



**Universidad  
Zaragoza**

## Trabajo Fin de Grado

**ANÁLISIS DE LOS PROGRAMAS AFECTIVO  
SEXUALES EN CENTROS DE DISCAPACIDAD  
INTELECTUAL EN LA CIUDAD DE ZARAGOZA:  
ESTUDIO CUALITATIVO**

**Autor/es**

Paula Acebo Simón  
Celia Cardiel Mendoza  
Paula De la Cruz Arias

**Director/es**

Bárbara Oliván Blázquez

Facultad de Ciencias Sociales y del Trabajo  
2015



Facultad de  
Ciencias Sociales  
y del Trabajo

**Universidad Zaragoza**

*“La única forma que tú tienes de enseñar a amar, es  
amando...”*

**Paulo Freire**

(Uno de los más influyentes teóricos de la educación del siglo XX)

*“El sexo a su vida les aporta lo mismo que a la mía”*

**Carlos De la Cruz**

(Especialista en Sexualidad, Universidad Camilo José Cela)

*“Cada persona debe de vivir su sexualidad a su manera”*

**Carlos De la Cruz**

(Especialista en Sexualidad, Universidad Camilo José Cela)

# Índice

## AGRADECIMIENTOS

<b>1. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN .....</b>	<b>1</b>
<b>2. OBJETIVOS E HIPÓTESIS .....</b>	<b>3</b>
<b>3. METODOLOGÍA.....</b>	<b>4</b>
3.1 Población .....	5
3.2. Instrumentos y técnicas .....	6
3.3. Cronograma .....	9
<b>4. MARCO TEÓRICO.....</b>	<b>10</b>
4.1. LA SEXUALIDAD .....	10
4.1.1 <i>Concepto de Sexualidad</i> .....	10
4.2. DISCAPACIDAD INTELECTUAL .....	11
4.2.1 <i>Evolución conceptual</i> .....	11
4.2.2 <i>Clasificación de la Discapacidad Intelectual</i> .....	12
4.3. SALUD SEXUAL Y EDUCACIÓN SEXUAL.....	13
4.3.1 <i>Definición de salud sexual y educación sexual</i> .....	13
4.4. SEXUALIDAD EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD .....	14
4.4.1 <i>Objetivos generales de la educación sexual en personas con discapacidad</i> 16	
4.5. DIFICULTADES DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL ÁMBITO DE LA SEXUALIDAD. ....	17

4.6 PAUTAS DE ACTUACIÓN PARA EL TRABAJO AFECTIVO-SEXUAL CON PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL .....	18
4.6.1 Modelos de intervención profesional .....	19
4.6.2 Pautas para el desarrollo de programas eficaces sobre educación afectivo-sexual.....	22
4.8. INTERVENCIÓN DEL TRABAJO SOCIAL EN LA EDUCACIÓN AFECTIVO-SEXUAL. ....	27
4.8.1 Objetivos del trabajo social.....	28
6.8.2 Funciones del Trabajo Social.....	29
<b>5. ANÁLISIS DE RESULTADOS.....</b>	<b>31</b>
<b>6. CONCLUSIONES .....</b>	<b>49</b>
6.1 Verificación de hipótesis .....	49
6.2. Limitaciones del estudio.....	55
6.3. Implicaciones como Trabajadores Sociales.....	55
6.4. Reflexiones personales de las autoras .....	56
<b>7. BIBLIOGRAFÍA .....</b>	<b>58</b>
<b>8. ANEXOS .....</b>	<b>62</b>
8. 1 Ficha de las entrevistas (Anexo 1).....	62
8.2 Guión de la Entrevista (Anexo 2).....	63
8.3 Cuadro de Categorías (Anexo 3 ) .....	65

## Agradecimientos

Queríamos expresar nuestro reconocimiento y agradecimiento a todas aquellas personas que, gracias a su colaboración, han contribuido a la realización de este Trabajo Fin de Grado.

En primer lugar, nuestro sincero agradecimiento a **Bárbara Oliván Blázquez**, directora de este trabajo, por sus consejos, ayuda, y dedicación durante el desarrollo de este trabajo, y sobre todo por su gran interés hacia nosotras.

Otra de las partes fundamentales para la consecución de este trabajo, han sido **los profesionales de las instituciones seleccionadas**, que han dedicado parte de su tiempo a atendernos y resolver nuestras dudas, gracias a lo cual hemos podido obtener la información necesaria para elaborar nuestro Trabajo Fin de grado. Por ello damos las gracias a las entidades colaboradoras.

También agradecer a la **Facultad de Ciencias Sociales y del Trabajo** junto con el profesorado que, gracias a su esfuerzo y dedicación consiguen cada día formar futuros trabajadores sociales llenos de ilusión y motivación. Además, de darnos la oportunidad de poder realizar trabajos de este tipo, que para nuestro futuro laboral será de gran utilidad.

Análisis de los programas afectivo-sexuales desarrollados en centros de Discapacidad  
Intelectual en la ciudad de Zaragoza: Estudio Cualitativo

---

# 1. Introducción y Justificación

Durante mucho tiempo el tema de la sexualidad en la sociedad se ha visto marcado por tabúes, miedos, y prejuicios, aunque con el paso de los años el concepto de sexualidad se va normalizando. Sin embargo, se puede apreciar en nuestro entorno que se siguen produciendo reticencias a la hora de abordarlo de manera natural, y muchas veces se debe a la confusión de lo que se entiende por sexualidad.

La dificultad parece aumentar si se trabaja con el colectivo de personas con discapacidad intelectual (DI), debido a que conlleva algunos impedimentos que acrecientan las limitaciones en el entendimiento de un término tan complejo, como es el de la sexualidad. Por ello, es conveniente ir modificando la concepción, hasta conseguir que se hable de forma conjunta de afectividad y sexualidad.

Con la finalidad de realizar un acercamiento a los programas afectivo-sexuales de las personas con discapacidad intelectual, planteamos una investigación cualitativa, centrada en entrevistas a profesionales conocedoras/es del tema, y relevantes dentro de sus respectivos centros, cuya finalidad se encontraba dirigida al análisis de los programas afectivo-sexuales de las personas con discapacidad intelectual, en la ciudad de Zaragoza.

Otra de las metas importantes de nuestro Trabajo Fin de Grado, se encaminó a descubrir la relación existente entre los programas afectivos-sexuales, y la intervención del Trabajo Social en los mismos.

Para el desarrollo de nuestra investigación hemos decidido trabajar dentro del ámbito de la discapacidad intelectual, puesto que consideramos que se trata de un sector vulnerable y en el que existen ciertos aspectos, como es el afectivo-sexual, que no quedan cubiertos de forma adecuada, sin llegar a ser abordado de forma íntegra, dejando de lado el bienestar de la persona. Creemos que la sexualidad es un derecho inherente a

todas las personas y no por padecer cierta discapacidad, se les tiene que negar ese derecho.

Consideramos que se trata de un tema, que en muchas ocasiones queda desatendido, tanto por los profesionales, como por sus familias, argumentando la no necesidad de estas personas. Pero en realidad, esta falta de abordaje desencadena en problemas futuros.

Respecto a la estructura del trabajo, una vez elegido el tema de nuestra investigación, establecimos los objetivos que queríamos conseguir, y planteamos una serie de hipótesis. Posteriormente, se realizó una revisión bibliográfica para fundamentar y justificar nuestro tema.

Para la elaboración de nuestra investigación, se llevaron a cabo una serie de entrevistas en centros de personas con Discapacidad Intelectual de la ciudad de Zaragoza. Tras el análisis de las mismas, obtuvimos los resultados de nuestra investigación, y establecimos las conclusiones en base a las hipótesis que habíamos planteado con anterioridad.



## 2. Objetivos e Hipótesis

Los objetivos de nuestra investigación son:

→ **Objetivo General:**

- Analizar los programas afectivos sexuales que se desarrollan en los centros para las personas con Discapacidad Intelectual en la ciudad de Zaragoza.

→ **Objetivos específicos:**

- Conocer las demandas y dudas por parte de los usuarios y padres en relación al ámbito afectivo sexual.
- Analizar el perfil de usuario / beneficiario de estos programas / talleres.
- Conocer el papel de las familias en la educación afectivo sexual de las personas con discapacidad intelectual.
- Explicar la metodología utilizada
- Definir cuáles son las funciones de la figura del Trabajador Social

→ **Hipótesis**

1. Los centros para personas con Discapacidad Intelectual de Zaragoza desarrollan programas afectivos-sexuales.
2. Desde los centros se aborda tanto el ámbito afectivo como el sexual.
3. No existe un perfil concreto de los beneficiarios.
4. Los usuarios demandan información sobre esta temática
5. Existe escasa participación por parte de las familias en los programas afectivo-sexuales.
6. Los programas no tienen una metodología estructurada.
7. El trabajador social interviene y está presente en la realización de estos programas.

## 3. Metodología

Para fundamentar nuestra investigación hemos tomado como base el método científico, es decir, hemos desarrollado un procedimiento de actuación basado en el conocimiento científico para alcanzar los objetivos planteados de una manera sistemática y eficaz.

La metodología de investigación según Corbetta, P (2003) atiende a:

- **Según su finalidad**

**Básica:** Nuestro objetivo general es conocer y profundizar en la realidad de las personas con discapacidad intelectual sobre la temática de la sexualidad. Pretendemos conocer cuáles son los programas que los diferentes centros de Zaragoza ofrecen a sus usuarios y con ello por lo tanto, incrementar el conocimiento sobre la realidad social.

- **Según sus técnicas, métodos o paradigma**

**Cualitativa:** Se trata de una investigación cualitativa puesto que pretende describir y comprender los significados de la acción social. La finalidad que tiene es el profundizar sobre los aspectos relacionados con la sexualidad y la discapacidad. Las técnicas cualitativas utilizadas para la recogida de información han sido la revisión bibliográfica, y entrevistas semiestructuradas a profesionales de referencia de los distintos centros de discapacidad intelectual de Zaragoza.

- **Según sus objetivos**

**Descriptiva:** Tratamos de describir el fenómeno, es decir, describimos cuáles son sus variables y sus factores.

- **Según su alcance temporal**

**Seccional o transversal:** Puesto que la recogida de información se realiza en un único momento en el tiempo, sin efectuar un seguimiento de la población o fenómeno a lo largo del tiempo.

- **Según su fuente**

**Mixta:** Debido a que se complementa por la investigación primaria, ya que con las entrevistas se consiguen datos de "*primera mano*", y la investigación secundaria, gracias a los datos recabados de otros investigadores o autores, por lo que hemos podido realizar un marco teórico.

- **Según su marco**

**De campo:** Puesto que nos hemos desplazado al lugar natural de la población objetivo de nuestro estudio.

### ***3.1 Población***

Para la elaboración de nuestra investigación, la población afectada está compuesta por las personas con Discapacidad Intelectual de Zaragoza, mientras que la población objetivo son los usuarios que se encuentran en la etapa evolutiva en la que comienzan a sentir curiosidad por la sexualidad, de las entidades que han colaborado en nuestra investigación.

Dentro de estos usuarios nos hemos encontrado con diferentes edades, ya que cada centro está especializado en un rango específico. Los usuarios de los centros colaboradores presentan distinto grado de afectación, desde una discapacidad leve hasta una discapacidad severa.

### ***3.2. Instrumentos y técnicas***

Las técnicas empleadas dentro del enfoque cualitativo de nuestra investigación han sido:

- **Revisión bibliográfica / Recopilación documental**

La elaboración de nuestro marco teórico se ha llevado a cabo mediante un procedimiento de localización y sistematización de información más relevante para contextualizar teóricamente el objeto de estudio de esta investigación y proporcionar un marco de referencia para interpretar los resultados.

En la búsqueda bibliográfica se consultaron diferentes fuentes documentales secundarias como: libros de texto, guías, manuales, revistas, e información obtenida de las entidades sociales. También se buscaron en diferentes bases de datos entre las que se encuentran: Google académico, Dialnet, Web Of Science, Psycodoc, y Catálogo Roble de la Universidad de Zaragoza.

- ***La entrevista***

Haciendo referencia a la definición de Corbetta, P. (2003), la entrevista se puede resumir en el siguiente fragmento:

*“Es una conversación que está provocada por un entrevistador/a, con sujetos cuya elección sigue un plan que tiene una finalidad de tipo cognoscitivo, pero posee un esquema flexible no estándar, esta entrevista se considera flexible, dinámica, no directiva”.*

(Corbetta, P. 2003)

Se realizaron entrevistas semi-estructuradas, ya que, se partió de un guión de preguntas que recogía los temas a tratar en consecución con los objetivos marcados de nuestra investigación, con este tipo de entrevista se pudo alcanzar distintos matices de respuesta.

