Social se basa en la premisa de que la intervención es esencial tras identificarse una necesidad de cambio y desarrollo en una situación particular, ya sea a nivel individual, familiar, grupal, comunitario o social. (FITS, 2014, párr.5)

Partiendo de este enfoque, la profesión reconoce que los factores históricos, socioeconómicos, culturales, geográficos, políticos y personales tienen una significativa influencia y se traducen en oportunidades y/o barreras para el bienestar y el desarrollo humano. Las barreras estructurales contribuyen a la perpetuación de las desigualdades, la discriminación, la explotación y la opresión. Es por ello que el desarrollo de la conciencia crítica basada en la reflexión juega un papel fundamental. Criterios tales como la raza, la clase, el idioma, la religión, el género, la discapacidad, la cultura y la orientación sexual constituyen barreras que pueden llegar a impedir el desarrollo pleno de las personas. (FITS, 2014)

El Trabajo Social, en su práctica emancipadora, se centra en desarrollar estrategias de acción para abordar las barreras estructurales y personales con el objetivo de alcanzar el fortalecimiento, la liberación de las personas, un mayor bienestar y justicia social, a través de la promoción de su capacidad de autodeterminación y empoderamiento. (FITS, 2014, párr.4)

Como bien es sabido, las personas con DI se enfrentan a numerosas barreras tanto a nivel social como cultural, económico o político que limitan su acceso a la educación, el empleo, la salud y otros servicios esenciales. En el contexto de lo establecido por la FITS, el Trabajo Social puede incidir:

- En el desarrollo de conciencia crítica, tanto en las personas con discapacidad como en sus familias y/o entornos, a través de ofrecer información, asesoramiento y orientación sobre los derechos y las capacidades de las personas con DI, promoviendo una mayor concienciación e inclusión. Igualmente, pueden apoyar a las personas con discapacidad en el reconocimiento de sus propios derechos y capacidades, fomentando, de este modo, su autodeterminación.
- En el desarrollo de estrategias de acción para abordar tanto las barreras estructurales como personales. Incluyendo en estas estrategias:
 - La defensa de sus derechos, abogando por políticas sociales inclusivas y justas que promuevan la igualdad de oportunidades y el acceso a recursos.
 - Programas que brinden apoyo educativo, profesional y social a las personas con DI y sus familias.
 - El fomento de la creación de redes de apoyo comunitarios que promuevan la inclusión y participación activa de las personas con DI en la vida comunitaria.
- El fortalecimiento y liberación de las personas con DI promoviendo su autonomía y autodeterminación y su plena participación en todos los aspectos de la vida comunitaria. Asimismo, el trabajador social, de acuerdo a los principios éticos que respaldan la profesión, debe luchar para reducir las desigualdades sociales y económicas que afectan directamente al colectivo de personas con discapacidad.

9.1 EL TRABAJO SOCIAL COMUNITARIO Y EL TRABAJO SOCIAL DE GRUPOS

Si bien la intervención por parte del trabajador/a social en el ámbito de educación de las personas con DI puede ser ubicado tanto en un contexto comunitario como en un contexto de grupos, es preciso el análisis de aquellos conceptos más relevantes que favorezcan la comprensión y clarificación de la labor del profesional del Trabajo Social en cada área. El hecho de que se ubique en un contexto comunitario o grupal varía en función de cómo se estructuren los programas y las intervenciones

específicas. En los siguientes apartados se pretende explicar cómo la educación sexual de las personas con DI se puede integrar en cada uno de los dos ámbitos.

9.1.1 UNA APROXIMACIÓN AL TRABAJO SOCIAL COMUNITARIO

No fue hasta 1962 que la Asociación Nacional de Trabajadores Sociales Americanos, aceptó el Trabajo Social Comunitario (TSC) como un campo de práctica del Trabajo Social. El TSC constituye uno de los tres métodos clásicos de intervención propios del Trabajo Social, junto con el método grupal y el individualizado (Lillo y Roselló, 2001)

Lillo y Roselló en su libro “Manual para el Trabajo Social Comunitario” se refieren al Trabajo Social Comunitario como:

El proceso que se realiza para la consecución del bienestar social de la población, con la participación directa y activa de ésta en el análisis, concienciación y resolución de los problemas que afectan a la comunidad, partiendo por tanto de la propia comunidad y de la utilización, potenciación o creación de los recursos de la misma. (2001, p.19)

Encontramos una definición más reciente del TSC en el libro “*Trabajo Social con comunidades. Teoría, metodología y prácticas*” que se refiere a este nivel de intervención como:

el conjunto de estrategias de intervención a través de las cuales el trabajador social ayuda a un sistema de acción comunitario (compuesto por personas, familias, grupos y organizaciones), a comprometerse en una acción colectiva, al objeto de resolver los problemas sociales, en el contexto de un sistema de valores democráticos. Nuestra labor profesional se dirige a promover cambios sociales en el medio social, organizacional-institucional e interaccional. (Pastor, 2021, p. 206)

El trabajador social, siguiendo a Lillo y Roselló, es considerado un agente de cambio que interviene con la pretensión de:

que la comunidad tenga acceso a la igualdad de oportunidades y recursos de su propio planteamiento, donde se cubran integralmente las necesidades básicas de la población, sintiéndose sujetos, actores de su vida y evolución, potenciándose la vida asociativa de la comunidad...En este proceso se está produciendo la movilización de recursos humanos e institucionales en la propia comunidad, que va a ayudar a promover un mejor nivel y calidad de vida de los ciudadanos que la componen. (p.25)

