
SEXUALIDAD

ESCUELA DE PADRES
ASTRADE. Febrero 2012.



DOCUMENTO EXTRAÍDO DE:

Mesa de Desarrollo Afectivo-Sexual

OLAZ AIZPURO LESAKA (GAUTENA, San Sebastián)

ISABEL PEREZ SALCEDO (CEPRI, Madrid)

TERESA GARCIA (Nuevo Horizonte, Madrid)

FRANCISCA GARCIA ALONSO (CEPRI, Madrid)

M^o PAZ SANTAYA PECIÑA (Nuevo Horizonte, Madrid)

Página Web de FEVAS (miembro de FEAPS).

INDICE

Desarrollo normal y autismo.....	3
La sexualidad y afectividad durante los seis primeros años de vida.....	3
La sexualidad y afectividad de seis a diez-doce años.....	4
La sexualidad y afectividad de 12 a 16 años.	5
Conducta sexual de personas jóvenes y adultas con Autismo.....	6
Conducta sexual en personas con Autismo según su necesidad de apoyo.....	7
Mayor necesidad de apoyo.....	7
Necesidad de apoyo intermedia.	7
Menor necesidad de apoyo.....	8
Metodología para potenciar el desarrollo afectivo.....	9
Normas básicas para potenciar el desarrollo afectivo de las personas con autismo	10
Manifiesto de personas con discapacidad acerca de su sexualidad	11
MEDICACIÓN Y SEXUALIDAD	14
ASPECTOS LEGALES Y SEXUALIDAD.....	18
BIBLIOGRAFÍA	21

SEXUALIDAD Y AFECTIVIDAD A LO LARGO DEL TIEMPO.-

Desarrollo normal y autismo.

La sexualidad y afectividad durante los seis primeros años de vida.

Desde el nacimiento, los niños y las niñas están suficientemente desarrollados, desde el punto de vista fisiológico, para reaccionar de forma sensible ante el contacto táctil y tienen capacidad para sentir placer.

Desde el punto de vista psicosocial, ya desde el nacimiento, el grupo social le asigna identidad sexual y rol de género.

Para el desarrollo de la sexualidad durante los primeros años de vida son muy importantes las relaciones que mantienen con las personas que les cuidan, especialmente con las que se vinculan afectivamente (figuras de apego).

En los primeros meses de vida las relaciones que se producen entre los bebés y las figuras de crianza implican una participación emocional compartida, que en el último trimestre (9-12 meses) se traduce en una coordinación de la relación bebé-persona y bebé-objeto, en las relaciones triádicas bebé-objeto-persona, compartiendo experiencias, mostrando, señalando, imitando,...

Los bebés desde muy pronto manifiestan preferencias por estímulos sociales (rostro, voz, temperatura, tacto, etc.) y tienen una necesidad primaria de establecer vínculos afectivos con algunas personas adultas.

Los vínculos afectivos mediatizan la sexualidad a lo largo de toda la vida.

Durante los dos primeros años de vida, el vínculo afectivo con el padre o la madre o quién haga sus veces, tiene una importancia central en la vida sexual y afectiva del niño y la niña.

El apego implica sentimientos (seguridad, bienestar cuando están juntos, angustia ante la separación,...) y conductas (búsqueda de proximidad y contacto sensorial, abrazos,...).

Para la formación, el mantenimiento y el desarrollo de ese vínculo son muy importantes algunos aspectos que están intrínsecamente relacionados con la sexualidad, como son el contacto íntimo (proximidad y contacto piel a piel), desformalizado y frecuente (los niños/as necesitan una total dedicación).

La relación que se mantiene en ese período es muy difícil posteriormente de suplantar ya que cuando los niños son mayores, la comunicación es más formal, las relaciones más independientes y no suele haber contacto corporal.

Entre los dos y seis años también se desarrolla la adquisición de la identidad sexual, es decir la toma de conciencia de ser hombre o mujer.

Simultáneamente, nos encontramos con el concepto de rol de género, que es el papel que cada uno interpreta según el papel asignado en nuestra sociedad a la mujer y al hombre.

¿Qué pasa en este período con los niños y niñas con Trastornos Generalizados del Desarrollo?

Si bien, no hay un patrón fijo, y puede haber gran diversidad en las manifestaciones (incluso muchas familias nos hablan de normalidad en su desarrollo en esos primeros momentos) muy frecuentemente, aunque fisiológicamente están bien desarrollados, en los primeros meses de vida no se da una participación emocional compartida con las figuras de crianza, y en general, en el último trimestre del primer año, no se observan relaciones triádicas que indiquen actitudes de empatía o de compartir experiencias con los cuidadores.

En muchos casos no se percibe tan claramente como en otros bebés, esa preferencia por estímulos sociales ni esa necesidad primaria de establecer vínculos afectivos.

En muchas ocasiones es difícil para los padres encontrar esa sintonía que te hace saber cómo calmar al bebé que llora, o cómo conseguir que se tranquilice si está inquieto. Algunos bebés son excesivamente tranquilos y no parecen necesitar nada. Otros pueden rechazar el contacto físico, o evitar la mirada, o llorar sin consuelo ante situaciones estimulares determinadas.

En los niños y niñas con Autismo este primer período en el que se forman y desarrollan los vínculos con las personas de apego, se alarga en el tiempo y en muchos casos es idiosincrático.

A veces el patrón de atención y conducta hacia las personas familiares no está ausente, sino que es extraño. El apego en algunos niños se manifiesta de forma peculiar, por ejemplo reconociendo a su madre por el olfato.

Asimismo, en general, no son conscientes de pertenecer a un grupo sexual, ni del rol que desempeñan.

La sexualidad y afectividad de seis a diez-doce años.

Los niños y las niñas en este período tienen grandes capacidades instrumentales para relacionarse con el entorno físico y social.