- *Trabajo de campo*

Este estudio consistió en la realización de una serie de entrevistas a personas claves de los centros colaboradores de nuestra investigación. Entre ellos nos hemos encontrado diferentes figuras profesionales.

Como hemos comentado en el anterior punto, la técnica elegida fue la entrevista semi-estructurada, ya que el guión de preguntas era abierto.

Los pasos del procedimiento de las entrevistas fueron:

En primer lugar, la elaboración del guión de la entrevista, el cual se realizó contrastando las ideas del marco teórico y teniendo como referencia los objetivos de la investigación redactados con anterioridad. Además, también se confeccionó una ficha de recogida de información, para recopilar los datos significativos. Esta ficha constaba de datos de la entrevista (lugar, fecha, hora y duración), datos de informante (nombre, edad y cargo), datos de la institución (nombre del centro, dirección, e-mail, teléfono, titularidad, población atendida y atención ofrecida) y observaciones generales. (Ver anexo 1) Además, se elaboró el guión de la entrevista (Ver anexo 2) en base a los conceptos destacados en la revisión bibliográfica.

En segundo lugar, realizamos la elección de los testigos clave atendiendo a su relevancia y relación profesional con el objeto de estudio, llevando a cabo un rastreo de los diferentes centros que trabajan con personas con discapacidad intelectual de la ciudad de Zaragoza. El listado elaborado, estaba formado por 39 centros, de los cuales algunos de ellos fueron descartados al no considerarse idóneos para el desarrollo de nuestra investigación. El listado quedó reducido a 25 centros, con los que nos pusimos en contacto por vía telefónica y vía e-mail. De los centros señalados, recibimos colaboración por parte de ocho centros, ya que el resto mostraban una actitud reticente a colaborar con nuestra investigación al considerara que se trata de un tema de ámbito privado. Una vez obtenida la citación para la entrevista, nos desplazamos al centro para la consecución de esta, sólo en uno de los casos realizamos la entrevista en un lugar ajeno al centro de referencia.

Todas ellas se desarrollaron de forma presencial, registrando todo el contenido por medio de una grabación de voz. Una vez realizadas las entrevistas, se sistematizó la información recogida, realizando una transcripción literal de todas ellas.

El siguiente paso que desarrollamos fue extraer las variables o categorías de información relacionadas con los aspectos más relevantes en nuestra investigación, las variables extraídas hacían referencia a:

- |                                   |  |
|-----------------------------------|--|
| 1. Concepto                       | 2. Dudas   |
| 3. Importancia                    | 4. Beneficios  |
| 5. Homosexualidad                 | 6. Demandas  |
| 7. Qué abarca la educación sexual | 8. Existencia de programas                               |
| 9. Metodología                    | 10. Perfil del usuario                                   |
| 11. Modelo teórico                | 12. Pros y contras de familias, usuarios y profesionales |
| 13. Propuesta de mejora           |  |

Realizado este paso, se llevó a cabo un análisis por pares de las entrevistas, es decir, una clasificación de la información obtenida desde dos perspectivas, ordenando la información dentro de las categorías establecidas anteriormente.

A partir de esa codificación por pares, cada entrevista fue codificada por dos personas, para así obtener una conclusión más objetiva. En los casos en los no había concordancia en la codificación, se realizaba un consenso por parte de los tres miembros para llegar a una codificación consensuada (Ver anexo 3).

Finalmente, realizamos un análisis de los datos obtenidos teniendo como referencia la información prestada en cada centro, a partir de la cual, se obtuvieron las conclusiones de la investigación teniendo como soporte la información obtenida y los aportes teóricos.

### 3.3. Cronograma

Semanas	Enero				Febrero				Marzo				Abril				Mayo				Junio			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Revisión bibliográfica	■	■	■	■																				
Búsqueda de centros	■	■																						
Contacto con los centros		■	■																					
Entrevistas					■	■	■	■																
Transcripción									■	■	■	■												
Extracción de las categorías														■										
Análisis por pares															■									
Puesta en común análisis															■									
Recopilación de los datos															■	■								
Análisis de los datos															■	■	■							
Metodología																					■	■		
Conclusiones																					■	■		

## 4. Marco Teórico

### 4.1. LA SEXUALIDAD

#### 4.1.1 Concepto de Sexualidad

Partiendo de la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS), recogida por Esplen, E. (2007) en el documento bajo el nombre “*Género y Sexualidad*”, se entiende la sexualidad como:

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

Por lo tanto, podemos decir que la sexualidad es una función natural y vital de todas las personas, presente en las diversas etapas de desarrollo del ser humano, y condicionada por diversos factores que inciden en su comportamiento sexual. Se relaciona con la afectividad, la capacidad de amar y la aptitud para relacionarse con los demás.

Remitiéndonos a la Comisión Interprovincial de la orden de San Juan de Dios, en su Manual de educación afectivo-sexual (2007), se puede reafirmar que la sexualidad de la persona no está circunscrita a su significado reproductivo, sino que es un fenómeno que va más allá y que intenta explicar cómo nuestro “yo” como varón o mujer, siente, percibe, piensa y quiere.



Para profundizar aún más en este concepto, es necesario poner énfasis en la Teoría del Hecho Sexual Humano, citada por González, R., y Gonzalo, S. (2014) que entiende que la sexualidad es la manera propia que cada persona tiene de verse, sentirse y vivirse como ser asexuado. Por eso, la sexualidad no se mantiene de forma estable durante toda nuestra vida, si no que va evolucionando, a la vez que lo hace la persona y se ve influenciada por los diversos factores de la vida.

## **4.2. DISCAPACIDAD INTELECTUAL**

### ***4.2.1 Evolución conceptual***

Para poder llegar a una definición unificada y compartida por las diferentes disciplinas es necesario remitirnos a la evolución conceptual, hasta llegar al término utilizado actualmente, discapacidad intelectual.

Por lo tanto nos remitimos a los inicios de la Asociación Americana sobre el Retraso Mental (AAMR), en un primer momento conocida como Asociación Americana sobre Deficiencia Mental (1921), un año después se empezó a observar que el concepto estaba ligado a la noción del desarrollo cognitivo y al conocimiento del cerebro, por lo que se dio paso a un cambio de nombre, implantándose como AAMR.

En 2002, la AAMR se centró en un nuevo enfoque que dejaba entrever la importancia de los apoyos necesarios y personalizados para mejorar el funcionamiento individual de la persona con retraso mental. Textualmente el libro de la AAMR (2004), define el retraso mental como:

*“Es una discapacidad caracterizada por limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual y en la conducta adaptativa que se manifiesta en habilidades adaptativas conceptuales, sociales y prácticas. Esta discapacidad comienza antes de los 18 años”*

Es decir, la persona con discapacidad intelectual presenta problemas en su capacidad de aprender y funcionar normalmente en su día a día. Estas limitaciones se deben a diferentes causas que pueden ser vistas desde los distintos enfoques, como son el ambiental, el cognitivo, el conductista, el evolutivo, y el médico.

	<b>Sistema de 1992</b>	<b>Sistema de 2002</b>
<b>Dimensión I</b>	<i>Funcionamiento intelectual y habilidades adaptativas.</i>	<i>Habilidades intelectuales.</i>
<b>Dimensión II</b>	<i>Consideraciones psicológicas y emocionales.</i>	<i>Conducta adaptativa.</i>
<b>Dimensión III</b>	<i>Consideraciones físicas y de salud.</i>	<i>Participación, interacciones, y roles sociales.</i>
<b>Dimensión IV</b>	<i>Consideraciones ambientales.</i>	<i>Salud.</i>
<b>Dimensión V</b>		<i>Contexto.</i>

**Tabla 1.** Comparación entre las dimensiones de los sistemas conceptuales de la definición de retraso mental de la AAMR de 1992 y 2002.

En definitiva, como expresa Verdugo (1999), es necesario reducir la etiqueta diagnóstica específicamente en los niveles que tengan como finalidad ayudar a las personas, limitando el uso de la expresión.

#### ***4.2.2 Clasificación de la Discapacidad Intelectual***

Los diferentes criterios para clasificar la DI, facilitan la comunicación entre las instituciones burocráticas y los afectados. No se pretende que sea una etiqueta, sino una manera de poder dar una respuesta efectiva a las necesidades demandadas. La situación de la persona con DI no es inamovible, sino que puede cambiar a lo largo del tiempo.

El DSM-V, es la herramienta que se utiliza para clasificar la discapacidad intelectual, estableciendo cambios en el manual precedente (DSM-IV).

La principal modificación es la sustitución del término retraso mental, por el de Trastorno del Desarrollo Intelectual (TDI). Dentro de los Trastornos del Neurodesarrollo se encuentra el TDI y la subclasificación se sigue manteniendo adecuando la terminología:

- |                |  |
|----------------|--|
| - TDI leve     | -Retraso Global del Desarrollo             |
| - TDI moderado | -Discapacidad Intelectual no especificada. |
| - TDI grave    |  |
| - TDI profundo |  |

### **4.3. SALUD SEXUAL Y EDUCACIÓN SEXUAL**

#### ***4.3.1 Definición de salud sexual y educación sexual***

Es necesario remitirnos al concepto de salud sexual para poder entender la sexualidad en todas sus dimensiones. Por ello, es necesario diferenciarlo del término salud reproductiva.

Arcila, A. (2003) recoge en su libro “*Educación para la Salud Sexual*”, el documento de la Promotion of Sexual Health Recomendaciones forAction, donde se desarrolla un trabajo riguroso de promoción, recuperación y mantenimiento de la salud sexual. Definiéndola como:

*“La integración de procesos físicos, fisiológicos, y socioculturales relacionados con la sexualidad. La salud sexual se evidencia en las experiencias libres y responsables de las capacidades sexuales que conducen a la armonía personal y al bienestar social, no es solamente la ausencia de disfunción o enfermedad. Para lograr y mantener la salud sexual es necesario que los derechos sexuales de todas las personas sean reconocidos”*

(Arcila, A. (2003))

Padrón, M., y otros autores (2009) en el *“Libro Blanco sobre Educación Sexual de la provincia de Málaga”* resaltan que *“la educación sexual no se produce de forma espontánea”*, es decir, las personas de forma innata no nacen educadas, sino que tiene que ser un proceso educacional constante y guiado durante toda la vida.

Algunas de las referencias que describen la educación afectivo-sexual, hacen una distinción entre educación sexual y educación afectiva, por un lado Debra Haffaner citada por López, N. (2003) delimita la educación sexual como: *“Un proceso que dura toda la vida y está dirigido a adquirir información, formar actitudes, convicciones y valores sobre la identidad, las relaciones y la intimidad. Incluye el desarrollo sexual, la salud reproductiva, las relaciones interpersonales, el afecto, la intimidad, la imagen corporal, y el género sexual”*

Otro de los autores que reafirma la distinción entre educación sexual y educación afectiva es Gómez, Z. (1993) *“La educación afectivo-sexual tiene como objetivo básico promover la salud, es decir, promover personas equilibradas, emocionalmente estables, con capacidades y recursos para disfrutar de la existencia y resolver los conflictos, con capacidad de empatía que permita la solidaridad y el compromiso interpersonal, así como la capacidad para disfrutar de sensaciones sexualmente placenteras.”*

#### **4.4. SEXUALIDAD EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD**

La sexualidad tanto en personas con discapacidad y personas sin discapacidad es de igual modo, pero existen ciertas particularidades que van a influir de un modo u otro en su forma de expresión de las personas con discapacidad.

Según González, Salazar, Fernández y Oraá citado por Raúl González en su libro *“Sexualidad y discapacidad psíquica”* (2005) existen varios aspectos que influyen en la vivencia satisfactoria de la sexualidad:

1. Presencia de un deseo intenso por relacionarse sexualmente.
2. Expresión adecuada con un control de impulso que respeta los derechos del otro.
3. Interés por el otro.
4. Capacidad y disponibilidad para el vínculo emocional.

Pero cuando hablamos de discapacidad observamos que varios factores no los encontramos o tienen menor efecto. Muchas veces el interés por la otra persona es escaso, ya que, en muchos de ellos se encuentra un déficit en las habilidades sociales. Otro de los aspectos que no suele ser característico de ellos es el control de impulsos.