En su Tesis Doctoral, Mercedes Cuenca establece que *“el TSC es uno de los niveles de intervención profesional que cuenta con una metodología propia, generadora de conocimiento y con un rol central en los procesos de intervención comunitaria en comunidades concretas”* (2017, p. 42) y señala que es preciso establecer las características más identificadoras de este ámbito (pp. 42-43):

1. Su destinataria es la comunidad.
2. Su desarrollo es complejo debido a factores como el choque de intereses que encuentran los trabajadores sociales a la hora de llevar a cabo la práctica, la imposibilidad de establecer una comunicación directa con todas las personas que la componen y la *“necesidad de remitirse en la intervención a las determinaciones sociohistóricas que atraviesan las trayectorias de las personas involucrada”* (Mallardi, 2019, citado por Cuenca, 2017, p.42).
3. Su realización es interdisciplinar requiriendo diálogo y colaboración entre diferentes disciplinas que faciliten el abordaje de problemáticas sociales complejas.
4. El proceso requiere transparencia ya que uno de los objetivos principales es conseguir llegar al máximo número de personas involucradas posibles a través de la difusión de actividades.
5. Su tiempo es el largo plazo puesto que el proceso de actuación requiere una adaptación al ritmo de la comunidad con la que se interviene.
6. Su mandato incluye la participación, que constituye uno de los pilares del Trabajo Social Comunitario.

Igualmente y con la finalidad de delimitar más, si cabe, el Trabajo Social que se lleva a cabo con comunidades, Cristina De Robertis y Henri Pascal en el año 1994 establecieron los siguientes objetivos dentro de la intervención comunitaria:

- 1- Movilizar a la población, ayudarla a organizarse y procurar la globalización de la acción para conseguir el desarrollo global de la comunidad.
- 2- Reconstrucción de la identidad, reconociendo las diferencias y afirmando las especificidades.
- 3- Refuerzo de la solidaridad a partir de la oposición entre los intereses opuestos.
- 4- Prevención y promoción de la salud. (citado por Lillo y Roselló, 2001, p. 66)

El término comunidad es repetido en infinidad de ocasiones cuando se alude al Trabajo Social Comunitario, en este sentido puede ser entendido como *“el elemento esencial y básico en y con el cual se desarrolla y operativiza el Trabajo Social Comunitario”* (Lillo y Roselló, 2001, p.73). Y, aunque existen numerosas definiciones del concepto de comunidad, la mayoría comparte tres puntos en común: *una localidad compartida, relaciones y lazos comunes y la interacción social*. Estas coincidencias fueron establecidas por Hillery en 1959, tras la revisión de 94 definiciones diferentes del término comunidad (citado por Lillo y Roselló, 2001, p. 74)

Los cambios que está sufriendo la sociedad traen consigo un cambio en las necesidades de los colectivos más vulnerables y plantea nuevos retos al trabajador social en su enfoque y compromiso de acciones sociales dirigidas a la comunidad. La educación sexual de las personas con DI es un claro ejemplo de esto, ya que requiere una adaptación tanto en el enfoque como en la implementación de programas y políticas de apoyo. Los cambios que se mencionan a continuación reflejan una evolución hacia una sociedad más inclusiva y consciente de los derechos de todos sus miembros y subrayan la importancia de que los trabajadores sociales adapten sus prácticas para dar respuesta a las necesidades emergentes de las personas con DI. Estos cambios pueden referirse a:

- Cambios demográficos como el envejecimiento de la población o el aumento de la esperanza de vida de las personas con DI.

- Avances en los derechos humanos. La creciente conciencia y aceptación de los derechos de las personas con discapacidad, impulsada por marcos legales internacionales como la Convención sobre los Derechos de las personas con Discapacidad o la Declaración de los Derechos Sexuales, requiere que se promuevan políticas que respeten y promuevan sus derechos sexuales y reproductivos.
- Transformaciones culturales puesto que la sociedad está evolucionando hacia una mayor visibilidad de la diversidad sexual y de género.
- Tecnología y acceso a la información. Esta facilidad a la hora de acceder a información supone nuevas oportunidades y desafíos. Las personas con DI pueden acceder a información sobre sexualidad lo que pone de manifiesto la necesidad de una educación sexual adecuada que les permita diferenciar la información real y confiable de la que no lo es y supone todo un peligro.
- Cambios en las estructuras familiares que pueden afectar a cómo se aborda el tema de la sexualidad, relacionado, según M.^a Isabel García (2018), con el proceso de globalización y de individualización (p.21).
- Mayor demanda de sensibilización y formación entre los profesionales para abordar de manera efectiva y respetuosa sus necesidades sexuales y afectivas.

En este contexto, el ámbito de actuación del Trabajo Social Comunitario se enfocaría en la comunidad en su conjunto, incluyendo familias, instituciones educativas, centros de salud y organizaciones locales.

Por otro lado, los objetivos planteados por el trabajador social podrían ser, entre otros:

- Concienciar a la comunidad sobre la importancia de la educación sexual para las personas con DI a través de campañas de sensibilización y educación dirigidas a la comunidad en general.
- Desarrollar programas y políticas que garanticen el acceso a la educación sexual integral (ESI) para todas las personas que conforman la

comunidad y, en especial para las personas con DI mediante la colaboración, por ejemplo, con escuelas, centros comunitarios u otras organizaciones.