Desde el punto de vista social, han interiorizado numerosas normas sociales y morales, logrando un aceptable control de sus conductas que les hace más independientes de la familia y les abre camino hacia las primeras amistades relativamente estables.

Desde el punto de vista sexual, la sociedad, a través de los agentes de socialización, continúa asignando a los niños y niñas una identidad y un rol determinado y modela su conducta sexual.

Por su parte, los niños/as aumentan su interés por las cuestiones sexuales, participan en juegos mediante los que exploran su propio cuerpo y el de sus iguales. Hay que tener en cuenta que los niños que están manteniendo juegos sexuales, no están manteniendo una

relación sexual adulta, sino que están explorando y jugando, y este juego les resulta placentero.

También en este período interiorizan elementos de la moral sexual adulta, siguiendo los modelos reales de las personas con que conviven (los padres especialmente) y los modelos simbólicos (TV, libros, etc...).

El crecimiento biofisiológico, especialmente hasta los 9-10 años, es normalmente lento. Es ya al final del período cuando se inician los primeros signos de la pubertad, especialmente en las niñas (crecimiento de los pechos, pelo púbico, menstruación,...).

En el caso de las niñas/os con Autismo, este período está marcado por un crecimiento biofisiológico normal y un desarrollo psicosocial divergente con el de la población normal.

No comprenden las normas sociales y todavía son bastante dependientes para controlar su conducta.

No suelen ser conscientes de pertenecer a un grupo sexual ni del rol que desempeñan.

Es frecuente que en estas edades, como continuidad y progreso de las anteriores, surjan conductas de apego, como la búsqueda de proximidad y contacto físico, el malestar ante la separación de los padres, la tranquilidad cuando se está con ellos, la respuesta ante los juegos interactivos,...

En cuanto a las manifestaciones de tipo sexual, frecuentemente tienen conductas exploratorias de su cuerpo o de otros, que habitualmente son los adultos que están a su cuidado.

Respecto a las emociones, tanto en este período como en los demás, no es que carezcan de ellas: tienen fuertes sentimientos de alegría, infelicidad, rabia,... El problema está en que, a causa de su carencia de habilidades sociales, no saben controlar esos sentimientos de forma socialmente aceptable.

Según los estudios de Newson y colaboradores (1984), la mayoría de las personas con Autismo, se hacen cada vez más capaces de aprender aspectos sociales, empiezan a sentirse gratificados por el contacto social, y a obtener placer de la expresión de sus afectos y de la aprobación social de las personas a las que más conocen. A pesar de todo los problemas de empatía social se mantienen.

La sexualidad y afectividad de 12 a 16 años.

En este período lo fundamental va a ser el cambio corporal. Los cambios biofisiológicos convertirán el cuerpo del niño/a en el de hombre o mujer. Paralelamente a los cambios físicos que harán que el adolescente aumente su tamaño corporal y su fuerza, aparecen los cambios psíquicos que le impelen a tener mayor autonomía y un deseo de independencia.

En este período se reafirma la identidad sexual y el cambio a nivel hormonal provoca el deseo sexual con particular intensidad, y un gran interés por el sexo contrario.

Durante la pubertad son frecuentes las fases homosexuales que normalmente no se convierten en una conducta sexual permanente.

Asimismo se acrecienta la frecuencia de la masturbación.

En las personas con Autismo, los cambios físicos de la pubertad siguen los patrones normales, pero los cambios psicológicos, que implica la madurez sexual, varían según el individuo.

Es frecuente que también se hagan notar los deseos de independencia, de tal manera que incluso los que eran pasivos a nivel social, se conviertan en difíciles de tratar.

Los más aislados socialmente, no suelen desarrollar un interés sexual por los demás, y permanecen bastante inocentes al respecto.

Los que tienen buena capacidad cognitiva, pueden darse cuenta de que sus iguales sostienen relaciones con el sexo opuesto y pueden desear seguir el modelo, pero su conducta social atípica hace que el desarrollo de los patrones sexuales sea muy difícil.

Y llegados a este punto, yo me pregunto y os pregunto a vosotros:

Nos encontramos con un niño/a casi adolescente, con el que hemos compartido experiencias sociales que por fin, después de mucho esfuerzo, están llegando a hacer mella en él y es ahora cuando le gusta que le toquen, le quieran, jueguen con él,...

Pero este mismo chico/a ha crecido mucho y se ha desarrollado físicamente a la perfección,... y además es totalmente ingenuo y no sabe gran cosa de normas sociales, por lo que si le pica... se rasca, si se excita... se toca, si le llama la atención el cuerpo de su madre... intenta explorarlo.

Conducta sexual de personas jóvenes y adultas con Autismo.

Para hablar de esta etapa vamos a referirnos a una encuesta que realizaron Haracopos y Pendersen en 1992, en la que estudiaron a 81 personas con Autismo (57 hombres y 24 mujeres) con edades comprendidas entre 16 y 40 años.

Los datos más relevantes de la misma son los siguientes:

- La conducta sexual es una conducta común entre personas con Autismo (De hecho el 74% demostraban signos definidos de conducta sexual).
- Las personas con Autismo, satisfacen sus necesidades sexuales a través de la masturbación con mayor frecuencia que a través del contacto sexual con otros. No obstante, muchas de estas personas muestran fuerte interés y deseo por establecer contactos íntimos con otras personas.
- Dadas las dificultades de comprender y percibir las normas sociales y de relación, es bastante frecuente que la expresión de la conducta sexual sea inadecuada en las personas con Autismo (masturbarse en público, mostrarse interesados por personas que no están interesadas en responder a sus iniciativas sexuales: padres, miembros del equipo, extraños, niños más jóvenes, etc...)

- Las personas con Autismo frecuentemente necesitan usar objetos particulares o estímulos visuales para excitarse sexualmente, dada su carencia de habilidad para imaginar situaciones sexualmente excitantes.
- Las personas con Autismo tienen dificultades para establecer una relación sexual recíproca e íntima.