Siguiendo a Raúl González (2014), afirma que hasta hace un tiempo, las personas con discapacidad eran aisladas y ocultadas socialmente, además de que no se consideraba que tuvieran derechos afectivos y sexuales. Incluso, a día de hoy, siguen existiendo personas reacias a que se reconozca a las personas con discapacidad intelectual dicho derecho. Estas personas tienen las mismas necesidades interpersonales que el resto de las personas, por eso tienen el mismo derecho a poder satisfacerlas.

Por lo tanto debemos saber que:

- Es necesario tener en cuenta que las personas con discapacidad tienen las mismas necesidades que el resto de las personas, por eso, tienen el mismo derecho que estas a poder resolverlas.
- Gracias a la educación sexual, el entorno y las propias personas con discapacidad, aceptan estas necesidades y proporcionan el derecho a intentar satisfacerlas.
- Negando los intereses afectivos y sexuales de las personas con discapacidad, se consigue una limitación en la integración de estas personas, aumentando así, los riesgos asociados a las conductas sexuales inadecuadas. De esta manera, con la educación sexual se ayuda a padres y profesionales a evitar los riesgos de

prácticas inadecuadas de las personas con discapacidad. Además, de dotar a estas personas de un aprendizaje y de saber pedir ayuda cuando lo necesiten.

- Muchas de las personas con discapacidad, expresan de forma muy explícita cuáles son sus necesidades. Por eso, tanto los padres como los profesionales se encuentran situaciones en donde pueden observar conductas inadecuadas. Por eso, mediante la educación sexual, adquirirán habilidades para poder afrontar todo este tipo de situaciones.
- Mediante la actual legislación se exige una integración de todas estas personas y se defienden que debe existir una necesidad de educar a través de los contenidos transversales, como es el ámbito afectivo sexual.

#### ***4.4.1 Objetivos generales de la educación sexual en personas con discapacidad***

Según Félix López en su libro *"Sexo y afecto en personas con discapacidad"* (2005) los objetivos generales en cuanto a la educación sexual en personas con discapacidad son:

- *Asegurar que las personas con discapacidad estén protegidas y se auto protejan de los riesgos asociados a la actividad sexual.*

La educación afectivo sexual debe ayudar y proporcionar una serie de habilidades a las personas con discapacidad intelectual para que pueden protegerse ellas mismas, y puedan ser protegidas por su entorno.

- *Hacer real el derecho a la privacidad e intimidad.*

Estas personas no deben perder en ningún momento el derecho a la intimidad, ya que deben de contar con espacios y tiempos que favorezcan la privacidad de la persona. De esta manera, podrán orientar sus preferencias, descubriendo que es lo que les gusta y que no, normalizándolo en todo momento.

- *Aprender a llevar a cabo programas de educación afectivo y sexual.*

Para poder realizar programas de educación afectivo-sexual los profesionales deben tener una formación para poder afrontar los diferentes temas a tratar y las demandas por parte de los usuarios. En cuanto a los padres, deberán aprender a satisfacer las necesidades interpersonales de sus hijos. De esta manera, mediante el trabajo conjunto por parte de los padres y los profesionales facilitará la adquisición de conocimientos, el aprendizaje de habilidades para las relaciones, adquisición de actitudes positivas y respetuosas hacia las manifestaciones sexuales de los demás, adquisición de conciencia sobre los derechos de estas personas, etc.

#### **4.5. DIFICULTADES DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL ÁMBITO DE LA SEXUALIDAD.**

Aunque cada persona es diferente, existe mucha diversidad en los grados de discapacidad intelectual y en las limitaciones que pueden acompañarles, muchas de ellas comparten diferentes dificultades en el ámbito de la sexualidad.

Según Félix López (2005) nos podemos encontrar con las siguientes dificultades:

- *Dificultades para acceder a contextos de interacción social normalizados*

Las oportunidades para relacionarse con iguales muchas veces son escasas, limitando de esta manera, sus relaciones sociales a su familia y al centro que asiste. Por esto, el ámbito afectivo-sexual se ve más perjudicado, ya que resulta más difícil la creación de una relación de pareja. Además, existen pocos espacios privados.

- *Negación de educación y ayuda*

Debido a una serie de factores, existe una parte de la población discapacitada, a la que no se le proporciona información sexual, por lo que les resulta imposible realizar algún tipo de actuación sexual. Esta parte de la población, se guía mediante la observación, llegando a obtener unas expectativas erróneas.

- *Déficit cognitivos, emocionales y conductuales*

Dentro de las deficiencias cognitivas nos encontramos con la dificultad de generalizar o planificar un futuro, por lo que sus aprendizajes son más lentos. De esta manera, se puede producir una ralentización de la evolución del ámbito afectivo-sexual.

- *Características de la personalidad*

Estas características, sea cual sea el origen, hacen más difícil la intervención en este ámbito y pueden crear problemas de convivencia en los colegios, centros o familias.

- *Los efectos de los medicamentos sobre las emociones y la sexualidad*

Las personas con discapacidad intelectual suelen tomar más medicamentos que cualquier otra persona, por lo tanto, puede afectar en sus sentimientos y maneras de actuar, pero no se llega a tener en cuenta su efecto sobre la sexualidad.

- *Posible afectación de áreas vitales para las relaciones interpersonales y sociales, como la comunicación, habilidades sociales, cuidados personales, seguridad y salud, uso de la comunidad...*

Muchas personas con discapacidad, presentan afectaciones en diferentes aspectos, como la comunicación o las habilidades sociales, todas estas hacen que sea más difícil el desarrollo del ámbito afectivo-sexual.

#### **4.6 PAUTAS DE ACTUACIÓN PARA EL TRABAJO AFECTIVO-SEXUAL CON PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL**

El trabajo dentro del ámbito afectivo-sexual debe ser tratado por medio de una eficaz educación sexual. El libro "*El amor y la sexualidad en la educación*" de Cerviño, M<sup>a</sup> J. Hernández, G. et al en 2007 asegura que a lo largo de las relaciones educativas, la sexualidad siempre se encuentra presente entre las personas que interactúan.



Esto es así, puesto que nuestra sexualidad nos conforma como personas, es decir, se trata de un aspecto que nos constituye.

Para poder alcanzar un comportamiento afectivo-sexual correcto, las personas con discapacidad intelectual deben realizar un proceso de educación sexual donde puedan adquirir los conocimientos y habilidades necesarias para desarrollar una sexualidad plena. Cuando se trabaja la educación afectivo-sexual con personas con discapacidad intelectual es necesario que los profesionales cuenten con habilidades, técnicas, herramientas y conocimientos que hagan que el trabajo sea llevado a cabo de manera correcta. Para que esto sea así, existen una serie de pautas de actuación, las cuales hacen que la adquisición de conocimientos sea más factible. En muchas ocasiones el profesional tiene dudas para saber cuál es su función dentro cada caso al que debe hacer frente.

#### ***4.6.1 Modelos de intervención profesional***

Según el libro "*Sexualidad. Planteamientos y claves para la intervención profesional en el ámbito de la discapacidad*", Agustín Malón (2009) realiza una clasificación para denominar los distintos niveles de intervención profesional, teniendo como referencia el modelo PLISSIT, el cual fue desarrollado por Annon en los años setenta.

Este modelo establece cuatro niveles de intervención profesional, los cuales pueden ser útiles para orientar al profesional sobre cuál puede ser su papel en cada caso a la hora de atender al bienestar en la vida sexual de sus usuarios. El acrónimo PLISSIT proviene de los términos ingleses:

- Permission P
- Limited Information LI
- Specific Suggestions SS
- Intensive Therapy IT

*"Según su creador, la mayoría de las personas que viven algún problema o dificultad sexual pueden resolverlos con relativa facilidad si obtienen el Permiso (P) para ser y expresarse como seres sexuales y para poder hablar sobre ello y sobre sus problemas. En ocasiones es preciso dar algún tipo de Información limitada (LI) que pueda ayudar a resolver el problema en concreto o incluso llevar a cabo algún tipo de Asesoramiento básico (SS). En otros casos, por lo tanto, una más profunda preparación del profesional."*

(Agustín Malón 2009).

#### **- Permiso. Normalizar la atención afectivo-sexual.**

El primer paso para comenzar a trabajar la sexualidad y realizarlo de una forma normalizada según el modelo PLISSIT, es mostrarse dispuesto a ayudar a la persona que demanda la necesidad. Este paso hará posible que surjan esas demandas por parte de los usuarios. En muchas ocasiones, con este permiso aparece la posibilidad de que profesional y usuario hablen sobre la sexualidad, puede que simplemente con realizar una escucha activa sea suficiente.

Este primer paso, a pesar de ser el más básico, es el más importante para la correcta evolución a lo largo de todo el proceso. Además, en este nivel el profesional debe tener en cuenta que el objetivo, es abrir una vía para abordar las distintas inquietudes que puedan tener sobre su sexualidad y transmitir que no hay prisa por acabar con la intervención, sino que, cada persona es diferente y el tiempo para desarrollar el proceso también lo es. El usuario debe tener la confianza de que puede volver a retomar el tema todas las veces que sean necesarias.

Dentro de este nivel no es necesaria una formación especializada del profesional en sexología, sino que, una actitud empática y comprensiva sirve aquí. Muchas son las ocasiones en las que podemos encontrarnos con profesionales, los cuales, de manera consciente o inconsciente, se resisten a transmitir este permiso a los usuarios, puesto que se trata de un tema lleno de prejuicios y estereotipos. Es necesario que el

profesional supere estos temores y pueda convertirse en un profesional de referencia, ayudando a que los usuarios puedan disfrutar de una sexualidad sana.

**- Información sencilla. Conocimientos básicos sobre sexualidad.**

En ocasiones, es posible que el usuario solo necesite a una persona que la escuche, y por otro lado, también puede encontrarse con otros que necesiten información acerca del ámbito afectivo-sexual, el profesional debe ser capaz de transmitir información veraz y sencilla.

Al trabajar con personas con discapacidad intelectual, la mayoría de las veces, éstas presentan dificultades para aprender y recordar la información que les ha sido transmitida. Por este motivo es necesario que el profesional aporte sus explicaciones de un modo distinto, a como se realizaría a las personas sin discapacidad intelectual. El profesional debe trabajar explicando las cosas de un modo más detallado y sencillo, empleando recursos visuales y ejemplificaciones prácticas.

**- Asesorar. La intervención de especialización media.**

Según el modelo PLISSIT, muchas de las demandas que se plantean ante los profesionales tienen que ver con la idea de normalidad, de lo que es normal o no lo es, ámbito que resulta muy difícil de delimitar dentro de la sexualidad. El profesional debe respetar la opinión y las vivencias de sus usuarios, dejando de lado una actitud de enjuiciamiento.

En cada institución o centro debería existir un profesional de referencia especializado en educación sexual, así los usuarios podrían resolver todas aquellas dudas que puedan plantearse en algún determinado momento.

**- Terapia. Los servicios normalizados.**

Finalmente, según Agustín Malón (2009), este paso no está reñido con que podamos seguir cumpliendo un papel en el acompañamiento de la persona que plantea el problema. Muchas veces el profesional puede necesitar poder contar con el apoyo de otros profesionales para abordar el caso y para llevar a cabo los pasos establecidos.

***4.6.2 Pautas para el desarrollo de programas eficaces sobre educación afectivo-sexual.***

Por otro lado, Morentin, R y otros autores en la revista Siglo Cero (2006), realizan una clasificación sobre pautas para el desarrollo de programas eficaces de educación afectivo-sexual en personas con discapacidad intelectual.

Para que las actuaciones y programas llevados a cabo logren resultados reales en las personas con discapacidad intelectual y su entorno, recogen una serie de pautas que ayudan a que este objetivo se pueda alcanzar.

En primer lugar, la primera recomendación o pauta que proponen es **ser coherentes con la perspectiva actual de discapacidad y asumir un enfoque positivo de la sexualidad.**

Se debe potenciar una visión más normalizadora, que reconozca el derecho de las personas con discapacidad a disponer de un abanico de servicios y de un estilo de vida que en su caso sería también valorado positivamente por la mayoría de la sociedad. (Chivers y Mathieson, 2000)

Los programas deben desarrollarse desde un enfoque positivo de la sexualidad, que elimine la visión reduccionista y proteccionista, donde las personas con discapacidad son vistas como víctimas potenciales, y por tanto necesitadas de una supervisión más cercana y programaciones basadas en los cuidados (Chivers y Mathieson, 2000).

