

Mesa de Desarrollo Afectivo-Sexual

Componentes de la mesa:

OLAZ AIZPURO LESAKA (GAUTENA, San Sebastián)

ISABEL PEREZ SALCEDO (CEPRI, Madrid)

TERESA GARCIA (Nuevo Horizonte, Madrid)

FRANCISCA GARCIA ALONSO (CEPRI, Madrid)

M° PAZ SANTAYA PECIÑA (Nuevo Horizonte, Madrid)

PRESENTACIÓN

Queremos agradecer a los Organizadores del Congreso el haber contado con todos nosotros y el haber considerado el tema afectivo –sexual con relevancia suficiente como para incluirlo en el Congreso fomentando, con este formato, el debate entre los profesionales.

Los miembros de esta mesa hemos evaluado como algo muy positivo el haber tenido la oportunidad de trabajar conjuntamente con otros equipos de profesionales.

Constatamos lo interesante que resulta discutir, debatir, conservar y elaborar documentos, partiendo de puntos de vista diferentes en cuanto a la educación y a la intervención dirigida a las personas con autismo y TGD y con sus familias.

La discusión en el seno de la mesa de trabajo nos ha dado pie a plantearnos nuevas dudas y posibles soluciones a los problemas que nos iban surgiendo.

También nos ha abierto una puerta a la reflexión de temas tan importantes como el que nos ocupa, Educación Afectivo-Sexual y Autismo, así como de todos y cada uno de los contenidos que han hecho posible el desarrollo de la mesa.

INTRODUCCIÓN

Entendemos la sexualidad como un amplio concepto, que no solo se refiere a las relaciones sexuales compartidas o a los comportamientos autoeróticos.

Todas las personas son sexuadas y funcionan en la sociedad como hombres o como mujeres, así que cuando hablamos de relaciones sexuales, tenemos en cuenta que constituyen solo una parte de la sexualidad. El comportamiento sexual se explica en función de una historia compleja de aprendizaje entre cada persona y el medio social en el que vive. La sexualidad integra distintos niveles, tiene componentes biológicos, psicológicos y sociales, al igual que el comportamiento sexual posee tres dimensiones: genérica, afectiva y erótica.

Cada persona tiene necesidades sexuales distintas y, por tanto, vive su sexualidad de manera diferente.

La cuestión está en que las personas tengan un desarrollo adecuado a su historia psicosexual. Para ello, es muy importante entender este proceso de desarrollo, y contribuir a su evolución de forma positiva, flexible y abierta.

Existen muchas definiciones de sexualidad, nosotros hemos querido detenernos ante la que nos proporciona la Organización Mundial de la Salud.

La sexualidad es una fuente de placer, de salud, de bienestar y comunicación, que vivida satisfactoriamente, es también fuente de comprensión de los demás" (O.M.S.)

Teniendo en cuenta las experiencias concretas de cada uno de los componentes de la mesa, en su trabajo diario, con personas con autismo, se pusieron de manifiesto las diferentes opiniones en cuanto al primer concepto de lo sexual o de lo afectivo-sexual.

¿ Qué entendíamos cada uno por sexualidad? ¿ y por comportamiento sexual inadecuado?

¿ Qué problemas nos habian surgido y cómo habíamos actuado?

Las primeras conclusiones a las que hemos llegado se pueden resumir en que si bien lo puramente sexual, en la sociedad en la que nos movemos, no tiene por qué ir acompañado de implicaciones afectivas, es muy cierto, según se recoge en toda la biografía consultada, que un aprendizaje normalizado y un sano desarrollo afectivo va a propinar una satisfacción sexual y afectiva a cualquier ser humano.

En las personas con autismo, se observan grandes dificultades para comprender, admitir y expresar la afectividad, en todas las edades de desarrollo. Creemos que al existir este tipo de dificultades, a las que se añaden las derivadas de establecer relaciones interpersonales y habilidades sociales en general, deberíamos implicarnos más los profesionales y las familias en esta área desde las primeras etapas educativas hasta la edad adulta.