En ésta muestra, de todos los que expresaron deseos de tener un novio/a, solamente una mujer tuvo una relación íntima sin juego sexual y otra tuvo una experiencia sexual en la que un adolescente normal la utilizó para satisfacer sus necesidades sexuales.

De los 32 restantes que dirigían sus conductas sexuales hacia otros, ninguno era capaz de establecer una relación, lo que motivaba problemas de conductas agresivas y autodestructivos cuando la otra persona no responde positivamente a la conducta sexual de la persona Autista.

Conducta sexual en personas con Autismo según su necesidad de apoyo.

(Haracopos y Pedersen.1992)

Mayor necesidad de apoyo.

En este grupo estarían las personas con una edad evolutiva de desarrollo entre 1,5 años y 4 años, no verbales o muy limitados.

Las características encontradas son:

1. La masturbación como conducta sexual más común.
2. Frecuentemente se masturban en público sin preocuparse de la reacción de los demás.
3. La mayoría de ellos utilizan objetos específicos (botas de goma, pañal, etc...) o estímulo visual, para alcanzar un placer sexual, sin llegar al orgasmo.
4. Algunos necesitan un objeto particular para masturbarse (radiador, mesa, cubierto, etc...) que puede ser dañino.
5. Algunos hacen uso de partes del cuerpo de otras personas (pelo, pié, etc...) sin distinguir entre sexos o la relación que tienen con esa persona (pueden ser familiares o personas extrañas).

Esta conducta, en muchos aspectos, es comparable con la de los niños normales de 3 a 5 años de edad. Los niños a esa edad suelen tocar sus genitales en público, no distinguir las diferencias de sexo en su juego sexual y utilizar a sus padres como objetos sexuales.

Necesidad de apoyo intermedia.

En este grupo estarían aquellas personas con Autismo que poseen un nivel verbal aceptable y cuya edad evolutiva está entre los 4 y los 5 años.

Las tendencias que presentan son:

1. La frecuencia de masturbación es menor, y la mayoría de los que lo hacen llegan al orgasmo.
2. Algunos se masturban en público y otros no.
3. Son pocos los que usan un objeto específico para masturbarse.
4. Son más selectivos a la hora de dirigir su conducta sexual hacia otros.

Estas conductas sexuales pueden compararse a las de los niños de edad preescolar. En estas edades es común que empiecen a jugar a médicos y a los papás y las mamás, incluyendo ya juegos de roles sexuales.

Menor necesidad de apoyo.

Se incluye en este grupo a los que poseen lenguaje oral y una edad de desarrollo de 5 años y 4 meses en adelante.

Manifiestan las siguientes tendencias:

1. Suele masturbarse en privado.
2. Su conducta sexual hacia otros, se limita a una persona en particular que suele ser del sexo opuesto.
3. Es común el deseo de encontrar novio/a.
4. Los más adultos, gradualmente pierden el interés en masturbarse.

Esto puede ser comparable con los jóvenes que desean tener una relación íntima con una persona del sexo opuesto, pero no son capaces de establecer y llevar a cabo una relación sexual e íntima.

Metodología para potenciar el desarrollo afectivo.

El aprendizaje en edades tempranas en general, y el que se da a lo largo de toda la vida en personas con Autismo, constituye, ante todo, un núcleo de interacciones entre el educador y el niño o joven. Estas interacciones lógicamente no son neutras, ni inciden únicamente en la utilización de unas técnicas.

Las interacciones están humanizadas lógicamente y penetradas de afectividad. Y ningún educador puede evitar su condición humana en aquello que realiza.

Por eso es importante analizar qué tipo de estrategias se emplean en esas interacciones; el feedback (expresivo, social, afirmador, correctivo, etc...) que se les da; la manera en que se corrigen sus respuestas; las adaptaciones comunicativas que se utilizan; el apoyo emocional (aprobación, desaprobación, controlador, indiferente) que se ofrece, etc... Es decir el estilo educativo por el que se opta a la hora de interactuar con el niño o joven. Todo esto es igualmente esencial en las interacciones con las figuras familiares más representativas.

Los que conocemos a las personas con Autismo sabemos las dificultades que tienen para dar y recibir afecto, pero eso no implica que no lo necesiten.

Los educadores y los padres de estas personas, que, en principio, no tenemos dificultades afectivas, debemos reflexionar sobre ello y hacer un esfuerzo para proporcionarles los apoyos necesarios, que les aseguren esa fuente de seguridad afectiva que les hará crecer como personas.

¿Cómo hacer esto?

Nos encontramos con un bebé, niño o joven que no tiene iniciativas para entablar una relación social. Sabemos que es básico para su desarrollo global el tener esas interacciones.

No nos sentemos a esperar. Pongámonos manos a la obra. En un principio todo el esfuerzo, probablemente, va a ser nuestro. Tenemos que estar preparados para seguir con nuestro objetivo aunque no nos respondan de manera gratificante.

No lo vamos a hacer de forma intrusiva. Vamos a observar las cosas que le gustan, lo que le tranquiliza, los mejores momentos para la interacción, etc... Y, partiendo de esas observaciones, vamos a facilitar a lo largo del día, esas situaciones de relación, que acabarán siendo gratificantes para las dos partes. Si somos sistemáticos y positivos en la relación y unimos la calidez afectiva a las técnicas, acabarán pidiendo esas interacciones y disfrutando con ellas.

Todo va a ir unido a la capacidad comunicativa, de manera que, cuanto antes empecemos a favorecer su comprensión y expresión de necesidades, intereses y emociones, más tranquilo se encontrará y con mayor estabilidad emocional.

No entienden las expresiones emocionales,...