Hoy en día, se considera que debe darse una visión más amplia y positiva de la sexualidad, cuya finalidad última sea la de promover el bienestar y la calidad de vida de la persona, capacitarla para mejorar su confianza y autoestima, facilitar su identidad sexual, y no sólo evitar riesgos y prevenir embarazos no deseados (Campo, 2003; Davies, 2000; García, 2001; López, 2002).

**En segundo lugar, encontramos la intervención multifocal: trabajar con profesionales y familiares.**

Para que las intervenciones que se desarrollen sean eficaces, no se debe olvidar el entorno en el que se desenvuelven. Puesto que normalmente las personas con discapacidad intelectual ven su entorno social reducido al ámbito familiar e institucional, es necesario realizar también un trabajo con las familias y los profesionales (Löfgren-Martenson, 2004).

Todo programa de educación afectivo-sexual debería comenzar destinando parte del proceso a la sensibilización y formación de madres y padres. Por ello, consideran que se deberían implementar dos tipos de acciones:

- Información y formación sobre el programa, realizando una explicación sobre los objetivos, contenidos y metodología. Además se solicitará su colaboración para el desarrollo de algunas sesiones.
- Sensibilización y promoción de actitudes abiertas y positivas hacia la afectividad y la sexualidad.

Además, no se debe dejar de lado a los profesionales, los cuales deberían realizar actuaciones de sensibilización y promoción (García, 2001; Plunkett, Longmore, Neal y Sánchez, 2002).

Plunkett et al. (2002) sugieren que si los profesionales están correctamente formados:

- Disminuyen las falsas creencias en torno al binomio discapacidad y sexualidad.
- Aun cuando concluya el programa, pueden seguir apoyando el desarrollo sexual positivo de las personas con discapacidad.
- Es más probable que ofrezcan información adecuada a las personas con las que trabajan.

### **Planificación estructurada y sistemática**

Para lograr que el programa alcance el éxito, es necesario que todas las intervenciones y sesiones se encuentren planificadas y sistemáticas haciendo explícita la necesidad de que la información sea presentada de manera que facilite su comprensión, realizándose una estructuración y planificación con anterioridad atendiendo a unos objetivos y contenidos, con una metodología y unas actividades. (Galea, Butler e Iacono, 2004; McCabe, 1999),

De forma general, se recurre a una metodología apoyada en técnicas cognitivo-conductuales.

Para la elección de los objetivos es conveniente tener en cuenta las siguientes recomendaciones:

- Plantear los objetivos de manera que sigan una secuencia progresiva de dificultad.
- Los objetivos deben tener cierta flexibilidad, de manera que exista la posibilidad de adaptación a las necesidades que puedan ir planteándose.

Los contenidos de las sesiones deben ser coherentes con los objetivos, deberán referirse no sólo a conocimientos, sino también a actitudes y habilidades interpersonales o comportamientos socio-sexuales (López, 2002; Plunkett et al., 2002).

La metodología debe ser activa y participativa, favoreciendo la creación de grupos de trabajo homogéneos, creando espacios que permitan la comunicación abierta y el debate. (e.g.: García, 2000, López, 2002; Plunkett et al., 2002). Algunos consejos para la planificación de la metodología son:

- Contar con profesionales familiarizados con las técnicas y estrategias que se vayan a emplear.
- Que las propuestas puedan ser planificadas de forma individual o grupal.
- Si van a desarrollarse actividades que impliquen tener algunos requisitos, éstos deberán quedar reflejados.
- Nos encontraremos ante actividades que tengan que ser desarrolladas de forma individualizada, por lo que existe la necesidad de crear programas individualizados.
- Es recomendable que el programa a desarrollar incluya un amplio repertorio de posibles actividades.

En definitiva, lo fundamental es que la información que se ofrezca y el trabajo que se realice se encuentren adaptados a las personas con discapacidad intelectual. (McCabe, 1999)

Otros aspectos de gran importancia que deberán ser especificados son:

- El establecimiento de los grupos, la recomendación es que se creen grupos de 7 a 8 personas.
- La planificación de los recursos disponibles.
- La delimitación del espacio en el que realizará el programa
- La temporalización y establecimiento de los horarios.
- Determinación de los profesionales.

### **Evaluación de nuestras intervenciones**

Siempre es necesario realizar una evaluación continua, la cual en conjunto con la autoevaluación son la garantía de que se ha realizado un trabajo ajustado a las necesidades de los usuarios.

FEAPS (2001), establece las siguientes buenas prácticas en relación con la evaluación:

- Fijar momentos específicos de análisis.
- Construir indicadores de proceso que permitan ver cómo van las cosas.
- Redefinir los objetivos específicos si así lo reflejan los resultados.
- Que los objetivos sean evaluables.

Es recomendable ir desarrollando grupos de discusión al final de cada bloque de contenidos, con el propósito de obtener información relevante de los profesionales sobre:

- Adecuación del programa a las necesidades e intereses de los usuarios.
- Grado de utilidad de los contenidos.
- Satisfacción general con el desarrollo del programa.
- Principales dificultades.
- Puntos fuertes.
- Aspectos a mejorar.

Si estas pautas de actuación son puestas en marcha de la manera indicada, se conseguirá ubicar a las personas participantes en su nivel de consecución y se podrán ofrecer propuestas metodológicas de intervención y procedimientos de registro sistemáticos, aumentando su utilidad pragmática. Además, gracias a su flexibilidad, se podrán obtener programas extrapolables a contextos similares. (Revista Española sobre Discapacidad Intelectual, 2006).



#### **4.8. INTERVENCIÓN DEL TRABAJO SOCIAL EN LA EDUCACIÓN AFECTIVO-SEXUAL.**

Partiendo de la noción de Asistencia Social ligado a la solidaridad y al modelo benéfico-asistencial, se dio paso a un nuevo modelo de servicios sociales que se sustentaba en el Estado de Bienestar, como Estado Social y Democrático de Derecho, cuyo marco legislativo emana de la vigente ley soberana, Carta Magna de 1978.

Debido a la necesidad de una profesión especializada para la intervención en materia de acción social, nació el Trabajo Social adquiriendo protagonismo en los ejes de protección social. Lacalzada de Mateo citada por Miranda, M. (2013), explicó la esencia del papel del Trabajador social a través de tres formas de intervención que no son excluyentes:

- **Asistencial:** el Estado debe garantizar que las necesidades básicas de los ciudadanos estén cubiertas, proporcionando medios de subsistencia y paliativos.
- **Preventiva:** se trabaja frente a las situaciones de exclusión, vulnerabilidad y marginación, para lograr conseguir una mayor cohesión social.
- **Promocional:** se potencian las oportunidades de todas las personas, y se mejora su inclusión e integración en la sociedad.

Por lo tanto, se puede definir al Trabajador social como: *“Un instrumento de realización de las políticas sociales, sin él difícilmente pueden llevarse a cabo. Esta especie de “limbo” entre los derechos reconocidos, los recursos disponibles y los generables, puede incluso cobrar formas específicas en manos de un buen Trabajador Social. Es decir, que detectando necesidades, previniendo riesgos, anticipándose a los conflictos, pudiendo intervenir desde posiciones muy diversas para la integración social: es quien hace viable el derecho, interviene, gestiona recursos, diagnostica, planifica, y puede contribuir al diseño de nuevos programas y políticas sociales.”*Miranda. M (2013).

De la misma forma De Robertis (2003), entendía el trabajo social como una disciplina con su propio campo de actividad, que es el resultado de la interacción entre la persona y la sociedad, cuyo objetivo principal es la resolución de los problemas de inserción social y el desarrollo tanto de las personas como de los grupos.

Sin embargo Martínez, M. (2005) completaba las definiciones anteriores, haciendo referencia a Ander-Egg que distingue siete ideas básicas del Trabajo social: se resaltaba el sentido humanista; la convicción en la capacidad de superación de los individuos; su carácter de técnica social; los procedimientos de acción que son propios de la disciplina, el carácter y la modalidad de ayuda, contraria al paternalismo, y al sentido de beneficencia; el carácter integral a la hora de tratar los problemas; y los grupos a lo que se dirige la ayuda.

#### ***4.8.1 Objetivos del trabajo social***

Kisnerman, N. (1981), formula tres objetivos en relación con la intervención profesional del Trabajo Social, que suponen el punto de partida de una disciplina comprometida con la sociedad.

- Mejorar la calidad de vida de las personas, paliando las necesidades básicas y ayudando a resolver los problemas sociales.
- Capacitar a la ciudadanía de herramientas para que sean capaces de enfrentarse a sus circunstancias, mediante una educación social.
- Articular diversos actores sociales como protagonistas, en torno a proyectos sociales.

Otras de las metas del Trabajo Social, según remite Barranco, C. (2000), se centran en conseguir cambios, transformaciones o mejoras en las condiciones de las personas, grupos, y comunidades. Para ello, las líneas de trabajo deben ir dirigidas a:

- Satisfacer las necesidades y superar las dificultades sean materiales o no materiales.
- Ayudar a solucionar problemas sociales y obstáculos que limiten la igualdad de oportunidades.
- Potenciar las capacidades de las personas.
- Promover el bienestar social, mejorando la calidad de vida de los individuos.

### **6.8.2 Funciones del Trabajo Social**

Trigueros, I., Mondragón, J., Serrano, M. (2001), en su libro “*Trabajador social: temario para la preparación de oposiciones*”, hacen referencia a Herman Kruse para señalar las funciones de esta disciplina profesional.

La primera de ellas implica una atención directa a los individuos, grupos y comunidades, acompañando a la persona en el proceso de la resolución de la problemática, o previendo futuras situaciones que se puedan generar. La siguiente función se centra en investigar cuales son los factores positivos o negativos que benefician u obstaculizan una mejor calidad de vida, para poder aprovechar los recursos sociales.

La promoción social y estimulación de medidas encaminada a conseguir un mayor bienestar para el ciudadano, se configura como la tercera función. Además de responder de forma concreta y de manera efectiva a las demandas de necesidad que el profesional atiende.

Las últimas funciones pretenden organizar, coordinar, dirigir y supervisar el sistema de servicios sociales y sus programas. Así como la capacitación de recursos humanos, sean o no profesionales.

Según los tres niveles de actuación, individual, grupo y comunidad. Trigueros, I., Mondragón, J., Serrano, M. (2001) establecen funciones específicas para cada uno de ellos.

- **Individual o caso:** las funciones son de tipo corrector, de prevención, información, orientación, promoción, captación, provisión de recursos, entre otros.
- **Grupo:** ayuda a los nuevos grupos para organizarse, dirigir sus actividades, establecer sus propios programas teniendo en cuenta sus intereses y capacidades, resolver conflictos trabajando en las necesidades, establecer relaciones con otros grupos y a separarse del profesional cuando ya no lo requiera.
- **Comunidad:** influye en la adaptación social, el equilibrio entre recursos y necesidades y participación en el proceso de desarrollo.

Puesto que algunos de los objetivos del Trabajo Social son la mejora de la calidad de vida de las personas y la capacitación a la ciudadanía de herramientas para que sean capaces de enfrentarse a circunstancias, consideramos que la figura profesional del Trabajador Social debería ser un miembro relevante dentro de los equipos multidisciplinares que desarrollan los programas afectivos-sexuales en los centros para las personas con discapacidad intelectual. El Trabajador Social, como profesional, posee las funciones pertinentes para intervenir en las diferentes situaciones que puedan tener lugar a lo largo del proceso en el que se desarrolla el programa.

## 5. Análisis de resultados

Para nuestra investigación se realizaron ocho entrevistas, contando con la participación de doce profesionales, ya que en dos de ellas, en la entrevista número 4 y la entrevista número 7 contamos con la colaboración de dos profesionales, que reforzaban ciertas ideas aportadas por el profesional de referencia.

Tabla 2. Datos sociodemográficos de la población entrevistada.

<b>CÓDIGO DE ENTREVISTA</b>	<b>DENOMINACIÓN DEL PUESTO DE TRABAJO</b>	<b>SEXO</b>	<b>EDAD</b>
Entrevista 1	Psicóloga	Femenino	----
Entrevista 2	Directora de adultos	Femenino	47
Entrevista 3	Orientadora	Femenino	----
Entrevista 4	Directora/ Psicóloga	Femenino	46
Entrevista 5	Responsable de proyectos educativos	Masculino	----
Entrevista 6	Terapeuta Ocupacional	Femenino	28
Entrevista 7	Psicóloga	Femenino	----
Entrevista 8	Psicóloga/ Orientadora	Femenino	----

Respecto al sexo de la población entrevistada un 87.5% fueron mujeres, contando con una frecuencia de siete mujeres, frente a un 12.5% que se corresponde al sexo masculino, con una frecuencia de un hombre entrevistado. La edad media de las personas entrevistadas es de 40.33 años, es decir, 40 años. Aunque esta muestra no es relevante puesto que no hemos podido obtener las edades de cinco entrevistadas.