Una persona con autismo puede y debe tener una vida afectiva y sexual igual a una persona sin problemas, ya que es un indicativo de la calidad de vida y de la edad adulta.

Las personas con autismo no pueden disfrutar del acceso directo al aprendizaje sobre el desarrollo afectivo-sexual que tienen las personas no discapacitadas.

Los profesionales y las familias deben proporcionar la educación y los apoyos necesarios para que ellos obtengan los máximos beneficios personales, al igual que realizamos en las demás áreas. Debemos intentar que las personas con autismo tengan una vida afectivo-sexual satisfactoria.

A continuación les vamos a mostrar la estructura de la mesa:

- PRESENTACIÓN DE LA MESA DE TRABAJO.
- INTRODUCCIÓN.
- DIAGNÓSTICO Y NECESIDADES.
- DESARROLLO EVOLUTIVO AFECTIVO-SEXUAL NORMAL.
- DESARROLLO EVOLUTIVO AFECTIVO-SEXUAL EN PERSONAS CON AUTISMO Y TGD. INTERVENCIÓN.
- INTERVENCIÓN CON PERSONAS ADULTAS CON AUTISMO Y TGD, PROGRAMAS, CALIDAD DE VIDA.
- MEDICACIÓN Y SEXUALIDAD.
- ASPECTOS LEGALES Y SEXUALIDAD.

ESTRUCTURA DE LA MESA DE TRABAJO:

- **Presentación de la mesa.**
- **Introducción.**
- **Diagnóstico y necesidades.**
- **Desarrollo evolutivo afectivo-sexual normal.**
- **Desarrollo evolutivo afectivo-sexual en personas con autismo y TGD. Intervención.**
- **Intervención en personas adultas con autismo y TGD. Programas. Calidad de vida.**
- **Medicación y sexualidad.**
- **Aspectos legales y sexualidad.**

CUESTIONARIO PARA VALORAR LA SITUACION Y NECESIDADES ACTUALES SOBRE EL TEMA DE LA SEXUALIDAD EN CENTROS QUE TRABAJAN CON PERSONAS CON AUTISMO Y OTROS T.G.D.S.

. CENTRO:

. EDAD DE LAS PERSONAS CON LAS QUE SE TRABAJA:

(Marcar con una cruz)

- 0 – 7 años
- 7 – 14 años.
- 14 –21 años.
- más de 21 años.

FECHA:

INSTRUCCIONES: Por favor marcar solamente una de las opciones pensando en los casos más frecuentes en vuestro Centro.

Autores: Mesa de Trabajo "Educación Afectivo-sexual y Autismo"

IX CONGRESO NACIONAL DE AETAPI 1998

1.- ¿Existen en su centro orientaciones sobre aspectos de carácter sexual?.

SI NO SE DESCONOCE

A.- ¿Estas orientaciones están escritas?.

SI NO SE DESCONOCE

B.- ¿Las conocen todos los profesionales del centro?.

SI NO SE DESCONOCE

2.- ¿Está contemplado el tema de la sexualidad en el programa general de vuestro centro?.

SI NO SE DESCONOCE

3.- ¿Están contemplados aspectos de carácter sexual en los programas individuales?.

SI NO SE DESCONOCE

4.- ¿Habéis observado en los usuarios algún tipo de manifestación sexual?.

SI NO SE DESCONOCE

MANIFESTACIONES: *(Marcar con una cruz)*

- Masturbación en público.
- Masturbación en privado.
- Contacto físico interpersonal (besos, abrazos, caricias, relaciones sexuales, etc.)
- Búsqueda de estimulación sexual sin contacto físico (revistas, videos, contemplar otras personas o partes del cuerpo de otros, etc.).
- Abuso sexual.
- Otros. (Especificar):
.....

5.- ¿Consideráis necesario instruir e intervenir con las personas que atendéis sobre este tema?.

SI NO SE DESCONOCE

6.- ¿Ha habido algún tipo de formación para el equipo de profesionales sobre este tema?.

SI NO SE DESCONOCE

7.- ¿Los profesionales del centro están suficientemente preparados para instruir e intervenir en aspectos relacionados con la sexualidad?.