Seamos expresivos, exageremos las expresiones emocionales, busquemos medios para que nos hagan ver cómo están (fotos, signos, símbolos,...), pongamos nombre a sus emociones, y ayudemos que se controlen, utilicemos el contagio emocional,...

Aquí quiero mencionar la conveniencia de incluir, en el currículo de las personas con Autismo, el aprendizaje de habilidades Cognitivo-Sociales y Socio-emocionales.

No comprenden las normas sociales...

Pongamos normas claras y asegurémonos de que las comprenden; démosles la oportunidad de que las practiquen en situaciones naturales.

Aunque no estemos seguros de que las comprenden, lo que sí es seguro es que muchas normas las pueden aprender; incluso les puede tranquilizar el uso de reglas fijas.

El tema, es que la vida social implica cambios constantes, por lo que necesitan que estemos cerca para que les recordemos las normas, para corregirles si no las cumplen y para explicar a las demás personas las posibles situaciones comprometidas que puedan darse.

A modo de resumen os proporcionamos un decálogo de normas básicas que potenciarán el desarrollo afectivo de las personas con Autismo.

Normas básicas para potenciar el desarrollo afectivo de las personas con autismo

- COMPARTAMOS LAS EXPERIENCIAS SOCIALES.
- ENSEÑEMOS HABILIDADES COGNITIVO SOCIALES Y SOCIO-EMOCIONALES.
- NO AISLEMOS, NO LIMITEMOS SUS OPORTUNIDADES DE RELACION AL NUCLEO FAMILIAR.
- PROMOVAMOS SU CAPACIDAD PARA ESTABLECER RELACIONES EN GENERAL.
- ENSEÑEMOS LAS NORMAS SOCIALES EN ENTORNOS NATURALES DE APRENDIZAJE.
- RESPETEMOS SU DESARROLLO EVOLUTIVO-AFECTIVO.
- RESPETEMOS Y ENTENDAMOS SUS MANIFESTACIONES SEXUALES.
- PREPAREMOS EL CAMINO: ENSEÑEMOS TAMBIÉN A LAS DEMÁS PERSONAS A ACEPTAR LAS PECULIARIDADES DE LAS PERSONAS CON AUTISMO.
- ENSEÑEMOS CON EFECTIVIDAD Y AFECTIVIDAD.

Manifiesto de personas con discapacidad acerca de su sexualidad

LA SEXUALIDAD NO ES SOLO EL BESO NI DECIR TE QUIERO, TAMBIÉN ES OTRAS COSAS, COMO EL AFECTO, EL CARIÑO, EL ENTENDIMIENTO Y LA COMUNICACIÓN CON LAS PERSONAS, LA PAREJA O LA FAMILIA. Sexualidad también son las caricias y el respeto, o cuando un hombre y una mujer se aman y si quieren, tienen un hijo o pueden no tenerlo.

LA SEXUALIDAD ES IMPORTANTE Y NECESARIA. Necesitamos vivir la sexualidad, vivir el momento, pero nos meten miedo en el cuerpo. La sexualidad es necesaria en la vida y en toda persona humana.

EN SEXUALIDAD SOMOS PERSONAS, IGUAL QUE OTRAS PERSONAS. Es importante hablar de este tema porque la sociedad piensa que no sentimos nada y está muy equivocada. No tener pareja no quiere decir que no tengamos sexualidad. Las personas normales deberían saber cómo somos, que somos como ellos en el tema de la sexualidad. Queremos que nos entiendan y hacer lo que nos da la gana dentro de un orden.

TENEMOS DERECHO A LA SEXUALIDAD como cualquier persona normal y corriente. Tenemos el mismo derecho, por eso somos personas, somos distintos, pero con derechos y sentimientos por igual.

QUEREMOS SEXUALIDAD PARA TODOS POR IGUAL. Queremos tener las mismas oportunidades de tener una relación sexual como las personas normales. Yo si hago el amor, no hago daño a nadie.

LA SEXUALIDAD NO SE PASA CON LA EDAD. La gente cree que porque eres mayor ya no quieres practicar sexo y no es verdad. Las personas pueden ser muy activas sexualmente también cuando son mayores.

PEDIMOS QUE LA GENTE CAMBIE EL CHIP. Les pedimos que nos miren de otra forma diferente, **QUE NOS MIREN COMO PERSONAS ADULTAS.** Tanto nosotros como ellos tenemos sentimientos. Para algunos de nosotros, la edad de la infancia ya se pasó hace muchos años y también la de la adolescencia, ya tenemos una edad, algunos somos de mediana y avanzada edad. Ya no tiene sentido que nos tomen por niños.

LA SEXUALIDAD ES UN TEMA TABÚ. NOS GUSTARÍA QUE SE PUDIERA HABLAR DE ESTE TEMA DE MANERA NATURAL.

En casa es un tema que no se habla y a la mayoría nos da vergüenza. Pocas hablan con sus madres. Es un tema tabú lo mismo que la masturbación. A veces te mandan a la cama cuando hay sexo en la TV. Eso nos hace sentirnos mal. Las familias tienen miedo. A veces se mandan mensajes de que el sexo es malo por el bien de los padres, para no tener miedo ni preocupaciones. Esperan que alguien explique a sus hijos estos temas. Evitan el tema en general. En este tema es lo mismo tener o no discapacidad intelectual, pero las familias no lo ven así, no lo entienden. Nuestras familias piensan de distinta manera que nosotros porque son de otra época y creen que es todo como antes. Nos enteramos de cosas porque vemos porno y la TDT.

En la **asociación** no se hablan temas de sexualidad. No se habla de este tema en casa ni en el centro. Los monitores nunca hablan de sexualidad con nosotros. Sólo lo hablamos entre nosotros.