-Promover un entorno inclusivo y respetuoso que apoye la autodeterminación y que fomente el bienestar y el reconocimiento de los derechos sexuales de las personas con DI. Para ello, sería muy positivo crear redes de apoyo comunitario en las que se involucre la familia, los profesionales y, las propias personas con DI.

9.1.2 UNA APROXIMACIÓN AL TRABAJO SOCIAL DE GRUPOS

Como ocurre con muchos de los términos relacionados con el trabajo social, son muchos los autores que han intentado delimitar la definición del Trabajo Social de Grupos. Sin embargo, la más aceptada por la gran mayoría de autores que tratan este tema es la propuesta por Gisela Konopka en 1963 que establece que el Trabajo Social de Grupo es: *“un método de trabajo social que ayuda a los individuos a mejorar su funcionamiento social a través de experiencias constructivas de grupo, y a enfrentarse con sus problemas personales, de grupo y de comunidad”* (citado por Rossell, 1998, p. 103)

Siguiendo a Rossell, a partir de esta definición se han ido introduciendo nuevos matices y numerosos autores enfatizan la importancia de aspectos como:

el papel de la ayuda mutua en el contexto del grupo, y el papel y la influencia del grupo para capacitar a sus miembros, para que a través del grupo puedan tener más “poder” social, en el sentido de adquirir mayor presencia, participación y ascendencia social, dado que los trabajadores sociales atienden a personas que se hallan en muchos casos en situación o en riesgo de marginación (p.104)

El grupo debe ser entendido en su totalidad y los participantes como partes del mismo, que conforman el grupo *“y, que a veces aparecen, al mismo tiempo emergentes y representantes de esta realidad grupal”*. Como bien señala la autora, suele ser más frecuente y sencillo analizar el comportamiento individual dentro del grupo, teniendo en cuenta aspectos como la presión que éste ejerce en el individuo. Rossell propone un

ejemplo que permite entender lo expuesto en el párrafo anterior con mayor claridad. Para ello, realiza una comparación del grupo con la familia y explica que, en este contexto:

cada miembro de la familia ha vivido la situación grupal pero todos de manera distinta en la medida que ha participado “en ella”, y “de ella”, ha incorporado una experiencia personal determinada, que tendrá repercusiones más allá de la vida del grupo y se trasluirá en otras experiencias y relaciones sociales (1998, p.104)

Los antecedentes del Trabajo Social de Grupo (TSG) se ubican en Estados Unidos y se establece como origen la práctica desarrollada en los incipientes centros sociales comunitarios “*Settlement Houses*” que acogían a personas que se integraban a los nuevos suburbios de las ciudades industriales procedente de zonas rurales o culturas diversas con el objetivo de disminuir la brecha salarial entre ricos y pobres. Belén Parra subraya la importancia de estos centros y apunta que:

Los Settlement House se ocupan de fomentar la mejora de las condiciones de vida de barrios y comunidades y de la creación y sostenimiento de formas de reciprocidad comunitaria. Estas organizaciones recurren a las agrupaciones y asociaciones para el desarrollo de programas de sensibilización cultural en la comunidad para la mejora de la calidad de vida, utilizando el grupo como contexto para la acción social (2017, p.40).

Al mismo tiempo que se desarrollaban las primeras actividades de ayuda mutua, recibían ayuda material, educación informal y actividades de ocio desde los centros comunitarios. Sin embargo, el TSG no es hasta la década de los 60 que comienza a expandirse por Europa, Latinoamérica y otros países del mundo.

Rossell señala que en 1971 Kisnerman, basándose en la clasificación inicial de Konopka, plantea la siguiente división de grupos:

1. Grupos orientados hacia el crecimiento.
 - I. Grupos terapéuticos
 - II. Grupos de aprendizaje
 - III. Grupos recreativos

2. Grupos de acción social (p.111)

El autor establece que la principal distinción entre ambos grupos viene dada por la preposición que acompaña al Trabajo Social: Trabajo Social de Grupo o Trabajo Social con Grupos. Con ello, el autor busca enfatizar la importancia que tiene el papel del trabajador social. En los grupos orientados hacia el crecimiento el trabajador social asume al grupo como objeto de su intervención y su función de conducción del grupo es indispensable, hasta el punto de que no es posible que sea sustituida por los propios participantes. Sin embargo, en el Trabajo Social con Grupos el profesional asume un rol de acompañamiento mientras que intenta potenciar su capacidad para autoorganizarse y ser efectivo en el logro de sus objetivos sociales, potenciando líderes que lo dirijan (citado por Rossell, 1998).

Sin embargo, no es la única división de grupos de Trabajo Social existente puesto que como menciona Belén Parra en su Tesis Doctoral:

Los grupos de trabajo social pueden ser descritos en relación a diferentes dimensiones: el propósito del grupo, la forma de creación, los objetivos, la apertura, etc. Estas dimensiones se superponen y entrecruzan, de manera que grupos con similar propósito pueden variar en el formato, pueden desarrollarse a largo o corto plazo, pueden ser abiertos o cerrados, pueden utilizar el dialogo o incluir actividades como medio de expresión o comunicación. (2017, p.59)

En la línea de la educación sexual de las personas con DI, el ámbito de actuación del Trabajo Social de Grupos se centraría en grupos más pequeños y específicos de personas con DI, sus familias o cuidadores.