SI NO SE DESCONOCE

8.- ¿En el centro se aborda el tema de la sexualidad con las familias?.

SI NO SE DESCONOCE

(En caso afirmativo especificar)

- Individual.
- En grupo.

9.- ¿Qué actitudes más frecuentes encontráis al abordar el tema sexual con las familias?.

- Rechazo.
- Colaboración.
- Indiferencia.
- Otros

10.- Si deseáis añadir algo relacionado con el tema de este cuestionario que no haya sido recogido en las cuestiones anteriores, podéis hacerlo a continuación:

.....
.....

MUCHAS GRACIAS POR VUESTRA COLABORACION.

Mesa de Trabajo "Educación Afectivo-sexual y Autismo"

IX CONGRESO NACIONAL DE AETAPI

Benalmádena 1998

Estimados compañeros:

En noviembre de este año se va a celebrar en Benalmádena el IX Congreso Nacional de AETAPI (Asociación de Terapeutas de Autismo y Psicosis Infantil).

Los ponentes de este congreso nos hemos constituido en Mesas de trabajo según temas de interés; uno de los objetivos de la Mesa sobre autismo y educación afectivo-sexual es el hacer un diagnóstico del tema y procurar detectar las necesidades que existen en los centros.

Es por ello que hemos elaborado este cuestionario que te remitimos, esperando tu pronta colaboración.

Por favor cumpliméntalo y mándalo, por fax o por correo a la dirección que te indicamos más abajo, a ser posible antes del 6 de Junio.

Con tu colaboración queremos lograr que el Congreso de AETAPI responda cada vez más a los problemas y necesidades reales de los Centros, de los profesionales, de los usuarios y de sus familias.

Gracias y un saludo.

Dirección de envío:

ASOCIACION NUEVO HORIZONTE

Att. M^a. Paz Santalla Pecaña

Avda. Comunidad de Madrid, 43

28230 – Las Rozas (MADRID)

Tel. 916377455 Fax 916377762

3. -SEXUALIDAD Y AFECTIVIDAD A LO LARGO DEL TIEMPO.-

Desarrollo normal y autismo.

3.1.-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 estimulantes 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.

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

3.2.-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.

3.3.-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.

Así mismo 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.

¿Qué hacer?

3.4.-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.

3.5.-Conducta sexual en personas con Autismo según su nivel de funcionamiento.

(Haracopos y Pedersen.1992)

Nivel de funcionamiento bajo.

En este grupo estarían las personas con una edad evolutiva de desarrollo entre 1y 1/2 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, cubiero, 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.

Nivel de funcionamiento moderado

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

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.

Nivel de funcionamiento alto

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.

METODOLOGIA 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 curriculum 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 BASICAS 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.**

-

ÍNDICE

PAUTAS DE INTERVENCIÓN ANTE UN PROBLEMA DE CONDUCTA SEXUAL

1.- ASPECTOS QUE DETERMINAN LA INTERVENCIÓN.

1.1.- LA OPINIÓN DE LA FAMILIA.

1.2.- LA INCIDENCIA DE LA MANIFESTACIÓN COMPORTAMENTAL.

2.- IDENTIFICACIÓN DE LOS PROBLEMAS.

2.1.- HOJA DE ANÁLISIS.

2.2.- EVALUACIÓN DEL COMPORTAMIENTO.

2.3.- ANÁLISIS DE DISCREPANCIAS.

3.- ELABORACIÓN DEL PROGRAMA.

4.- PUESTA EN PRÁCTICA.

5.- EVALUACIÓN.

1.- **ASPECTOS QUE DETERMINAN LA INTERVENCIÓN.**

1.1.- LA OPINIÓN DE LA FAMILIA Y PROFESIONALES.