TENEMOS DERECHO A LA EDUCACIÓN SEXUAL. QUEREMOS ESTAR MÁS INFORMADOS SOBRE EL TEMA DE SEXUALIDAD. No todas las personas estamos bien informadas y es importante estar informados. En la TV nos parece que exageran las cosas y sacan el lado malo. No ayuda nada, nos confunden. No puede ser real lo que se ve. Pedimos charlas para saber más de este tema. Hay mucha información sobre sexo y anticonceptivos pero sigue pasando lo mismo que hace 20 años ¿qué pasa?

CON INFORMACIÓN TE PUEDES PROTEGER:

Hay que tener información sobre las enfermedades que puedes coger.

Hay que tener información para no dejar embarazadas o no quedarse embarazada sin desearlo.

Nos gustaría que nos dieran pistas para prevenir abusos y violaciones.

EN TEMAS DE SEXUALIDAD SE DISCRIMINA A LAS MUJERES. Las madres tienen miedo de que sus hijas se queden embarazadas y no les dejan disfrutar de la sexualidad. Pero si fuera por las hijas, disfrutarían a tope. Siempre nos han dicho que “hay que tener cuidado con los chicos, porque hay chicos que.....”. Piensan que por salir con un chico se pueden aprovechar de nosotras. A los chicos no nos dicen que las chicas se van a aprovechar de nosotros.

ES IMPORTANTE ESTAR PREPARADO PARA TRATAR TEMAS DE SEXUALIDAD. A veces es difícil enfrentarse a mantener relaciones sexuales. Hay miedos por mala información. Es bueno hacer el sexo pero a algunos, nos da vergüenza.

NO TENEMOS INTIMIDAD. NO TENEMOS ESPACIOS ÍNTIMOS PARA TENER RELACIONES SEXUALES. ¿Por qué nos tienen que vigilar en los pisos si tenemos relaciones sexuales? Nos venden que tenemos derecho a la sexualidad pero después nos dicen: “no lo hagas”, salvo que vivas por tu cuenta. No es verdad que tengamos derecho, nos dicen: en casa no, en la calle no, en el trabajo no, ¿dónde? No tenemos intimidad ni sitios para estar con la pareja (el que la tenga). No se deja practicar sexo.

En sexualidad es importante **RESPETAR Y QUE TE RESPETEN.** Hay que dar placer compartido. Tener mucho cariño. Ayudarse mutuamente. No puedes ir y decir “vamos a tener sexo” si uno de los dos no quiere. Hay que respetar tanto a la mujer como al hombre, es cosa de dos. No vale “aquí te pillo, aquí te mato”. No hay prisa, hay que ir despacio. No se puede agobiar a la otra persona. No se le puede obligar. Es muy importante conocerse. Hay que respetar al otro y respetarse a uno mismo. Es importante tener pareja, llevarse bien y estar de acuerdo los dos para tener relaciones sexuales. Los hombres nos tienen que respetar cuando las mujeres no queremos tener relaciones sexuales. Hay que saber decir “no” cuando no se quiere una cosa. No va a ser todo que sí aunque la se gente se enfade.

EL SEXO HAY QUE PRACTICARLO CON PROTECCIÓN, tanto para el hombre como para la mujer. Te puedes proteger con medios anticonceptivos como los preservativos o la píldora. Nos parece importante usar métodos anticonceptivos porque si te quedas embarazada y tienes un bebé con discapacidad intelectual ¿qué haces? Tenemos que ir al médico para que nos receten anticonceptivos si no queremos quedarnos embarazadas.

TENEMOS DERECHO A TENER UNA PAREJA y a andar por la calle con ella sin que se nos mire como a los murciélagos. ¿Por qué nos miran cuando vamos en pareja? Cuando se tiene pareja nos parece muy importante la intimidad, el diálogo, llevarse bien, el cariño y el respeto hacia el otro y hacia uno mismo. No hemos tenido experiencias buenas con los chicos, lo hemos pasado mal porque siempre hemos estado en grupos de chicas y no sabíamos cómo actuar con los chicos.

LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL QUE QUIERAN CASARSE TIENE QUE TENER LOS MISMOS DERECHOS QUE LAS PERSONAS SIN DISCAPACIDAD. Reconocemos que necesitamos apoyos.

EL ABUSO SEXUAL ES FORZAR A UNA PERSONA A HACER LO QUE TU QUIERES. Estas conductas se suelen dar. Se podrían evitar con más educación sexual. Cada vez se ven más casos de abusos sexuales. ¿Qué hacemos ante una violación? ¿lo contamos o no? Siempre hay que contarlo y buscar a alguien que te dé seguridad y te ayude. Nos parece horrible que hay todos los días casos de malos tratos. No es bueno que salga tanto en la TV.

HAY QUE RESPETAR LA HOMOSEXUALIDAD. Todos tenemos derecho a ser tratados de igual forma en el plano de la sexualidad. ¿Por qué existen problemas en las familias cuando un hijo es gay? Algunos no tenemos amigos que sean gays, pero creemos que cada uno tiene derecho a vivir su vida y hay que respetarle. Nos comportaríamos igual que con el resto de amigos, no molestan a nadie y “de lo suyo gustan”. Mucha gente no admite que se quieran 2 hombres o 2 mujeres. Respetamos a los homosexuales y a las lesbianas. Tienen que luchar por sus derechos lo mismo que las parejas de hombres y mujeres. Son gustos diferentes a la hora de elegir. Por ejemplo a unos les gustan las mandarinas y a otros las naranjas.

TENER UN HIJO ATA A LAS PERSONAS CON Y SIN DISCAPACIDAD INTELECTUAL Y HAY QUE ESTAR PREPARADOS PARA SER PADRES. La mayoría creemos que no estamos preparados para tener hijos y criarlos. Una cosa es tener hijos, que todos podemos, y otra muy distinta criarlos y educarlos. La mujer es la que tiene derecho de elegir si quiere o no tener un hijo. Ella es la que lo sufre. Poder, podemos tener hijos, pero no debemos. También pensamos que si tenemos hijos, necesitamos apoyos para cuidarlos y que no nos los quiten.