Los objetivos de la intervención podrían incluir:

- Facilitar el desarrollo de habilidades y conocimientos sobre sexualidad, relaciones y derechos sexuales.
- Proporcionar apoyo emocional y psicológico a través de la integración grupal.
- Fomentar el empoderamiento personal del grupo y de sus miembros.

- Crear un espacio seguro y estructurado para el aprendizaje y el intercambio de experiencias, fomentando el apoyo mutuo y la cohesión de los miembros del grupo.
- Abordar problemas específicos de los miembros mediante la colaboración de los integrantes del grupo.

Estos objetivos podrían llevarse a cabo a través de la organización de talleres y sesiones educativas sobre temas de sexualidad o la utilización de técnicas de dinámica de grupos que fomenten la comunicación y la acción mutua. No obstante, el profesional de referencia debe tener en cuenta que lo más relevante para alcanzar los objetivos establecidos es adaptar el contenido y la metodología a las necesidades específicas del grupo, asegurando la accesibilidad y comprensión.

9.2 EL TRABAJO SOCIAL EN EL ÁMBITO EDUCATIVO

En el ámbito educativo se puede destacar el papel que desempeña el profesional del Trabajo Social. Principalmente, está dirigido a una intervención integral, actuando como mediadores entre alumnos, núcleo familiar y entidad educativa. Varios autores se han preocupado por definir el objeto del Trabajo Social en el contexto educativo, resaltando su importancia para el bienestar de los miembros de una familia. *“Es importante destacar, el campo del trabajo social en la educación, ya que esta refuerza y fortalece los procesos formativos de las instituciones, con el fin de mejorar la calidad de vida de los individuos y/o actores sociales.”* (Blanco, 2016, p.22). Otros autores como Rafael Gómez afirman que:

La intervención del Trabajo Social en el contexto educativo se plantea como un proceso de ayuda que permite identificar, en las familias y en los escolares, las situaciones que generan malestar y violencia, fomentando nuevas perspectivas de acción que les permitan modificar, no solo los significados negativos de estas, sino también sus relaciones internas. Como no siempre es posible que las familias cambien las realidades que les perturban, la acción profesional consistirá en ayudarles a cambiar sus significados y aspiraciones para que se acomoden a sus realidades. De cada crisis, la familia y cada miembro pueden sacar oportunidades y aprendizajes para afrontar nuevas situaciones. (Gómez, 2015, p.171)

Entre las funciones que podría desarrollar un/a trabajador/a social en el ámbito educativo y de acuerdo al Libro Blanco del Título de Grado en Trabajo Social (2004, pp.105-106) se incluyen:

1. Función de mediación: en caso de conflicto posibilitando la unión de las partes implicadas con el fin de que los interesados logren la resolución de este.
2. Función de planificación. En primera instancia se evaluará las necesidades individuales de los usuarios y sus familias, adoptando un enfoque holístico (considerando todas las dimensiones y aspectos que los componen). Tras la evaluación se efectuará un diagnóstico, que deberá ir seguido del desarrollo de programas individualizados. En el ámbito educativo la intervención será, en la mayoría de los casos, compartida con educadores, psicólogos y otros profesionales.
3. Función de coordinación. Con el fin de brindar un apoyo integral, los profesionales del Trabajo Social pueden coordinarse con profesionales de una misma organización o de diferentes organizaciones, para determinar la metodología adecuada de actuación, a través de la concertación de medios, técnicas y recursos.
4. También pueden proveer capacitación y recursos a los familiares y al personal escolar sobre las mejores prácticas para trabajar con los estudiantes, promoviendo un entorno de confianza y seguridad para tratar cualquier tema que les perturbe.
5. Pueden brindar asesoramiento, información, orientación y apoyo emocional a estudiantes y sus familias, ofreciéndoles herramientas que faciliten el control de emociones, las habilidades sociales o comunicativas.
6. Otra de las funciones que se pueden destacar de los profesionales del Trabajo Social en el ámbito escolar es abogar por los derechos de los estudiantes dentro del sistema educativo, asegurando una igualdad de oportunidades que les permita recibir los servicios y apoyos a los que tienen derecho.

Estas funciones que desempeñan los profesionales del Trabajo Social en el ámbito educativo pueden eficazmente extrapolarse al ámbito de la educación sexual de las personas con DI. A continuación se desarrollan las funciones del trabajador/a social, su aplicación en la educación sexual de las personas con DI y las diferentes formas de intervención.

1. **Mediación.** Los trabajadores sociales pueden mediar en aquellas situaciones de confrontación sobre temas referentes a la sexualidad entre las personas con DI, sus familias y el personal educativo. Para ello, pueden llevar a cabo:
 - **Resolución de conflictos:** Convirtiéndose en agentes facilitadores del diálogo y la comprensión mutua entre las partes involucradas, ayudando a resolver conflictos relacionados con la privacidad, el consentimiento, la expresión de la sexualidad y la toma de decisiones. Esta mediación se puede llevar a cabo ya sea interviniendo de forma inmediata en situaciones de crisis para proporcionar apoyo y evitar situaciones de riesgo o, a través de la organización de talleres y actividades que faciliten la adquisición de técnicas de resolución de conflictos y comunicación efectiva.
 - **Promoción de acuerdos:** El profesional del Trabajo Social puede promover acuerdos que respeten los derechos y las necesidades de la persona con DI, tratando de garantizar un enfoque positivo basado en la comprensión y el respeto hacia la sexualidad.