- La familia o el tutor del atendido, tiene la responsabilidad sobre las decisiones que se toman en todos los aspectos relativos a las personas con minusvalías.
- En los aspectos relativos a los comportamientos sexuales, intervienen aspectos de tipo moral y religiosos que pueden no ser coincidentes con las opiniones de las familias y profesionales.
- La intervención en este campo debe de ser respetuosa con las opiniones de las familias y la ética de los profesionales.
- Deben ser presentadas a la familia o tutor todas las decisiones que se tomen a este respecto, siendo necesaria la aprobación de cualquier programa y su evolución.

1.2.- LA INCIDENCIA DE LA MANIFESTACIÓN COMPORTAMENTAL.

- Es necesario evitar los comportamientos que afecten a otras personas, incidiendo en la privacidad del comportamiento, la sexualidad compartida implica consentimiento por ambas partes y ambas familias.
- Siempre se debe intervenir, bien sea facilitando y encauzando las necesidades, o abordando mediante determinadas estrategias el que no surjan las situaciones que favorecen las conductas.

2.- IDENTIFICACIÓN DE LOS PROBLEMAS.

2.1.- HOJA DE ANÁLISIS.

- Para la valoración de la situación es necesario el recoger datos sobre el comportamiento de la persona en este ámbito, con este fin se utiliza una hoja de seguimiento que permita conocer los datos más relevantes, respetando su privacidad y sin intrusismo.
- Se debe establecer un periodo de recogida de datos, que vendrá determinado por la periodicidad de las situaciones y el grado de relevancia que plantea su conducta en el entorno en que se encuentra.
- La recogida de datos se efectuará en todos los ámbitos cotidianos del adulto, Centro Escolar, Centro de Adultos, hogar familiar, hogar de grupo, actividades de ocio y tiempo libre, etc..., con el fin de establecer el marco general de intervención.

2.2.- EVALUACIÓN DEL COMPORTAMIENTO.

- Con la recogida de información se procede al análisis de ésta, participando aquellas personas de los contextos significativos, que por su relación con el atendido puedan aportar información, con el fin de establecer una visión completa de la situación del sujeto y las implicaciones que se dan.
- Establecimiento de una concreción de los aspectos más significativos que presenta el sujeto en su comportamiento, resaltando:
 - . Factores que favorecen la aparición del comportamiento.
 - . Ubicación física del comportamiento.
 - . Implicación para otras personas.
 - . Topografía de la conducta.

2.3.- ANÁLISIS DE DISCREPANCIAS.

- Establecer, según el comportamiento que presenta el sujeto, cómo debe de presentarse este comportamiento de manera adecuada, teniendo en cuenta todos los aspectos, ordinarios y cotidianos, en que se va a desenvolver el sujeto, como:
 - . Aseo.
 - . Lugar.
 - . Momento adecuado.
 - . Necesidades de ayuda.
 - . Condiciones medioambientales.
 - . Solicitud de sus necesidades.
- Recoger de manera concreta las diferencias entre el comportamiento que presenta y la situación adecuada de ese comportamiento.

3.- ELABORACIÓN DEL PROGRAMA.

- Establecer el marco general de la intervención, para su presentación en los diferentes contextos que están implicados, hogar familiar, programa educativo, programa de día, programa de ocio y tiempo libre, etc...
- Establecer, en base al análisis de discrepancias, la intervención que se debe de realizar determinando todos los aspectos como: seguimiento, personal implicado, coordinación, materiales, etc...
- Presentación del programa a las familias para su aceptación, recogida de sugerencias y establecimiento de un calendario de aplicación por parte de los responsables.
- Presentación a los profesionales de los diferentes contextos para su conocimiento y recogida de sugerencias.
- Formación a los profesionales directamente implicados en los aspectos concretos del programa.

4.- PUESTA EN PRÁCTICA.

- Ejecución del programa, interviniendo de manera individualizada, respetando la privacidad del individuo y su relación con el grupo, en aquellos casos en que la intervención sea necesaria en un contexto grupal, hogar de grupo, habitaciones compartidas, etc...
- Realizar el seguimiento sobre la aplicación del programa.
- Establecer en la coordinación las modificaciones que se consideren pertinentes, tanto sobre los objetivos planteados como sobre el proceso que se sigue.