MEDICACIÓN Y SEXUALIDAD

En este apartado vamos a hacer mención de aquellos psicofármacos que actualmente están siendo administrados a personas con autismo y TGD y vamos a analizar qué efectos tienen sobre la sexualidad, en el caso de que los tengan.

Los principales grupos de psicofármacos que hemos analizado son los siguientes:

Benzodiacepinas, Neurolépticos, Antiepilépticos, Barbitúricos, Benzamidas, Anfetaminas, Antidepresivos y Litio.

Analizando cada grupo por separado y a su vez cada fármaco, hemos hallado los siguientes resultados:

En general todos estos grupos, denominados psicofármacos, por la incidencia directa que tienen sobre la conducta del sujeto presentan, con respecto a la sexualidad unos efectos secundarios bastante comunes entre ellos.

Todos, en mayor o menor grado producen:

- Irregularidades en el ciclo menstrual de la mujer

y **todos o casi todos** producen:

- Alteraciones en el deseo sexual, ya sea aumentándolo o disminuyéndolo.

Por supuesto todos estos psicofármacos están contraindicados en mujeres embarazadas, unos por que atraviesan con facilidad la barrera placentaria lo que supone un elevado riesgo para el feto y otros por su enorme grado de adicción.

A continuación vamos a describir un poco cada uno de los grandes bloques y destacar aquellos fármacos en particular que presentan claros efectos secundarios sobre la sexualidad.

BENZODIACEPINAS (ansiolíticos menores)

Aunque tienen bastantes indicaciones son considerados como los mejores ansiolíticos.

Casi todas las Benzodiacepinas muestran efectos sobre el aparato genitourinario. Se ha comprobado una disminución de la libido e irregularidades menstruales, retención urinaria, dificultad miccional o incontinencia urinaria. En ocasiones hipotonía vesical.

Las Benzodiacepinas interaccionan negativamente con el alcohol, con los Neurolépticos, con los antidepresivos y con los barbitúricos. Rara vez son letales sus dosis.

Producen adicción y su interrupción brusca provoca un grave cuadro de abstinencia.

De todos los fármacos que componen este grupo sólo los siguientes tienen efectos significativos sobre la sexualidad:

ALPRAZOLAM, cuyo nombre comercial es (Tranquimazin)

BROMAZEPAM cuyo nombre comercial es (Lexatin)

DIACEPAM cuyo nombre comercial es el mismo. Produce un aumento significativo de la hormona testosterona. Galactorrea y Ginecomastia.

CLOBAZAM: (Noiafren)

CLONAZEPAM: (Rivotril)

LORAZEPAM: (Orfidal).

NEUROLÉPTICOS (ansiolíticos mayores)

Conocidos también como antipsicóticos. Presentan las mismas interacciones negativas que las Benzodiazepinas cuando se une con alcohol, con antidepresivo y con barbitúricos.

FENOTIAZINA: CLORPROMACINA.: (Largactil) puede haber alteración en la función sexual del varón para la eyaculación: retrógrada y dolorosa. La libido puede aumentar o disminuir ya que se producen alteraciones en la secreción de hormonas sexuales.

Hay datos de priapismo o erección continuada.

TIORIDAZINA: (Meleril) disminución significativa del pico sérico preovulatorio de LH (en ratas). Puede inducir pseudo-embarazos.

HALOPERIDOL: disminuye la liberación de la hormona del crecimiento y aumenta la liberación de prolactina hipofisaria. Galactorrea.

PERICIAZINA: (Nemactil)

LEVOMEPRMAZINA: (Sinogan)

ANTIÉPILÉPTICOS

Aunque ellos por sí solos no producen efectos negativos sobre la sexualidad, sí es interesante comentarlos ya que suelen interaccionar con los otros fármacos y en esa interacción es posible que induzcan a algunos de los síntomas que hemos descrito por ejemplo en el grupo de los Neurolépticos.

CARBAMAZEPINA: (Tegretol)

ACIDO VALPROICO: (Depakine)

BARBITÚRICOS

Los Barbitúricos han sido reemplazados prácticamente por las Benzodiazepinas. Este grupo presenta graves peligros para el feto ya que son fármacos que atraviesan la barrera placentaria.

No existen casos de especificidad de un fármaco con respecto a la sexualidad. Si bien, algunas dosis elevadas de cualquier barbitúrico pueden producir impotencia en el caso del varón y disminución de la libido en ambos sexos.

FENOBARBITAL: (Luminal) graves efectos dismorfogenéticos si se administra en el primer trimestre del embarazo.

BENZAMIDAS

Al grupo de las Benzamidas le ocurre lo mismo que a los Neurolépticos. Pueden causar una elevación de los niveles séricos de prolactina, lo que da lugar a galactorrea reversible en mujeres, amenorrea (ausencia de menstruación) y ginecomastia en varones. También podrían ser responsables de la aparición de casos de impotencia o frigidez.

BROMOPRIDE:(Valopride)

CLEBOPRIDE: (Cleboril)

DOMPERIDONA:

METOCLOPRAMIDA: (Primperam)

SULPIRIDE: (Guastil)

VERALIPRIDE: (Agregal)

ANFETAMINAS Y AFINES

Aunque en la actualidad no tienen mucho uso psiquiátrico se han utilizado para algunos tratamientos de hipercinesia infantil y autismo con relativo éxito.

Están contraindicadas en mujeres embarazadas.

Sus efectos secundarios están relacionados con la sobreestimulación del SNC. Suele avisarse del peligro que entraña el uso de anfetaminas en trastornos de personalidad.

En el aparato genitourinario el efecto adverso más frecuente es la dificultad para la micción por contracción del esfínter vesical.