2. **Planificación.** A través de la evaluación de las necesidades individuales y el desarrollo de programas personalizados de educación sexual que se adapten a la capacidad y el nivel de la persona implicada.
 - **Evaluación y diagnóstico:** Realización de evaluaciones que comprendan todos los aspectos y componentes propios de la persona con el fin de identificar las necesidades específicas que presenta en lo referente a la educación sexual.
 - **Desarrollo de programas individualizados:** A través de la colaboración interprofesional con educadores, psicólogos y otros

profesionales con el fin de diseñar el Proyecto de Educación Individualizada (PEI). En estos proyectos es necesario que se incluyan objetivos específicos y estrategias adaptadas a las necesidades de la persona con DI. Una vez realizada la intervención, el trabajador social debe realizar un seguimiento continuo de la situación del usuario y adaptar el programa de intervención si así fuera necesario.

3. Coordinación. El/la trabajador/a social puede coordinar esfuerzos con diferentes profesionales y organizaciones para proporcionar un enfoque integral de la educación sexual que sea compartido por todos los agentes involucrados en la educación sexual de las personas con DI, evitando de esta forma, choques y conflictos. Para ello, debe asegurarse de:

- **La integración de recursos:** A través de la coordinación tanto con servicios externos como centros de salud o CEAS correspondiente o, bien con equipo multidisciplinarios como profesionales de salud, educadores, terapeutas, psicólogos y especiales en sexualidad para desarrollar e implementar programas de educación sexual.
- **La concertación de técnicas y recursos:** certificando que los métodos, recursos y técnicas utilizados sean adecuados y accesibles para las personas con DI.

4. Capacitación y sensibilización. El trabajador social puede proveer capacitación y recursos a las familias y demás profesionales que desempeñan un papel clave en el apoyo a las personas con DI. Pueden hacerlo a través de:

- **Formación continua:** Organizar talleres y sesiones informativas para educadores y familias sobre las prácticas sexuales, los derechos de las personas con DI, la importancia de que no intercedan en la toma de decisiones de estos y consejos que les orienten en el proceso de acompañamiento en esa toma de decisiones que, únicamente les pertenece a las personas con DI.

- **Promoción de la inclusión:** Promover un entorno inclusivo y sensibilizado que respete y apoye la sexualidad de las personas con DI.
5. Asesoramiento y apoyo emocional. Los profesionales pueden encargarse de brindar información, asesoramiento, orientación y apoyo a las personas con discapacidad y sus familias sobre temas relacionados con la sexualidad, mediante:
- **Sesiones individuales y familiares** que aborden los desafíos emocionales relacionados con la sexualidad y la DI.
 - **Gestión de emociones:** proporcionar herramientas que sean de utilidad para el manejo del estrés, la ansiedad y otras emociones.
6. Defensa de derechos. Otra de las funciones del trabajador/a social es abogar por el cumplimiento de los derechos de las personas con discapacidad, tanto en los temas relacionados con su sexualidad como en los demás ámbitos. Para tal propósito deben fomentar:
- **La igualdad de oportunidades:** Asegurar que las personas con DI reciban educación sexual de manera equitativa y que se respeten sus derechos sexuales entre los que se incluyen el derecho a recibir información adecuada, accesible y comprensible, el derecho a la toma de decisiones reproductivas libre y responsable o el derecho a la expresión sexual, entre otros
 - **La sensibilización comunitaria** con el fin de involucrar y hacer partícipe a la comunidad en la promoción de un entorno inclusivo y respetuoso. Lo pueden llevar a cabo a través de varias estrategias y actividades como la organización de talleres y seminarios, campañas de sensibilización, el desarrollo de materiales educativos que sirvan de guía, facilitación de grupos de padres o cuidadores que conformen una red de apoyo para compartir experiencias u ofrecer apoyo mutuo, etc.

- **Las políticas inclusivas:** Trabajar para implementar y defender políticas orientadas al contexto educativo que garanticen el acceso a una educación sexual integral, adecuada y adaptada.
- **La prevención de situaciones de riesgo** como abusos y explotación o embarazos no deseados.

CONCLUSIONES

El objetivo principal de este TFG era estudiar y conocer la realidad que están obligados a vivir las personas con DI en torno a su sexualidad. A todos los obstáculos que enfrentan en su día a día, se suma la negación de un aspecto esencial, su sexualidad, que constituye una parte integral e intrínseca de la condición humana sin la que no puede ser entendida la salud sexual plena, que, según la OMS, se basa en una respetuosa comprensión de la sexualidad. No sólo debe ser reconocida como una necesidad intrínseca del ser humano, sino también como un derecho fundamental e inviolable reconocido por un marco legal amplio y universal.

Tras una contextualización y delimitación de los conceptos más importantes del tema, se ha llevado a cabo una breve revisión de los antecedentes de la sexualidad de las personas con discapacidad intelectual incidiendo en cómo ha sido tratada a lo largo de la historia. A lo largo del trabajo se ha analizado cuáles son los derechos reconocidos a este colectivo y cuáles son las leyes que les amparan y protegen en el libre ejercicio de actividades de carácter sexual.