5.- EVALUACIÓN.

- Evaluar los objetivos que se planificaron de manera detallada, para detectar posibles nuevos problemas que puedan aparecer.
- Evaluar el proceso seguido, con el fin de que pueda servir de referencia para otros casos que puedan plantearse.
- Informar a la familia sobre los resultados y sobre el comportamiento que presenta en la actualidad, para que en la medida que se presenta en su vida cotidiana, tenga por parte de la familia una respuesta adecuada.
- Elaborar un informe para el historial del sujeto.

ABORDAJE DE LA MASTURBACIÓN

1.- IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA.

2.- CONOCIMIENTO DE LA SITUACIÓN POR PARTE DE LA FAMILIA.

3.- TOMA DE DECISIONES DE MANERA CONJUNTA SOBRE LA SITUACIÓN.

4.- ABORDAR SU ENSEÑANZA SIEMPRE QUE:

} Tenga competencias para comprender que sólo debe masturbarse en el lugar en que se le enseña.

} Va a realizar todo el proceso de masturbación y aseo de manera satisfactoria.

5.- PROCESO.

χ IDENTIFICAR:

} **LUGAR APROPIADO.**

} **CONDICIONES DE ASEO.**

} **DESCRIPCIÓN DEL PROCESO:**

- Ayudas de materiales.

- Solicitud de necesidades.

- Aspectos comunicativos.

- Determinación de la persona que le va a enseñar.

- Establecimiento del seguimiento.

} **EJECUCIÓN DEL PROGRAMA.**

} **EVALUACIÓN.**

6.- INFORME A LA FAMILIA.

7.- EN AQUELLOS CASOS EN QUE LA FAMILIA NO PERMITE LA INTERVENCIÓN EN ESTOS COMPORTAMIENTOS

χ IDENTIFICACIÓN DE LA SITUACIÓN.

} **CONDUCTA.**

} **TOPOGRAFÍA.**

} **LUGAR.**

} **MOMENTO.**

} **PERSONAS IMPLICADAS.**

χ ESTABLECIMIENTO DE ESTRATEGIAS QUE DIFICULTEN O IMPIDAN LA APARICIÓN DE LAS CONDUCTAS NO DESEADAS.

} DAR TAREAS DIFERENTES.

} EVITAR MOMENTOS DESESTRUCTURADOS.

} AUMENTO DE SUPERVISIÓN EN DETERMINADOS MOMENTOS.

} MODIFICAR LA COMPOSICIÓN DEL GRUPO O DE LOS MONITORES.

} REALIZAR ACTIVIDADES COMPARTIDAS.

INCLUSION DE LOS DIFERENTES ASPECTOS DE LA EDUCACION SEXUAL EN LAS DISTINTAS ÁREAS DE INTERVENCIÓN DEL PROGRAMA INDIVIDUAL

ÁREAS DE INTERVENCIÓN

1.- COMUNICACIÓN

Desarrollo y mantenimiento de la comunicación gestual

Lenguaje comprensivo

- **Identificar, señalar, gestos relacionados con el vocabulario que se utiliza en los contenidos del programa de educación sexual: partes del cuerpo, objetos higiénicos, instrumental médico, etc...**

Lenguaje expresivo

- **Expresar gestualmente parte del vocabulario arriba indicado.**

Desarrollo y mantenimiento de la comunicación oral

Lenguaje comprensivo

- **Nombrar los diferentes objetos, partes del cuerpo, etc. relacionados con este tema.**

Lenguaje expresivo

- **Ser capaz de comunicar necesidades, intereses acerca de este tema.**
- **Expresar emociones, sentimientos, estados de ánimo, dolor, alegría, pena, enfado, rechazo...**

Desarrollo y mantenimiento de la comunicación escrita

- **Escribir una tarjeta al compañero/a, amigo/a, familia, etc...**

2.-AUTO-CUIDADO

Aseo

- **Adquirir hábitos de limpieza necesaria durante el periodo menstrual.**
- **Adquirir hábitos de limpieza necesaria después de actividades de carácter sexual.**

Apariencia Física

- **Cuidar el aspecto personal: usar cremas, desodorante, maquillaje; ir a la depiladora, peluquería, etc...**
- **Llevar una dieta equilibrada.**
- **Vestirse de acuerdo con la moda para su edad, de manera que no llame la atención.**
- **Controlar el peso.**

Uso del Servicio

- **Salir correctamente vestido con todas las prendas (con el cinturón puesto, con la**

camisa metida, etc...), cuando acuda al W.C.