En referencia al puesto de trabajo desempeñado encontramos cuatro psicólogas, una orientadora, una terapeuta ocupacional, un responsable de proyectos educativos y una directora de adultos. Uno de los datos que podemos destacar, es la ausencia del perfil del trabajador social.

El análisis de los datos obtenidos en las entrevistas, se realizará en base a las categorías establecidas con anterioridad:

- **Concepto afectivo-sexual.**

Se observó que la opinión mayoritaria que reciben los profesionales sobre el concepto de educación afectivo- sexual por parte de las familias, normalmente se encuentra centrada en el acto sexual, en el coito o la penetración. Por este motivo, se crean reticencias a la hora de abordar el tema dentro de las familias a causa de los prejuicios y tabúes.

*"Cuando una familia piensa en que se va a trabajar la sexualidad con sus hijos, piensan en el contacto sexual, claro como coito, penetración, embarazo, como enfermedad de transmisión sexual, como tú quieras hablar. Vale, pero siempre piensan en el contacto sexual, en el acto sexual"*

Entrevista 8

Sin embargo, la opinión de los usuarios no es la misma, puesto que el concepto que tienen sobre la sexualidad es más amplio que el de las familias, ya que dan más importancia a temas relacionados con la afectividad.

*"Las dudas comienzan cuando empiezan a gustarles los chicos y las chicas. Lo que primero quieren hablar es de relaciones afectivas, que es lo que les interesa en ese momento, el cómo me acerco a una chica, cómo ligo, qué les digo, qué les gusta a las chicas, qué les gusta a los chicos"*

Entrevista 4

Desde los centros, se estipula que la educación afectivo-sexual es el conjunto de la sexualidad y la parte afectiva. Además, desde las instituciones se ha observado que en muchas de las ocasiones los usuarios presentan mayores carencias y demandan más información sobre la afectividad que sobre la propia sexualidad.

*“Una educación sexual bien entendida estamos hablando también de afecto, de autoestima, de aceptación, de conocerme, de saber expresarme, de saber que decir que no, de tener empatía, todas estas cuestiones son una base para un buen desarrollo sexual posterior.”*

Entrevista 2

○ **Dudas más frecuentes**

A la hora de abordar este tema surgen muchas dudas, tanto por parte de las familias como de los usuarios, incluso de los propios profesionales. Una de las dudas a resaltar por parte de las familias versa sobre la masturbación de sus hijos. Ante la aparición de esta conducta, en muchas ocasiones los padres no saben cómo afrontarlo, siendo necesaria la ayuda de un profesional para saber gestionar la situación.

*"No saben cómo gestionar en casa, qué hago, porque yo he visto a mi hijo, está mal, veo que se masturba, o veo la necesidad."*

Entrevista 7

En el caso de las personas con discapacidad intelectual, el abanico de dudas es mucho más amplio. Desde la confusión de conceptos, como género, sexo, sexualidad, hasta la insuficiencia de no conocer las partes de su propio cuerpo.

*"Partes del cuerpo son, como se llaman, desde menstruación , sepan diferenciar un poco lo que es el tema del género, el sexo, la sexualidad, los tipos de sexualidad y... la información, mucha información les damos sobre anticoncepción."*

Entrevista 1

Otra de las dudas expresadas por los usuarios sobre el ámbito afectivo- sexual se encuentra relacionada con la parte afectiva principalmente.

*"Las dudas comienzan cuando empiezan a gustarles los chicos y las chicas. lo que primero quieren hablar es de relaciones afectivas, que es lo que les interesa en ese momento, el cómo me acerco a una chica, cómo ligo, qué les digo, qué les gusta a las chicas, qué les gusta a los chicos"*

Entrevista 4

Estas dudas pueden ser consecuencia de una falta de trabajo, información o información errónea a través de los medios de comunicación.

*"No saben buscar esta información o la que encuentran no es la más acertada, entonces por eso te digo con nuestros chavales, igual que con otras cosas hay que ser, muy claros, muy explícitos"*

Entrevista 4

Aunque no se trate de una duda mayoritaria, en algunos centros los usuarios muestran curiosidad por el tema de la homosexualidad.

*"También surgen dudas sobre el tema de la homosexualidad, de cómo puede ser que a un hombre le guste otro hombre, como hacen el amor dos hombres, como hacen el amor dos mujeres."*

Entrevista 2

Como respuesta a las dudas anteriormente comentadas, algunos de los centros ha contado con la colaboración del colectivo de "Gays y lesbianas" de Zaragoza, para poder resolver las inquietudes de los usuarios por medio de fuentes que abordan el tema de primera mano.



El tema de la homosexualidad, es un tema lleno de tabúes y prejuicios, pero en el caso de los usuarios, lo viven como un tema totalmente normalizado y natural.

*"Los usuarios, lo aceptan fenomenal. No hay ningún problema. Perfecto. Sobre todo cuando... "¿Qué es un homosexual?" Claro, ellos no saben el concepto homosexual , y yo les digo "una persona, gay, un chico que le gusta un chico" y todos dicen "Pues bien, fenomenal"*

Entrevista 6

Aunque la posición de las familias es menos abierta que la de los usuarios.

*"Las familias lo ven menos, lo aceptan menos."*

Entrevista 4

Por lo tanto, en los centros donde realizamos las entrevistas, hemos observado como dan mucha importancia al tema de la sexualidad, puesto que se trata de una necesidad que tienen todas las personas. El principal objetivo dentro de las entidades que hemos visitado es la lucha por los derechos, el bienestar de las personas con discapacidad, así como la normalización del tema afectivo- sexual.

*"Plan de formación a familias sobre todo para eliminar tópicos, y dar una serie de herramientas para que las familias sean más permisivas, flexibles, y a priori tengan un mayor acercamiento hacia sus hijos/as de cara a abordar el tema de manera más natural, más cercana, y no con tantos prejuicios."*

Entrevista 5

*"El objetivo general es la salud, el bienestar general, que tengan todas sus necesidades básicas y emocionales contempladas y la normalización."*

Entrevista 3

○ **Beneficios del abordaje de la sexualidad**

En cuanto a los beneficios de abordar la temática de la sexualidad, nos encontramos con que la mayoría de los centros tienen una visión muy positiva sobre lo que se debe tratar con los usuarios. La opinión más generalizada es que se mejora la calidad de vida contribuyendo al bienestar del usuario.

*"Se mejora la calidad de vida de los usuarios con cosas así. Es decir, si es tema que todos lo tienen, por qué no se normaliza. Cubre las necesidades de las demandas"*

Entrevista 8

Desde los centros optan por una visión de normalización y prevención, para así evitar conductas inadecuadas que empeoren su forma de vivir la sexualidad o que desemboquen en futuros problemas.

*"Si desde un primer momento, una conducta masturbadora o tal se trabaja bien, no tiene porque llegar a ser ningún problema, entonces, cuando ya es un problema es porque todo lo previo no hemos hecho nada, o hemos hecho mal"*

Entrevista 4

*"Entonces, una vez lo normalizas, a veces, solo con el hecho de hablarlo pues hay conductas que desaparecen."*

Entrevista 6

Otro de los beneficios que han destacado los profesionales es la integración o la autodeterminación.

*"Es muy importante. No solo para el bienestar sino también para la integración, para el desarrollo, para la autodeterminación, para todo. Es una dimensión humana muy importante, como mucha otras. Entonces no puedes obviarla en ningún sentido, y que no se trabaje."*

Entrevista 2

○ **Demandas realizadas con mayor frecuencia**

Haciendo referencia a las demandas observadas en los centros por parte de los usuarios y familias, los temas sobre los que más demandan información se encuentran relacionados con la orientación, masturbación, pautas de actuación, apoyos y trabajar con los usuarios.

*"En el tema de la masturbación por parte de las familias demandan ayuda, consejo, pautas de actuación."*

Entrevista 3

*"Algunas familias demandan la asistencia de sus hijos al taller."*

Entrevista 6

○ **Metodología empleada en el desarrollo de los programas**

Uno de los aspectos más importantes de esta temática, es la metodología que utilizan los diferentes centros entrevistados. Hemos podido observar que en la mayoría de los centros no existe un programa estipulado, sino que se trabaja mediante talleres, charlas, actividades y/o formaciones.

Por ello, la metodología de los centros que no tienen un programa completo sobre sexualidad, se lleva a cabo, mayoritariamente, mediante talleres. La temática de los mismos va acorde conforme a las demandas que llegan por parte los usuarios. Hemos encontrado gran variedad dentro de los temas que trabajan, desde la identificación de las partes del cuerpo humano, la diferencia entre compañero, amigo y novio, hasta temas más prácticos sobre como emplear preservativos. En cuanto a la intensidad de estos talleres, hemos observado que la periodicidad mantiene una continuidad en el tiempo, siendo trabajados de forma regular.

En algunos centros no se trabaja con una intervención planificada, sino que se van resolviendo las dudas día a día y según las demandas.

*"Son talleres. No está estipulado. No lo tenemos como un programa que dices pues a tal edad... No, nos aseguramos de que todos entren en ese proyecto de grupo y de las cuestiones que ves que se debe de trabajar con el grupo."*

Entrevista 2

*"Actualmente no existe un programa dirigido a la sexualidad,... Y este año vamos a hacer este, y otro más dirigido a sexualidad, como autoconocimiento sexual, y...más dirigido a sexualidad."*

Entrevista 4

El contenido trabajado en los talleres es muy diferente según el centro en el que se desarrollen, dependiendo de las características de los usuarios. Podemos encontrar centros en los que la discapacidad de los usuarios es más severa, por lo que los temas tienen que ser más sencillos y limitados.

*"Dentro de este programa sí que hay un área, un... digamos una parte que está dedicada a lo que es relaciones, eh sexuales y afectivas. Donde ahí pues lo que se pretende es pues bueno, principalmente que los chicos, eh puedan expresarse, puedan expresarse y dar su opinión. Detectar un poco las necesidades, ver un poco como se están respondiendo a esas necesidades, pero no va más allá".*

Entrevista 7

Por otro lado, en los centros en los que la discapacidad de los usuarios es más leve, los temas a trabajar son más amplios y diversos, pudiendo profundizar en los aspectos tanto afectivos como sexuales.

*"Hacemos a lo mejor un trimestre de educación de específicamente afectivo-sexual general, pero hace ya mucho vimos que era poco efectivo, porque cada chaval tiene una realidad diferente, está en ese momento en un nivel educación afectivo-sexual muy diferente, entonces veíamos...que bueno bien de vez en cuando hacer sesiones grupales pero que nosotros lo que hemos valorado que lo importante es lo individual."*

Entrevista 4

*“Sí que hay unas cuestiones muy diferentes pero en una educación sexual bien entendida estamos hablando también de afecto, de autoestima, de aceptación, de conocerme, de saber expresarme, de saber que decir que no, de tener empatía, todas estas cuestiones son una base para un buen desarrollo sexual posterior”.*

Entrevista 2

De forma general, el trabajo que se realiza dentro de los centros que trabajan mediante talleres, se basa en:

*“Siempre, hicimos, si no recuerdo mal unos ocho talleres con... con los chicos, ocho días y los padres tuvimos una sesión al principio, una sesión en medio y una sesión al final. Para empezar como son, que nos contaran un poco la sexualidad de sus hijos, entre medio, como han evolucionado desde que empezamos a tal y al final pues el resultado, conclusiones, dudas...”*

Entrevista 1

De los ocho centros entrevistados, solo en uno de ellos hemos encontrado un programa centrado en el ámbito afectivo-sexual.

Este programa se desarrolla en diez sesiones, a lo largo de dos meses y medio, dando la posibilidad de que puedan realizarlo durante un curso tres o cuatro grupos de usuarios formados por siete personas cada uno. Uno de los objetivos del centro, es que todos los usuarios realicen el programa, pero para que el aprendizaje sea efectivo los grupos son reducidos y en primer lugar asisten los usuarios que presentan demandas por parte de las familias, de ellos mismo o por decisión por parte de los profesionales del centro.