FENFLURAMINA: (Ponderal)

DEXFENFLURAMINA: (Dipondal).

ANTIDEPRESIVOS

En general hay tres grupos de antidepresivos en cuanto a química se refiere:

1 – los tricíclicos

2- Los IMAO (Inhibidores de la monoaminoxidasa)

Todos están contraindicados en el embarazo ya que atraviesan la barrera placentaria y pueden dar lugar a anomalías fetales.

Los efectos secundarios sobre el aparato genitourinario son: se dan casos de oliguria, trastornos ocasionales de la micción, disminución de la libido y anorgasmias.

Los fármacos antidepresivos pueden interactuar de manera peligrosa con el alcohol, con neurolépticos, con barbitúricos y con otros antidepresivos.

A continuación citamos aquellos fármacos en los que se han observado efectos secundarios que inciden sobre la sexualidad.

AMITRIPTILINA cuyo nombre comercial es (Tryptizol)

AMOXAPINA: (Demolox)

CLOMIPAMINA: (Anafranil)

DOXEPINA: (Sinequan)

LOFREPAMINA

MIANSERINA

SERTRALINA

TRIMIPAMINA.

LITIO

El litio se ha venido utilizando principalmente en los casos de manía, depresión, estados esquizoides, conductas violentas de carácter inespecífico, desordenes obsesivos compulsivos.

Entre los efectos secundarios figura una fuerte reducción de la potencia sexual así como una disminución de la libido, entre otros.

El litio está contraindicado en mujeres embarazadas, en epilépticos temporales, en mujeres en fase de lactación en pacientes con leucemias agudas.

No hay fármacos derivados, cuando hablamos de litio nos referimos a las sales de litio.

PLENUR

ASPECTOS LEGALES Y SEXUALIDAD.

Muchas son las preguntas que nos hemos venido haciendo desde hace años respecto a los marcos legales y la deficiencia psíquica.

Hoy queremos compartir todo lo que hemos encontrado y reflexionado sobre dos aspectos contemplados en el Código Penal que están de total actualidad y que afectan a los sujetos con necesidades educativas especiales.

Nos referimos al tema de la esterilización y al de los abusos sexuales.

En lo que se refiere a **esterilización** la ley dice:

Artículo 156.título III. Libro II del Código Penal. Expuesto en el BOE del 24 de Noviembre de 1995.Pág 9160. " No será punible la esterilización de persona incapacitada que adolezca de grave deficiencia psíquica cuando aquella, tomándose como criterio rector el del mayor interés del incapaz, haya sido autorizada por el Juez, bien en un expediente de jurisdicción voluntaria, tramitado con posterioridad al mismo, a petición del representante legal del incapaz, oído el dictamen de dos especialistas, el Ministerio Fiscal y previa exploración del incapaz."

Este artículo se ve complementado con el artículo anterior 155, del mismo libro el cual dice... "En los delitos de lesiones, si ha mediado el consentimiento válida, libre, espontánea y expresamente emitido del ofendido, se impondrá la pena inferior en uno o dos grados. No será válido el consentimiento otorgado por un menor de edad o un incapaz."

La esterilización según la sentencia del Tribunal Constitucional, no tiene otra mira que " el interés del incapaz", el favorecimiento de "sus condiciones de vida y bienestar "y el posibilitar el ejercicio de su sexualidad. Se trata de que no esté sometido a una vigilancia constante, que podría ser contraria a su dignidad humana.

Esta esterilización sólo será legal cuando sea autorizada por un juez a petición del representante legal del incapaz.

Esto viene a decir que la esterilización será posible si a petición del representante legal de la persona incapacitada, el juez da su autorización; y esta autorización estará fundamentada en varios aspectos: el grado de incapacidad, la exploración previa del incapaz por parte de dos especialistas y la audiencia del Ministerio Fiscal. El dictamen de los especialistas será lo que determine el grado de incapacidad y en consecuencia el nivel de consentimiento que posee la persona incapacitada.

El juez analizará todos los aspectos y tratará el caso lo más individualizado posible.

A veces se han dado problemas con respecto a la determinación del juez.

El 15 de Diciembre de 1994 en la Audiencia de Valencia sucedió el siguiente caso:

Una juez de Primera Instancia de Valencia emitió un auto denegando la esterilización de una minusválida psíquica(síndrome de Down), auto que fue recurrido por el Fiscal y por los padres de la interesada. La Audiencia de Valencia ha dictado sentencia autorizando la esterilización, razonando..."que un juez no puede por razones o escrúpulos morales, ni rechazar la aplicación de un precepto expreso de la ley, ni realizar una interpretación tan conscientemente exagerada."

El segundo punto sobre el que queremos detenernos gira en torno al **abuso sexual** y la agresión sexual, términos que aunque nos parezcan similares no lo son y así la ley los contempla de forma diferente con penalizaciones distintas.

La principal diferencia entre agresión y abuso es que en la agresión se atenta contra la libertad sexual con violencia o intimidación, mientras que en el abuso no hace falta que exista violencia e intimidación.

En el Capítulo I del TÍTULO VIII, Artículo 178. De las agresiones sexuales.

"El que atentare contra la libertad sexual de otra persona, con violencia o intimidación, será castigado como culpable de agresión sexual. La pena tendrá mayor grado cuando la víctima sea una persona especialmente vulnerable, por razón de su edad, enfermedad o situación.

El siguiente CAPÍTULO II. De los abusos sexuales. Artículo 181

" El que, sin violencia o intimidación y sin que medie consentimiento, realizare actos que atenten contra la libertad sexual de otra persona, será castigado como culpable de abuso sexual. Se consideran abusos sexuales NO consentidos los que se ejecuten:

2º Sobre personas que se hallen privadas de sentido o abusando de su trastorno psíquico.