El tema central del trabajo ha sido la necesidad de educar a las personas con DI, desde edades tempranas, sobre cómo vivir su sexualidad. Ello permitirá que puedan tomar decisiones de forma independiente y saludable y favorecerá la prevención de riesgos asociados a una mala praxis sexual o a la desinformación como la probabilidad de contraer infecciones de transmisión sexual o enfermedades venéreas, experimentar un embarazo no planificado o, convertirse en víctimas de abuso o maltrato sexual.

Desmitificar los mitos que afectan directamente a la vivencia de la sexualidad por parte de este colectivo ha sido uno de los puntos clave, subrayando las consecuencias y el impacto que tienen en la vida de estas personas. Desde la perpetuación de estigmas y prejuicios hasta la limitación significativa de sus oportunidades contribuyendo a la exclusión de este colectivo.

Se ha concluido en la importancia de abordar la educación sexual desde un enfoque positivo no sólo como un derecho sino como una necesidad que va a incidir en el bienestar y la mejora de la calidad de vida del colectivo y en la promoción de la inclusión

y participación plena de las personas con discapacidad intelectual en todos los ámbitos de la sociedad.

Para ello, se han analizado los diferentes modelos de intervención en la educación sexual, estudiando los diferentes enfoques en qué se basan y sus respectivas limitaciones. En este contexto, el modelo biográfico-profesional se presenta como el más idóneo para intervenir puesto que busca superar la contradicción de imponer una única forma de vivir la sexualidad, aboga por una postura en la que la sexualidad se ha concebida de forma positiva, acepta la diversidad y reconoce los derechos humanos, enfatizando la importancia de fomentar la autodeterminación en este ámbito. Además se postula en la promoción de la colaboración constructiva de todos los agentes involucrados: familia, profesionales y las propias personas con DI.

Igualmente, tras proponer este modelo como base de cualquier intervención que busque promover el bienestar del colectivo con DI, se ha explorado cuál es el papel de los actores mencionados. Como conclusión, se establece que las familias, como primer y más influyente entorno educativo para los niños, tienen un papel fundamental e irremplazable, pero que debe ser acompañado por la labor, también esencial, de los profesionales puesto que su orientación es indispensable para abordar el tema de la mejor forma posible.

Partiendo de que los profesionales deben asumir su papel crucial en la promoción de la educación de las personas con discapacidad, es inevitable destacar la labor de los trabajadores sociales que actúan como agentes de cambio y desempeñan funciones imprescindibles que promueven el cambio social, la cohesión y la liberación de las personas, basándose en los principios éticos reconocidos por la profesión como la justicia social, los derechos humanos y el respeto a la diversidad.

Se han explorado las diferentes líneas de intervención desde el Trabajo Social, destacando el Trabajo Social de Grupos (TSG) y el Trabajo Social Comunitario (TSC), así como la labor realizada en el ámbito educativo. Estas funciones van desde facilitar el desarrollo de habilidades y conocimientos de la sexualidad, proporcionar apoyo emocional y promocionar la creación de espacios seguros para el aprendizaje, en el TSG, hasta la movilización de la comunidad para desarrollar programas inclusivos y

sensibilizar sobre la importancia de la educación sexual, en el TSC o, interceder en la mediación de conflictos o la planificación de programas de apoyo, en el ámbito de la educación. Todas ellas, constituyen actuaciones transcendentales para garantizar una educación sexual adecuada y accesible que promueva el bienestar y la inclusión social de las personas con DI.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abellán, A y Hidalgo, R. (2011). Definiciones de discapacidad en España. *Informes Portal Mayores*, 109, pp.2-17. <https://digital.csic.es/bitstream/10261/36728/1/pm-definiciones-01.pdf>
- Aristizábal, K. (2021). Cuando hablamos de discapacidad, ¿de qué hablamos? Una revisión teórica y jurídica del concepto. *Civilizar Ciencias Sociales y Humanas*, 21 (40), 59-72. <https://doi.org/10.22518/jour.ccsch/2021.1a05>
- Barahona, A. (2005). Galton y el surgimiento de la genética humana. *Ludus Vitalis*, 13(23), 151-162. https://www.ludus-vitalis.org/html/textos/23/23-10_barahona.pdf
- Barocio, R. (2005). *Disciplina con amor: Cómo poner límites sin ahogarse en la culpa*. Pax México
- Blanco, J.S. (2016). *Fortalecimiento de la educación sexual en adolescente. Institución educativa Soledad Acosta de Samper de Cartagena* [Trabajo fin de grado, Universidad de Cartagena]. Repositorio UDEC. <https://hdl.handle.net/11227/3885>
- Cáceres, C. (2004). Sobre el concepto de discapacidad. Una revisión de las propuestas de la OMS. *Revista electrónica de audiolología*, 2(3), 74-77. <https://doi.org/10.51445/sja.auditio.vol2.2004.0030>
- Campo, M.I. (2003). Aspectos de las relaciones afectivas y sexuales en personas con discapacidad intelectual. *Información Psicológica*, 83, 15-19. <https://www.informaciopsicologica.info/revista/article/view/361/310>
- Colmenero, L. y Gómez, M. (2019). *Proyecto de intervención para la educación sexual integral en el ámbito educativo desde la perspectiva del Trabajo Social*. [Trabajo fin de grado, Universidad de Zaragoza]. Repositorio Institucional de Documentos: ZAGUAN. <https://zaguan.unizar.es/record/85066>
- Contino, A. M., y Micheletti, A. (2019). Niñez eterna. La infantilización en la discapacidad intelectual. *F@ ro: revista teórica del Departamento de Ciencias de la*

Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, 13 de diciembre, 2006, <https://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>

Couwenhoven, T. (2001) Educación de la sexualidad: cómo construir los cimientos de actitudes sanas. *Revista Síndrome de Down*, 18, 42-52. <file:///C:/Users/Asus/Downloads/Educaciondelasexualidad.pdf>

Couwenhoven, T. (2001) Educación de la sexualidad: cómo construir los cimientos de actitudes sanas. Segunda parte: Los años de crecimiento. *Revista Síndrome de Down*, 18 (71), 120-127

Cuenca, M. (2017). *Un marco ético para el trabajo social comunitario*. [Tesis doctoral, Universitat de Barcelona]. Depósito Digital de la Universidad de Barcelona. <http://hdl.handle.net/2445/181623>

Declaración de los Derechos Sexuales. World Association for Sexual Health. (13er Congreso Mundial de Sexología, Valencia,1997). https://www.plenainclusion.org/wp-content/uploads/2023/07/declaracion_derechos_sexuales_sep03_2014.pdf

Domínguez, A.R., Vásquez, N.B. (2016). La sobreprotección de los padres en el desarrollo de habilidades adaptativas en personas con discapacidad. *Revista de Psicología: Procesos Psicológicos y Sociales*, 12 (1), pp. 1-31. <https://www.uv.mx/psicologia/files/2016/10/Nilvia.pdf>

Egea, G y Sarabia, A. (2001). Clasificaciones de la OMS sobre discapacidad. *Boletín del Real Patronato sobre Discapacidad*, 50, pp.15-30. https://sid-inico.usal.es/idocs/F8/ART6594/clasificacion_oms.pdf

Foucault, M. (1976). *La voluntad del saber*. Gallimard.

- García, M.I. (2018). Grandes procesos de cambio y sus impactos sobre la discapacidad intelectual. *Revista electrónica de investigación y docencia*, 3, 19- 30. <http://dx.doi.org/10.17561/reid.m3.2>
- Gómez del Toro, R. (2015). *Adolescencia y violencia desde el Trabajo Social: un estudio etnográfico*. [Tesis doctoral, Universidad Pablo de Olavide de Sevilla]. Grupo Lisis blogs. <https://www.uv.es/lisis/otras-publica/t-rafael-gomez.pdf>
- Gómez, J. (2000). Educación afectivo sexual. *Anuario de sexología*, 6, 41-56. <https://sexologiaenredessociales.wordpress.com/wp-content/uploads/2013/08/a6-3-gomez.pdf>
- Lanchas, C. (2019). Diversidad funcional y desarrollo afectivo-sexual en personas adultas desde la perspectiva de la educación social. *Educación y Futuro*, 19, 5-36. [file:///C:/Users/Asus/Downloads/Dialnet-DiversidadFuncionalYDesarrolloAfectivosexualEnPers-7569270%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Asus/Downloads/Dialnet-DiversidadFuncionalYDesarrolloAfectivosexualEnPers-7569270%20(1).pdf)
- Ley Orgánica 2/2020, de 16 de diciembre, de modificación del Código Penal para la erradicación de la esterilización forzada o no consentida de personas con discapacidad incapacitadas judicialmente. (BOE, núm. 328, de 17 de diciembre de 2020, pp.115646-115649). <https://www.boe.es/eli/es/lo/2020/12/16/2>
- Ley 8/2021, de 2 de junio, por la que se reforma la legislación civil y procesal para el apoyo a las personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica. (BOE, núm. 132, de 3 de junio de 2021, pp. 67789- 67856). <https://www.boe.es/eli/es/l/2021/06/02/8>
- López, F. (s.f.). *Educación sexual de los hijos/as*. [Presentación de PowerPoint]. Ministerio de Sanidad. <https://www.sanidad.gob.es/ca/ssi/familiasInfancia/parentalidadPos2011/Docs/Ponencias/EducacionSexualEnLaFamiliaFLopez.pdf>
- López, F. (2011). *Guía para el desarrollo de la afectividad y de la sexualidad de las personas con discapacidad intelectual*. Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades, Junta de Castilla y León.

- Losada, A.V., Muñiz, A.M. (2019). Sexualidad en sujetos con discapacidad intelectual. mitos y prejuicios como factores de riesgo y vulnerabilidad al abuso sexual. *Revista Digital Prospectivas en Psicología*, 3 (2), pp. 4-15. <https://repositorio.uca.edu.ar/bitstream/123456789/12792/1/sexualidad-sujetos-discapacidad.pdf>
- Lillo, N y Roselló, E. (2001). *Manual para el Trabajo Social Comunitario*. Narcea.
- Mella, J. (2012). Ensayo sobre la importancia de la educación sexual en personas con déficit intelectual: reflexiones desde la terapia ocupacional. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, 12(2), pp. 1-13. <https://doi.org/10.5354/0719-5346.2012.25311>
- Miller, P. S., y Levine, R. L. (2013). Cómo evitar el genocidio genético: el complejo diálogo entre la comunidad biomédica y el mundo de la discapacidad. *Revista Síndrome de Down: Revista española de investigación e información sobre el Síndrome de Down*, 118, pp.87-96. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4435979>
- Mora, F., (2018). *Mitos y verdades del cerebro: Limpiar el mundo de falsedades y otras historias*. Paidós.
- Moreno, N. (2019). *La sexualidad de las personas con discapacidad intelectual* [Trabajo fin de grado, Universidad de Jaén]. CREA: Colección de Recursos Educativos Abiertos. <https://hdl.handle.net/10953.1/13178>
- Navarro, N.Z. y Hernández, A.I. (2012). Influencia de las actitudes de los padres ante la educación sexual y la discapacidad intelectual. *Psicología y Salud*, 22(2), pp. 195-203. <https://doi.org/10.25009/pys.v22i2.544>
- Organización Mundial de la Salud. (10 de junio de 2024). *Salud sexual*. Web oficial de la OMS: https://www.who.int/es/health-topics/sexual-health#tab=tab_2
- Organización Mundial de la Salud. (2023). *Educación Sexual Integral*. Web oficial de la OMS: <https://www.who.int/es/news-room/questions-and-answers/item/comprehensive-sexuality-education>