*“Que el usuario lo demande, a demanda de los usuarios, y por otro lado, con la valoración del equipo profesional”.*

Entrevista 6

Los diferentes temas que se abordan a lo largo del programa, hacen referencia al modo de entender las relaciones; temas sobre el cuerpo humano, reconocer los órganos sexuales femeninos y masculinos; diferencia entre compañeros, amigos y parejas; identificar qué cosas se hacen en privado y qué cosas se hacen en público, dónde, cuándo y cómo; diferenciar lo que es un abuso y lo que es la muestra de afecto; tema de las parejas; prevención de embarazo y de enfermedades de transmisión sexual y métodos anticonceptivos.

Tal y como hemos señalado anteriormente el programa se encuentra dividido en diez sesiones, dentro de las cuales se abordan los distintos temas mencionados y además, se desarrollan diferentes dinámicas interactivas como por ejemplo: una lluvia de ideas al comienzo para evaluar los conocimientos previos sobre la sexualidad o una dinámica participativa donde los usuarios interactúan aportando características positivas sobre los demás miembros del grupo. Estas dinámicas favorecen el aprendizaje y la adquisición de conocimientos mediante la teoría y la posterior puesta en práctica.

La metodología de los programas / talleres de los centros colaboradores favorece la creación de un espacio de confianza y de consenso para poder llevar a cabo la consecución de los objetivos.

*“Tienen que ser muy sistemáticas de cara por ejemplo a no hacer una sesión y después tardar dos semanas, porque tiene que haber un hilo conductor con una temporalidad muy secuencial que tampoco estén muy unidas unas con otras, no muy cercanas, porque entre sesión y sesión se trata de reforzar lo que se ha trabajado en la última sesión”.*

Entrevista 8

*“Más que un programa hay como talleres y se trabaja sobre todo lo que os comento, cómo me encuentro, cómo soy, quién soy, dónde vengo, a dónde voy...”*

Entrevista 3

Desde los centros, también se trabaja con las familias de los usuarios, en la mayoría de los casos, la actividad más realizada son charlas formativas a familias, las cuales tienen lugar en las instalaciones del centro, cuya duración se delimita dentro de una sesión.

*“Hacemos charlas y formación a usuarios y luego formación a las familias por separado”. (...) “Las familias, no hay un programa concreto de lo que es sexualidad, pero sí que entra dentro de formación, entraría en el programa de apoyo a familiares.”*

Entrevista 1

Finalmente, en cuanto al trabajo desarrollado con los profesionales, podemos decir que es escaso, puesto que en muchos de los centros visitados no se realizan formaciones específicas para los profesionales. Concretamente, solo se realiza este tipo de formaciones en dos de los ocho centros entrevistados.

*"Primero formación a los profesionales, después durante el primer año y segundo fue el trabajo con padres, vale, hubo bastantes sesiones tres meses, cuatro meses, en el cual se trabajaba con los padres"*

Entrevista 4

○ **Perfil de los usuarios**

El perfil de los usuarios que participa en estos programas o talleres varía dependiendo de las características del centro y del propio usuario. Existen centros donde se basan en una etapa de la vida, como es la **preadolescencia y adolescencia**.

*"Si que nos enfocamos igual a una preadolescencia y adolescencia. Ya vienen más adultos, en plan... eh, parejas, eh sí que hacemos más atención psicológica que sexual."*

Entrevista 1

Otros centros se basan en **criterios de inclusión**:

*"Responden a unos criterios de inclusión del programa, como la edad, la situación física en la que se encuentran, momento evolutivo, el perfil en cuanto a las características que tienen de posibilidad o capacidad de participación"*

Entrevista 8

Ó según su **grado de discapacidad o su grado de autonomía**.

*"Hay que entender que en función del grado de discapacidad se pueden abordar las temáticas con unos materiales u otros. Y lógicamente no todos estos puntos podrían por ejemplo pues extrapolarse a otros centros, los usuarios...hay un mayor grado de dependencia de los usuarios y hay que trabajarlo de otra manera, y hay que adaptar los materiales al grado de comprensión."*

Entrevista 5

Por lo tanto, podemos decir que no se trata de un perfil definido, si no que varía según los objetivos del taller, actividad y según las características del usuario.

*"No es un perfil exacto. Lo que pasa es que es una dimensión que trabajar con todos en la medida de la necesidad de cada uno y de las características de cada uno."*

Entrevista 2

○ **Profesionales que trabajan en el ámbito afectivo-sexual**

Sobre los profesionales que desarrollan las actividades y los programas, en la mayoría de los centros, el desarrollo del trabajo vinculado al ámbito afectivo sexual es realizado por equipos multidisciplinares, donde encontramos profesionales como psicólogos, terapeuta ocupacional, trabajador social, educador social, tutores, o auxiliar. Pero mayoritariamente, el profesional que implementa el programa o taller es la figura del psicólogo.



*"El tema de sexualidad lo llevamos mayoritariamente las dos psicólogas que estamos aquí"*

Entrevista 1

*"Equipo psicosocial, psicóloga, trabajadora social, educador social"*

Entrevista 4

En cuanto a la figura del Trabajador Social podemos decir que forma parte de este equipo multidisciplinar, pero no desarrolla una labor relevante. A pesar de que los propios profesionales a los cuales hemos realizado la entrevista, reconocen que sus funciones son fundamentales en este proceso, puesto que son los que tienen una relación más constante con las familias.

*"Entonces el trabajador social es muy importante porque es probablemente el primero que detecta determinadas necesidades, o llamadas de atención, o demandas de las familias, es la puerta de entrada al centro es el / la trabajador/a social."*

Entrevista 5

Finalmente, desde los centros se considera que es más eficaz que el profesional que trabaje este aspecto con ellos, sea una persona conocida y de confianza, puesto que es un tema íntimo y personal. De esta manera es más probable que los usuarios trasladen todas sus dudas.

*"La persona que trabaja habitualmente con ellos... Realmente es importante que no sea una persona externa, que vienen y nos suelta la chapa"*

Entrevista 2

○ **Evaluación de los programas / talleres**

De forma mayoritaria al terminar las actividades o programas, los centros en los que trabajan con personas con discapacidad intelectual, realizan cuestionarios evaluativos,

con la finalidad de valorar el alcance de los objetivos. Además de poder contrastar si la información que se ha dado en los talleres ha sido adquirida por los usuarios.

*“Pues siempre pasamos un cuestionario de evaluación, tanto a los usuarios como a la familia. De si les ha gustado, si les ha servido, si... que mejorarían, que no”*

Entrevista 1

En otros centros la evaluación se realiza durante el proceso, lo que permite realizar cambios a tiempo para alcanzar el resultado deseado. También es importante realizar una evaluación al principio y al final de los talleres o programas, para poder comparar la eficacia del programa.

*“Se intenta ver cuantitativamente y cualitativamente los resultados, pero sobre todo el proceso, vale, ser capaces de evaluar el proceso. No solo porque nos da información de cómo va la cosa, si no porque nos permite corregir a tiempo, vale, si lo evaluamos al final vamos a poder hacer una propuesta de mejora para la siguiente vez, pero si evaluamos durante el proceso nos va a permitir corregir a tiempo, y mejorarlo en el momento que hace falta”*

Entrevista 8

*“Yo hago una evaluación previa de los conocimientos que tienen y una evaluación final de los conocimientos que han adquirido.”*

Entrevista 6

○ **Pros y contras de usuarios, familias y profesionales**

Con el trabajo continuo se están consiguiendo grandes avances en este ámbito, que ahora mismo no son muy significativos, pero que en un futuro pueden ser determinantes para conseguir la naturalización del tema dentro del campo de la discapacidad intelectual.

*“...Cada vez más implicación, cada vez hay más información, la mente ahora, en la actualidad es un poco más abierta”*

Entrevista 1

*“No suelen poner ninguna dificultad. Se les ha dado mucha información, por lo que se ha normalizado bastante. Hay padres que demandan que su hijo asista al taller. Cambio de mentalidad Incluso en padres muy mayores, que acepta... que igual te dicen "pues mira yo de esto no le voy a hablar pero si tu se lo cuentas y tal no parece bien"*

Entrevista 6

Tras analizar las entrevistas, se observó que un gran porcentaje de los profesionales entrevistados, resaltaban que las barreras que más condicionan el trabajo de la educación afectivo-sexual dentro de las familias son: por un lado, que la sexualidad es entendida como un tema tabú, como algo que no debe ser tratado con normalidad, actuando como si se tratara de algo que sus hijos no necesitan.

En segundo lugar, otro de los impedimentos se encuentra relacionado con los miedos de las familias, principalmente los que tienen hijas, por temor al embarazo o a las enfermedades de transmisión sexual.

Y finalmente, se debe destacar, que la causa principal que desencadena todos estos problemas es la incorrecta concepción del concepto sexualidad, ya que es entendida solo como el coito, sin tener en cuenta los aspectos afectivos.

Estas conclusiones pueden verse reflejadas en los siguientes fragmentos extraídos de las siguientes entrevistas realizadas:

*“Que muchas familias sigan pensando que la sexualidad de sus hijos y de sus hijas está dormida, y como tienen una discapacidad intelectual no tienen necesidades sexuales”*

Entrevista 2

*“Falta de entender el concepto sexualidad, en toda su globalidad, y centramos únicamente en el coito.”*

Entrevista 8

En los centros que trabajan con personas con discapacidad intelectual, existe unanimidad en cuanto a la buena predisposición por parte de los usuarios. Éstos lo viven con total naturalidad, de forma normalizada y demostrando entusiasmo e interés cuando se realizan actividades relacionadas con la sexualidad. Además, gracias al ambiente de confianza que se crea con la figura del profesional, los usuarios trasladan todas las dudas que tienen sobre este ámbito, lo que mejora la calidad de sus relaciones afectivo-sexuales.

*“En general hablan con bastante más normalidad y naturalidad que a lo mejor profesionales. Te preguntan dudas. Lo viven con normalidad. Ellos nos cuentan. Lo viven con mucha naturalidad.”*

Entrevista 4

*“Tienen muchísima confianza y... te cuentan lo que, cualquier problema, no solo del ámbito sexual, sino cualquier problema que ellos tengan, pues ya se les ha dado el espacio de confianza para ellos poder profundizar y... en ese sentido estamos contentos porque ellos se abren y eso es muy importante también.”*

Entrevista 7

En los siguientes fragmentos se puede apreciar que las dificultades de las personas con discapacidad intelectual sobre el ámbito afectivo-sexual, se encuentran vinculadas a la falta de información, de escucha por parte de las familias y a la escasa normalización del tema. Así como también, se debe tener en cuenta las dificultades que se generan con la propia afección.

*“A ver mucha falta de formación, de información, dificultades, más dificultades que el resto de las personas lógicamente por muchos motivos”*

Entrevista 4

*“A veces no saben diferenciar cuando alguien está mostrándole cariño o cuando es un abuso.”*

Entrevista 6

*“Muy poco diálogo en casa sobre la sexualidad.. Y otro motivo no tiene seguridad de cómo hacerlo. Y otro motivo no sabe ni siquiera que es necesario. Y otro motivo puede ser... no se hay un montón de factores.”*

Entrevista 8

En la mayoría de los centros, se realiza una formación a todos los profesionales, puesto que, es imprescindible dotarles de herramientas y habilidades para trabajar las dificultades que puedan presentar los usuarios. A pesar de los prejuicios que muchos de ellos tienen, cada vez más se superan estas barreras y se tiende hacia la normalización de este ámbito.

Los profesionales se convierten en figuras de referencia para estos chicos, lo que les permite establecer una relación de confianza con ellos, y así orientarles en el desarrollo de su sexualidad.

*“En los coles...formación a todos los profesionales, y yo creo que si algo era importante era que estuvieran todos, desde el auxiliar hasta el monitor de comedor, hasta el fisio, porque a ver si lo que queremos es cambiar actitudes y queremos cambiar ir todos a lo mismo...”*

Entrevista 4

Los profesionales a los que se ha entrevistado, han reflejado que las problemáticas que más frecuentemente presenta el equipo de trabajo, se encuentran relacionadas con los prejuicios y la falta de naturalización del ámbito afectivo-sexual. Otra gran dificultad con la que se encuentran los profesionales, es la carencia de medios materiales adaptados para trabajar con personas afectadas por una discapacidad intelectual.