El Código Penal hace mención a dos aspectos más que constituyen los capítulos IV y V. Estos artículos hacen alusión a temas como el exhibicionismo, la pornografía y la prostitución

El CAPÍTULO IV. ARTÍCULO 185. De los delitos de exhibicionismo y provocación sexual.

"El que ejecutare o hiciere ejecutar a otros actos de exhibición obscena ante menores de edad o incapaces, será castigado con la pena de multa de tres a diez meses."

ARTÍCULO 186

" El que, por cualquier medio directo, difundiere, vendiere o exhibiere material pornográfico entre menores de edad o incapaces, será castigado con la misma multa que el artículo anterior."

CAPÍTULO V De los delitos relativos a la prostitución.

Artículo 187.

"El que induzca, promueva, favorezca o facilite la prostitución de una persona menor de edad o incapaz, será castigado con penas de prisión de uno a cuatro años y multa de veinticuatro meses."

Artículo 189.

"El que utilizare a un menor de edad o a un incapaz con fines o en espectáculos exhibicionistas o pornográficos será castigado con penas de prisión de uno a tres años"

" El que tuviere bajo su potestad, tutela, guarda o acogimiento un menor de edad o un incapaz y que, con noticia de la prostitución de éste, no haga lo imposible para impedir su continuación en tal estado, o no acudiere a la autoridad para el mismo fin si carece de medios para su custodia, incurrirá en la pena de multa de tres a diez meses."

CAPITULO VI.

Disposiciones comunes a los capítulos anteriores.

Artículo 191

" Para proceder por los delitos de agresiones, acoso o abusos sexuales, será precisa la denuncia de la persona agraviada, de su representante legal o querrela de Ministerio Fiscal, que actuará ponderando los legítimos intereses en presencia. Cuando la víctima sea menor de edad, incapaz o una persona desvalida, bastará la denuncia del Ministerio Fiscal."

" En estos delitos el perdón del ofendido o del representante legal no extingue la acción penal ni la responsabilidad de esta clase."

De todo lo expuesto anteriormente podemos sacar algunas ideas en claro:

1ª En el caso de la esterilización, la autorización del juez es la que posibilita su ejecución.

2ª Los sujetos con necesidades educativas especiales están protegidos por la ley ante cualquier tipo de abuso ya sea sexual o de otro tipo.

Su consentimiento, en caso de darse no tiene validez ante la ley, ya que su propia incapacidad invalida ese consentimiento. No obstante el juez siempre tiene en cuenta el grado de incapacidad a la hora de pronunciarse.

3ª las penas son siempre superiores en el caso de que se atente contra un menor o un incapaz.

Todo lo anteriormente expuesto está recogido en la Ley Orgánica del 23 de Noviembre de 1995.

BIBLIOGRAFÍA

- "El Autismo y el Desarrollo de la Mente". R. PETER HOBSON. 1995. Alianza Editorial.
Psicología minor.
- "Atravesando las puertas del Autismo". TEMPLE GRANDIN y MARGARET M. SCARIANO. 1986. Ediciones Paidós Ibérica S.A.
- "Sexualidad y Autismo: Problemas y Necesidades". HARACOPOS. Ponencia del Congreso Internacional de La Haya.
- "Intervención Comunicativa ante los Problemas de Conducta". CARR y otros. Alianza Editorial. 1996.
- Revista Siglo Cero, Nº 145. Monográfico sobre Sexualidad y Deficiencia Mental. 1993.
- "Programa HARIMAGUADA: Material de Educación afectivo-sexual". Dirección General de Promoción Educativa, Conserjería de Educación, Cultura y Deportes. Gobierno de Canarias.
- "La Persona con Retraso Mental y sus necesidades, mejora de su calidad de vida en el siglo XXI". JAVIER TAMARIT. Ponencia Congreso de FEAPS siglo XXI. Toledo.
- "Retraso Mental. Definición, clasificación y sistemas de Apoyo". AAMR. Alianza Psicología. 1997.
- "Cómo tratar los problemas de interacción social de las personas autistas". Dra. LORNA WING. Conferencia leída en el III Congreso Autismo-Europa en Mayo de 1988. Hamburgo. Traducción: Salvador Repeto. Apna de Cádiz.
- "Sexualidad y Afectividad en personas con deficiencia. Breve guía para la reflexión". JAVIER GÓMEZ ZAPIAIN. Universidad del País Vasco. Jornadas "Educación afectivo-sexual y Deficiencias Psíquicas. Las Palmas. 1997
- "Educación afectivo-sexual: Proyecto para personas con discapacidades severas y trastornos graves del desarrollo". FRANCISCA GARCIA ALONSO. Equipo Cepri. Jornadas "Educación afectivo-sexual y deficiencias psíquicas. Las Palmas. 1997.
- "Déficits pragmáticos y sociales en autismo: ¿cognitivo o afectivo?". SIMON BARON-COHEN. Journal of autism and developmental disorders. Vol. 18 nº 3, pp. 379-402. 1988.
- "El alumno con necesidades de apoyo generalizado". JAVIER TAMARIT. Equipo Cepri. A aparecer en Alteraciones del desarrollo y necesidades educativas especiales. A. Marchesi.
- "Evaluación de Programas sociales. Para conseguir rendimiento organizacionales y resultados personales". R. L. SCHALOCK. Revista Siglo Cero, vol. 28 (2), nº 170. 1997

"Enseñando habilidades socio-emocionales en el aula". ANA DELGADO, y otros.
Equipo Cepri.
Congreso de AETAPI de Palma de Mallorca.
"Toxicología de los psicofármacos". CABRERA BONET, R.MENCÍAS RODRIGUEZ,
E.,
CABRERA FORNEIRO, J. Mosby year book. 1993
"Ley Orgánica 23 de Noviembre de 1995".
"Código Penal".

<http://www.fevas.org/es/fevas/documento-sobre-la-sexualidad>