- Parra, B. (2017). *El trabajo social de grupo en la actualidad: La utilización de los vínculos para la promoción del cambio social*. [Tesis doctoral, Universitat de Barcelona]. Depósito Digital de la Universidad de Barcelona. <http://hdl.handle.net/10803/482214>
- Parra, N. y Oliva, M. (2016). *Sexualidades Diversas. Manual para atención de la diversidad sexual en las personas con discapacidad intelectual o del desarrollo*. FEAPS Canarias.
- Pastor, E. (2021). *Trabajo social con comunidades. Teoría, metodología y prácticas*. Madrid: Editorial Universitas.
- Peredo, R. (2016). Comprendiendo la discapacidad intelectual: datos, criterios y reflexiones. *Revista de Investigación Psicológica*, 15, 101-122. http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2223-30322016000100007&lng=es&tlng=es.
- Plena inclusión Región de Murcia. (21 de octubre, 2020). *Charla sobre abuso sexual de Mollucany Alemany (Fundación A La Par)* [Video]. YouTube. https://youtu.be/ua6-6r5azXY?si=jq0-3z0_WcnqVSFN
- Primicia, L. (2020). *LA ADOLESCENCIA Y EL DESARROLLO DE LA SEXUALIDAD: Importancia de la educación sexual, su situación actual y el papel de la familia y el trabajo social*. [Trabajo fin de grado, Universidad de Zaragoza]. Repositorio Institucional de Documentos: ZAGUAN. <https://zaguan.unizar.es/record/101737>
- Real Academia Española. (s.f.). Infantilizar. En *Diccionario de la lengua española*. Recuperado el 20 de marzo, 202, de <https://dle.rae.es/infantilizar>
- Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social. (BOE, núm. 289, de 3 de diciembre de 2013). <https://www.boe.es/eli/es/rdlg/2013/11/29/1/con>
- Rivera, P. (2008). Sexualidad de los niños, niñas y jóvenes con discapacidad. *Revista Educación*, 32(1), 157-170. <file:///C:/Users/Asus/Downloads/529-Texto%20del%20art%C3%ADculo-822-2-10-20120803.pdf>

- Romañach, J y Lobato, M. (26 de julio, 2009). Diversidad Funcional, nuevo término para la lucha por la dignidad en la diversidad del ser humano. *Foro de Vida Independiente y Divertad*. <http://forovidaindependiente.org/diversidad-funcional-nuevo-termino-para-la-lucha-por-la-dignidad-en-la-diversidad-del-ser-humano/>
- Rosell, T. (1998). Trabajo Social de grupo: grupos socioterapéuticos y socioeducativos. *Cuadernos de Trabajo Social*, 11, 103-122. <https://pdfs.semanticscholar.org/e9de/349626ccc46320d3c0fb15856ec6bbd01019.pdf>
- Salgado, A. (2017). El papel de la familia en la educación sexual. *Padres Y Maestros*, (372), 6–11. <https://doi.org/10.14422/pym.i372.y2017.001>
- Santofinio Rojas, G. A., (2016). De la anomalía a la discapacidad, una larga historia de exclusión social: de la muerte, al destierro y el repudio, a la inclusión educativa (From Anomaly to disability, a long history of social exclusion). *Inclusión y Desarrollo*, 3(2), 34-46. <https://doi.org/10.26620/uniminuto.inclusion.3.2.2016.34-46>
- Schalock, R. L., Luckasson, R. y Tassé, M. J. (2021). Definición, diagnóstico, clasificación y planificación de apoyos para personas con discapacidad intelectual: un consenso emergente. *Siglo Cero*, 52 (3), 29-36. <https://doi.org/10.14201/scero20215232936>
- Valencia, L.A., (2014). Breve historia de las personas con discapacidad: de la opresión a la lucha por sus derechos. Recuperado de: <http://www.rebelion.org/docs/192745>. Pdf.
- Verdugo, M.A., Alcedo, M.A., Bermejo, B., Aguado, A.L. (2002). El abuso sexual en personas con discapacidad intelectual. *Psicothema*, 14, 124-129. <https://digibuo.uniovi.es/dspace/bitstream/handle/10651/26758/Psicothema.2002.14.Sup.124-9.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Vílchez, J.E., Ceballos, M. y Escobar, T. (2019). Materiales, estrategias y organización en la enseñanza de las ciencias en primaria según la percepción de los futuros maestros. *Educación y Futuro Digital*, 19, 179-197. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7569276>