*“Dificultades para tratar el tema. Prácticamente no hay materiales de educación afectivo sexual dirigidos a personas con discapacidad intelectual”*

Entrevista 4

*"Nadie quiere saber nada, por vergüenza, miedo, temas tabú. No lo quieren tocar mucho. Me asusto mucho cuando el niño se está auto-estimulando. Prejuicios religiosos, ideológicos o culturales"*

Entrevista 3

○ **Propuestas de mejora**

Por último, en relación a las propuestas de mejora, la idea principal en la mayoría de los centros, es que se trabaje mucho más y desde edades más tempranas.

*"Yo creo que se podría trabajar más...Nosotros estamos en la línea, en la buena línea, pero hay que hacer más y ampliarlo"*

Entrevista 5

*"Que hiciéramos más talleres. Tener más información, que las charlas fueran más periódicas, hacer más talleres. Nuestra idea sería impulsarlo ya desde edades más tempranas"*

Entrevista 1

*"Es necesario trabajar el tema de la sexualidad: Dónde, Cuándo y cómo"*

Entrevista 4

Otra de las demandas que se observa desde los centros es la ayuda y presencia del Departamento de Trabajo Social, puesto que gracias a su labor profesional se desarrollaría un trabajo más completo y eficiente. El contacto por parte del Trabajador Social con las familias es continuo, por lo que, de esta manera los padres podrían conocer de forma más periódica las dificultades, progresos, dudas y temas que son tratados en los talleres y así facilitar la comunicación dentro de los hogares.

*"No tenemos trabajador social en el centro... es una figura fundamental"*

Entrevista 8

## 6. Conclusiones

### 6.1 Verificación de hipótesis

En este apartado, analizaremos la verificación de las hipótesis formuladas al principio de nuestro trabajo. **La primera hipótesis afirma lo siguiente:**

---

*"Los centros para personas con Discapacidad Intelectual de Zaragoza desarrollan programas afectivos-sexuales."*

---

En cuanto a la hipótesis planteada podemos decir que no se confirma, puesto que en la mayoría de los centros, no tienen un programa específico, si no que abordan esta temática mediante talleres/actividades.

De los ocho centros entrevistados, solo hemos encontrado un programa establecido en uno de ellos. Según Saavedra, R; Castro, L.; Restrepo, O.; Rojas, A. (2001) un programa es el segundo nivel operacional de planificación, que se desarrolla atendiendo a un conjunto de decisiones, dirigidas a satisfacer las necesidades y solucionar los problemas demandados. Estableciendo sus directrices en los objetivos descritos en el plan de intervención. Además, se caracteriza por tener una consecución a medio plazo.

En el caso de este centro, podemos decir que las pautas para el desarrollo de programas eficaces sobre educación afectivo sexual planteados por Morentin, R. y otros autores en la Revista Siglo Cero (2006) se encuentran implementados dentro de la dinámica del trabajo del programa. Por lo tanto, se debe potenciar una visión más normalizadora, que reconozca el derecho de las personas con discapacidad a disponer de un abanico de servicios y de un estilo de vida que en su caso sería también valorado positivamente por la mayoría de la sociedad. (Chivers y Mathieson, 2000).

Para que las intervenciones que se desarrollen sean eficaces, no se debe olvidar el entorno en el que se desenvuelven. Puesto que normalmente las personas con discapacidad intelectual ven su entorno social reducido al ámbito familiar e institucional, es necesario realizar también un trabajo con las familias y los profesionales (Löfgren-Martenson, 2004).

Todas las intervenciones y sesiones deben ser planificadas y sistemáticas haciendo explícita la necesidad de que la información sea presentada de manera que facilite su comprensión, realizándose una estructuración y planificación con anterioridad atendiendo a unos objetivos y contenidos, con una metodología y unas actividades. (Galea, Butler e Iacono, 2004; McCabe, 1999). Por otro lado, los contenidos de las sesiones deben ser coherentes con los objetivos, deberán referirse no sólo a conocimientos, sino también a actitudes y habilidades interpersonales o comportamientos socio-sexuales (López, 2002; Plunkett et al., 2002)

La metodología debe ser activa y participativa, favoreciendo la creación de grupos de trabajo homogéneos, creando espacios que permitan la comunicación abierta y el debate. (e.g.,: García, 2000, López, 2002; Plunkett et al., 2002). Y finalmente, siempre es necesario realizar una evaluación continua.

En cambio, en los centros en los que no desarrollan un programa, creemos que las indicaciones anteriormente citadas no forman parte de la metodología de los centros, puesto que de forma mayoritaria el trabajo dentro de este ámbito no proporciona una formación integral a los usuarios, sino que hacen frente a las dudas que diariamente surgen sobre esta temática.

En muchas ocasiones, el trabajo se realiza cuando existe un problema, se aborda a edades avanzadas, no existe una prevención primaria, ni una buena coordinación entre las familias y los centros, y a menudo, los prejuicios y tabúes continúan siendo una barrera para su trabajo.



**La segunda hipótesis del trabajo es:**

---

*“Desde los centros se aborda tanto el ámbito afectivo como el sexual”*

---

En muchas ocasiones las familias tienen la concepción errónea de que la sexualidad solo se basa en el acto sexual, dejando de lado el ámbito afectivo. Por el contrario, los centros colaboradores, en todo momento dejaron claro que la sexualidad es un concepto de gran amplitud, que abarca tanto aspectos afectivos como sexuales.

Tal y como Debra Haffaner citado por López (2003) afirma que el concepto del término de la sexualidad se encuentra vinculado con la afectividad.

Desde los centros, se estipula que la educación afectivo-sexual es el conjunto de la sexualidad y la parte afectiva, además desde las instituciones se ha observado que en muchas de las ocasiones los usuarios presentan mayores carencias y demandan más información sobre la afectividad que sobre la propia sexualidad. Por lo que se puede decir, que trabajar las relaciones afectivas es el paso previo que debe realizarse con los usuarios para conseguir mejorar la calidad de sus relaciones sexuales.

Por lo tanto, podemos decir que la hipótesis se confirma, ya que los centros son conscientes de que existen dos dimensiones que se complementan y que deben trabajarse de forma conjunta a lo largo de todo el proceso.

**La tercera hipótesis del trabajo es:**

---

*"No existe un perfil concreto de los beneficiarios."*

---

Esta hipótesis se confirma ya que cada centro abarca diferentes etapas de la vida y diferentes problemáticas. Por lo tanto, el perfil del usuario depende de las características del centro y de las demandas de los usuarios.

En el caso de los Colegios de Educación Especial, las edades de los usuarios están comprendidas entre los 3 años y los 21 años. Mientras que en los Centros Ocupacionales la edad de entrada a estos centros es a los 21 años, sin que exista una edad límite de permanencia.

En cuanto a la discapacidad no se puede encontrar un perfil concreto, ya que cada usuario presenta unas problemáticas diferentes que no corresponden a un patrón. Es decir, aunque nos encontremos un grupo de usuarios que presentan la misma discapacidad, cada uno de ellos de forma individual, posee unas características diferenciadoras.

**La cuarta hipótesis del trabajo es:**

---

*"Los usuarios demandan información sobre esta temática"*

---

Tras el análisis de las entrevistas, podemos confirmar esta hipótesis, puesto que en la mayoría de los casos son los propios usuarios son los que tienen la iniciativa a la hora de demandar información. En muchas ocasiones, las inquietudes que con mayor frecuencia plantean se encuentran relacionadas más con el ámbito afectivo que con el sexual.

**La quinta hipótesis es:**

---

*“Existe escasa participación por parte de las familias en los programas afectivos-sexuales”*

---

Partiendo de la información obtenida en las entrevistas, la quinta hipótesis planteada se puede confirmar, puesto que las familias no le dan importancia a la sexualidad de sus hijos, considerando que no tienen ese tipo de necesidades.

En la discapacidad intelectual la falta de trabajo del ámbito afectivo-sexual se encuentra vinculada a la falta de información, de escucha por parte de las familias y a la escasa normalización del tema. En varios de los centros entrevistados, los profesionales nos trasladaron que la participación por parte de las familias era escasa y solo demandaban ayuda en los casos en los que la problemática estaba presente.

Para finalizar, debemos añadir que a pesar de que en la actualidad no exista mucha implicación, progresivamente se está produciendo un cambio de mentalidad en las familias. Debido al interés por parte de los centros para la normalización sobre el tema afectivo-sexual, dando como respuesta una mayor implicación e interés. Cada vez son más las familias que participan, mostrando aceptación de las necesidades afectivo-sexuales de sus hijos. Estos pequeños cambios, aunque a corto plazo no impliquen un gran impacto en su abordaje y tratamiento, si que marca el comienzo de un gran cambio a largo plazo.

**La sexta hipótesis es:**

---

*“Los programas no tienen una metodología estructurada”*

---

De forma mayoritaria podemos confirmar esta hipótesis, puesto que de ocho centros entrevistados sólo en uno de ellos, el cual posee un programa afectivo-sexual, hemos encontrado que se desarrolla una metodología estructurada. En el resto de centros, esta temática se trabaja por medio de talleres y/o actividades.

Dentro de estos talleres sí que existe una planificación ordenada, pero no llega a equipararse a la metodología del programa.

**La séptima hipótesis es:**

---

*“El trabajador social interviene y está presente en la realización de estos programas”*

---

Esta hipótesis no se verifica, ya que la figura del Trabajador Social no está muy presente dentro del equipo multidisciplinar, encontrando como disciplinas predominantes la rama de la psicología y educación social.

En todas las entrevistas que realizamos, los profesionales encargados de recibirnos pertenecían a disciplinas distintas al Trabajo Social. Además, dentro del equipo profesional de los programas afectivo-sexuales, el papel del Trabajador Social no se encontraba presente.

A pesar de que no exista el perfil del Trabajador Social, los profesionales de los centros de personas con discapacidad intelectual sí que demandan ese tipo de intervención.

## **6.2. Limitaciones del estudio**

Al comienzo de nuestra investigación, nos pusimos en contacto con diversas instituciones que trabajan con personas con discapacidad intelectual en la ciudad de Zaragoza. El listado inicial estaba formado por 39 centros, de los cuales algunos fueron descartados por no trabajar con este colectivo de forma íntegra. Una vez que se expuso el tema, muchos de los centros mostraban reticencias con el tema de investigación, dando una respuesta negativa de colaboración. Por lo tanto, los centros entrevistados son más sensibles con esta temática.

## **6.3. Implicaciones como Trabajadores Sociales**

Otro de los aspectos que nos ha llamado la atención, ha sido la escasa intervención por parte del Trabajo Social dentro de los equipos multidisciplinares de trabajo que desarrollan este ámbito dentro de los centros. Consideramos que el Trabajador Social posee las funciones y competencias adecuadas para poder intervenir de forma activa y desarrollar un papel relevante dentro del equipo de trabajo.

Respecto a la funciones del Trabajo Social, una de ellas es la atención directa con las familias, por lo que sirve de nexo de comunicación entre el centro y las familias, mejorando la efectividad del trabajo.

Otra de las competencias características del Trabajo Social es la intervención en diferentes situaciones poniendo en práctica distintos modelos de intervención, como el de crisis, resolución de conflictos, modelo centrado en la tarea, modelo sistémico, etc.

Creemos que el Trabajador Social tiene todas las habilidades necesarias para poder transmitir a los usuarios cualquier tipo de información, de forma adaptada al nivel de comprensión que posee cada usuario. Además, al tener un contacto directo con la familia, está capacitado para poder resolver las dudas y demandas de estas.

Otra de las características más importantes del Trabajo Social, es que se trata de profesionales que poseen una formación adecuada para el trabajo en equipo.

Como nos dice Barranco, C. (2000), *"las metas del Trabajo Social se centran en conseguir cambios, transformaciones, o mejoras en las condiciones de las personas, grupos, y comunidades"*

Por lo tanto, la finalidad del Trabajador Social tiene como objetivo mejorar las condiciones de las personas. Concretamente, en lo referente a nuestra investigación, el objetivo principal es trabajar para alcanzar la autonomía del individuo y además, tender a la normalización y naturalización del tema.

#### **6.4. Reflexiones personales de las autoras**

Tras la realización de nuestra investigación hemos observado que el ámbito afectivo-sexual es un tema que desde los centros no se trabaja con una metodología adecuada, puesto que la mayoría no parten de un programa estipulado en el que se fijen unos objetivos, un temario a tratar y una temporalidad específica. También, pensamos que de forma complementaria a estos programas deberían realizarse intervenciones personalizadas atendiendo a las características específicas de cada usuario.

Tal y como hemos observado se trabaja a una edad avanzada, pero creemos conveniente que debería ser una tema que se trabaje a edades más tempranas, para poder prevenir conductas inadecuadas y dudas que los usuarios puedan tener antes de que desemboquen en un problema.

Otro de los motivos por los que este ámbito es difícil de tratar, se debe a la falta de materiales didácticos adaptados. En muchos de los centros, son los profesionales los que se encargan de preparar los materiales según las demandas de los usuarios. Creemos que la existencia de un buen soporte material y común para los distintos centros mejoraría la comprensión y la capacidad de aprendizaje de los usuarios.

En relación al párrafo anterior, la falta de formación adecuada para los profesionales es otra de las barreras que imposibilita el trabajo adecuado, ya que no cuentan con las herramientas, técnicas y habilidades necesarias para un correcto traslado de la información. Por lo que consideramos que si los profesionales tuvieran una formación sobre el ámbito afectivo-sexual, sería beneficioso para el trabajo conjunto entre las familias, los usuarios y los profesionales.

Uno de los autores que apoya nuestra visión es Félix López (2005), que nos lleva a un bando más humanístico, diciéndonos que la educación afectivo-sexual se trata de un derecho y una necesidad que tienen todas las personas y que debería ser atendido tanto en el ámbito familiar como en el escolar. La escuela y los centros de atención a personas con discapacidad, no pueden ser un lugar en el que se traten ciertos temas, conocimientos, situaciones, sino que también deben de abordar temas que mejoren el bienestar social de las personas.

Para concluir nuestra investigación, consideramos que el no tratamiento de esta necesidad genera frustración y problemas a los usuarios. Consideramos oportuno motivar a los centros que trabajan con personas con discapacidad intelectual para que se implante un programa en el que se trabaje el ámbito afectivo-sexual, el cual contribuirá a la satisfacción de sus necesidades dentro de este ámbito mejorando su calidad de vida. Por tanto, de esta manera se puede contribuir a la normalización y naturalización del tema, produciendo paulatinamente un acercamiento del tema a la sociedad, que elimine prejuicios y estereotipos.

## 7. Bibliografía

- American Psychiatric Association. (2013). *“Guía de consultas de los criterios diagnósticos del DSM-V”*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing
- Arcila, A. (2003). *“Educación para la salud sexual”*. Manizales, Colombia: Editorial Universidad de Caldas.
- Asociación Americana sobre Retraso Mental. (2004). *“Retraso Mental: Definición, clasificación, y sistemas de apoyo”* Madrid: Alianza Editorial.
- Barranco, C. (2000). *“La intervención en Trabajo Social desde la calidad integrada”*. Recuperado el 4 de marzo de 2015. [http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/5592/1/ALT\\_12\\_05.pdf](http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/5592/1/ALT_12_05.pdf).
- Campo, M.I. (2003). *“Aspectos de las relaciones afectivas y sexuales en personas con discapacidad intelectual. Información Psicológica”*.
- Cerviño, M<sup>a</sup> J. Hernández, G. et al (2007). *“El amor y la sexualidad en la educación”* Capítulo: la sexualidad en tu práctica educativa. Páginas: 110-112. Madrid: Instituto de la Mujer. Ministerio de Sanidad y Servicios Sociales e Igualdad. Madrid.
- Comisión interprovincial, orden hospitalaria de San Juan de Dios. (2007). *“Personas con discapacidad intelectual: Manual de educación afectivo-sexual”* Madrid: Fundación Juan Ciudad.
- Corbetta, P. (2003). *“Metodología y técnicas de investigación social”*. Madrid: Mc Graw Hill
- Chivers, J. y Mathieson, S. (2000). *“Training in sexuality and relationships: an Australian model. Sexuality and Disability”*.
- De Robertis, C. (2003). *“Fundamentos del Trabajo Social: ética y metodología”*. Valencia: publicaciones digitales, S.A.



- Esplen, E. (2007) “*Género y sexualidad: colección de recursos de apoyo*”. Recuperado el 03 de marzo de 2015, de [http://www.bridge.ids.ac.uk/sites/bridge.ids.ac.uk/files/reports/Sexuality\\_SRC\\_S\\_P\\_Final.pdf](http://www.bridge.ids.ac.uk/sites/bridge.ids.ac.uk/files/reports/Sexuality_SRC_S_P_Final.pdf)
- FEAPS (2001). "Atención de Día. Manuales de Buenas Prácticas." Madrid: FEAPS.
- Galea, J., Butler, J., e Iacono, T. (2004). "The assessment of sexual knowledge in people with intellectual disability. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*".
- García, J. L. (2001). "Educación sexual y afectiva en la pubertad y adolescencia de los chicos y chicas con síndrome de Down". Presentado en VI Convención Nacional. II Encuentro Nacional de Familias. FEISD. Santiago de Compostela, 6-8 de diciembre de 2001. Consultado en [www.sindromedown.net](http://www.sindromedown.net) Fecha de acceso: 19 de Febrero de 2015
- García, J.L. (2000). "Educación Sexual y afectiva en personas con minusvalía psíquica: una propuesta de intervención". Madrid : FEAPS
- Gómez, Z. (1993) “La educación Afectivo-sexual a partir de hoy” I Encuentro Internacional de Educación Afectivo- Sexual y calidad de vida. Consejería de Educación, Cultura y Deporte. Dirección General de ordenación e innovación educativa del Gobierno de Canarias.
- González, R. Gonzalo. S. (2014) "Sexualidad y discapacidad psíquica". Madrid: Editorial Síntesis , S. A
- Kisnerman, N. (1981) “Introducción al Trabajo Social”. Buenos Aires:EditorialHvmanitas.
- Löfgren-Marteson, L. (2004). "May I? About sexuality and love in the new generation with intellectual disabilities. *Sexuality and Disability*".
- López, F. "Sexualidad en la vejez" Madrid : Pirámide, D.L. 2005

- López, F. (2002). *"Sexo y afecto en personas con discapacidad"*. Madrid: Editorial Biblioteca Nueva S.L
- López, F. (2005). *"La educación sexual"*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- López, N. (2003). *"Curso de Educación Afectivo-sexual"*. A Coruña: NetBiblio S.L.
- Malón, A. (2009). *"Sexualidad. Planteamientos y claves para la intervención profesional en el ámbito de la discapacidad"*. Capítulo III. CADIS Huesca.
- Martínez, M. (2005). *"Modelos teóricos del Trabajo Social"*. Murcia: Librero-Editor.
- McCabe, M.P. (1999). *"Sexual knowledge, experience and feelings among people with disability. Sexuality and Disability"*.
- Miranda, M. (2013). *"Aportaciones al Trabajo Social"*. Zaragoza: Prensas de la Universidad de Zaragoza.
- Morentin, R; Arias, B; Rodríguez, J.M.; Aguado, A; Siglo Cero. *"Revista Española sobre Discapacidad Intelectual"*. Vol. 37 (1). Núm. 217. 2006. Pág. 41 a pág. 58. Consultado en: [http://www.google.es/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0C CYQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.feaps.org%2Farchivo%2Fcentro-documental%2Fdoc\\_download%2F235-.html&ei=GeHgVOzjGcH2UO6PgJAH&usg=AFQjCNFw7bVQBAyachMxZC omanG8QJC6rg&sig2=94bHzVK013NsOj-vHWSLXg](http://www.google.es/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0C CYQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.feaps.org%2Farchivo%2Fcentro-documental%2Fdoc_download%2F235-.html&ei=GeHgVOzjGcH2UO6PgJAH&usg=AFQjCNFw7bVQBAyachMxZC omanG8QJC6rg&sig2=94bHzVK013NsOj-vHWSLXg) Fecha de acceso: 26 de Febrero de 2015
- OMS (1997) *"Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías"*. Inmerso. Madrid.
- Padrón, M., Fernández, L., Infante, A., París, A. (2009). *"Libro Blanco sobre Educación Sexual de la provincia de Málaga"*. Málaga: Diputación de Málaga, Área de Juventud y Deporte. Recuperado el 10 de marzo de 2015, de <http://www.institutodesexologia.org/LibroBlancoEducacionSexual.pdf>

- Plunkett, S.W., Longmore, S., Neal, R. A., & Sánchez, M. G. (2002). "*An evaluation of a community-based sexuality education program for individuals with developmental disabilities. Electronic Journal of Human Sexuality*". 5 (23).
- Saavedra, R; Castro, L.; Restrepo, O.; Rojas, A. (2001). "*Planificación del Desarrollo*". Colección Estudios de Economía.
- Trigueros, I., Mondragón, J., Serrano, M. (2001). "*Trabajador social: temario para la preparación de oposiciones*". Sevilla: Editorial Mad, S.L.
- Verdugo, M.A. (1999). "*Avances conceptuales y del futuro inmediato: Revisión de la definición de 1992 de la AAMR*". Siglo Cero.

## 8. Anexos

### 8.1 Ficha de las entrevistas (Anexo 1)

FICHA DE LA ENTREVISTA N°:	
DATOS DE LA ENTREVISTA	
DÍA:	HORA
LUGAR:	DURACIÓN:
TÉCNICA DE REGISTRO:	
DATOS DEL INFORMANTE	
NOMBRE:	EDAD:
CARGO:	
DATOS DE LA INSTITUCIÓN	
NOMBRE DEL CENTRO:	DIRECCIÓN:
TELÉFONO/FAX:	E-MAIL:
TITULARIDAD:	POBLACIÓN ATENDIDA:
ATENCIÓN OFRECIDA:	
OBSERVACIONES GENERALES	

## 8.2 Guión de la Entrevista (Anexo 2)

1. ¿Qué entienden los usuarios por sexualidad?
2. ¿Cuáles son las dudas de los usuarios sobre esta temática?
3. ¿En qué dudas hacen más hincapié?
4. ¿Consideráis que es importante realizar un trabajo afectivo- sexual con los usuarios?  
¿Las familias también lo creen importante?
5. ¿Desde el centro se trabajan los aspectos afectivo- sexuales?  
5.1 ¿De qué manera?
6. ¿Se desarrolla algún programa o taller en el que se trabaje el ámbito afectivo-sexual?  
6.1 ¿En qué consiste el programa?  
6.2 ¿Cómo se desarrollan las sesiones?  
6.3 ¿Quién es el responsable de impartir el programa?  
6.4 ¿El programa está dirigido a todos los usuarios? (Si la respuesta es no, indicar el perfil del usuario )  
6.5 ¿Cuáles son los perfiles de los usuarios según el programa?  
6.6 ¿Consideráis que el desarrollo de estos programas es beneficioso para el bienestar de los usuarios?
7. ¿Creéis que las familias apoyan o demandan este tipo de programas?
8. ¿Cómo evaluáis la efectividad de estos programas?

9. ¿Realizaríais alguna propuesta de mejora del programa?
10. Si el centro NO realiza ningún programa sobre esta temática; ¿Cuál es el motivo por el que no se desarrolla algún programa de este tipo?
11. ¿Consideráis la posibilidad de implementar algún programa afectivo-sexual dentro de la programación del centro?
12. ¿Creéis que un programa de este tipo mejoraría la calidad de vida de los usuarios?
13. ¿Las familias apoyarían este tipo de programa?
14. ¿Los usuarios tienen la necesidad de un programa afectivo-sexual?
15. ¿Desde qué área profesional se impulsaría este tipo de programa?
16. ¿Conocéis programas afectivo-sexuales que se desarrollen en otros centros de discapacidad intelectual?
17. ¿Cuál sería el perfil más idóneo de usuarios para trabajar el ámbito afectivo-sexual?
18. ¿Creéis que el tema afectivo-sexual en la discapacidad intelectual, está normalizado, o existen miedos a la hora de abordar este tipo de programas?
19. ¿Qué profesional se encarga de resolver las dudas que los afectados plantean sobre esta temática?

### 8.3 Cuadro de Categorías (Anexo 3 )

<b>Opinión Sexualidad discapacidad</b>	Concepto	
	Dudas	
	Importancia	
	Beneficios	
	Homosexualidad	
	Demandas	
	Qué abarca la educación sexual	
<b>Si/no programas</b>		
<b>Metodología</b>		
<b>Perfil usuario</b>		
<b>Modelo teórico</b>	Fases	
	Profesionales	
	Evaluación	
<b>Pros</b>	Familias	
	Usuarios	
	Profesionales	
<b>Contra</b>	Familias	
	Usuarios	
	Profesionales	
<b>Propuestas de mejoras</b>		