- Dejar el baño limpio (hacer pis dentro del W.C., no dejar compresas usadas a la vista, etc...).

- Hacer uso del bidé.

3.- HABILIDADES DE VIDA EN EL HOGAR

Convivencia con la familia, compañeros, vecinos

- Respetar su propia intimidad y la de sus compañeros.

- Respetar sexualmente a los demás (no besar, acariciar, etc... sin el consentimiento del otro).

- Relacionarse adecuadamente con el vecindario.

- Mantener relaciones con la familia, amigos: recibir visitas en casa.

Seguridad en el Hogar

- No abrir la puerta a desconocidos.

- Comunicar sucesos extraños.

Tareas en el Hogar

- Realizar todo tipo de labores de casa sin distinción de tareas asignadas tradicionalmente, potenciando el rol de género.

4.-HABILIDADES SOCIALES

Relaciones Interpersonales

- Ser capaces de tratar temas de la vida cotidiana relacionados con la sexualidad: Comentar una película, una noticia sobre temas de actualidad, etc...

Respeto a la intimidad de los demás

- Controlar los acercamientos.

- Respetar los objetos personales.

- Realizar comentarios apropiados.

Establecer Relaciones de Amistad

- Fomentar amistades de ambos sexos.

- Establecer amigos que sean significativos para él/ella.

Control de los Impulsos: Autocontrol

- **No tocar al otro sin su consentimiento.**
- **Aprender a esperar en aquellas situaciones que no se pueda hacer uso inmediato a los impulsos.**
- **Masturbarse en el lugar y momento apropiado.**

Comprensión de las Normas Sociales

- **Mantener una conducta de acuerdo con los patrones culturales.**
- **Guardar la intimidad en público.**

5.-UTILIZACIÓN DE LA COMUNIDAD

Comportamiento Adecuado en la Comunidad

- **Comportarse apropiadamente en los diferentes lugares públicos: transporte, hospitales, polideportivo, baños, etc...**

Uso de los diferentes Servicios que ofrece la Comunidad

- **Identificación de diferentes establecimientos donde puede localizar objetos relacionados con la higiene íntima, salud, etc... (farmacia, droguería)**
- **Conocer la existencia de los centros y servicios sanitarios de la zona a la que pertenece y la utilización de los mismos.**
- **Ser capaz de pedir ayuda en caso de necesidad.**

6.-AUTO DIRECCIÓN

Elección de Intereses

Ser capaz de elegir amistades y saber mantenerlas:

- **Tener una conversación apropiada.**
- **Acercarse de una manera socialmente aceptada.**
- **Relacionarse con personas de su edad.**
- **Tener detalles especiales con amigos (felicitar, hacer regalos, halagos, etc...)**

Asociación de Contextos a Actividades

- **Conocer el lugar apropiado para sus actividades de carácter sexual o íntimo (habitación, baño).**

Resolución de Problemas

- **Ser capaz de avisar a la persona de referencia cuando hay una dolencia relacionada con el área genital.**
- **Comunicar cuando tenga dificultades o algo que no le guste (víctima de acoso).**

Habilidades de Autodefensa

- **Aprender a decir palabras de rechazo-Rechazos verbales: "PARA", "NO ME GUSTA", "NO QUIERO ESTAR CONTIGO", "DÉJAME EN PAZ", ETC...**
- **Aprender diferentes formas de escapar.**
- **Reconocer, identificar situaciones de contacto apropiado e inapropiado.**

Solicitud de Ayuda

- **Aprender formas de solicitar ayuda en situaciones difíciles.**
- **Informar a una persona de confianza ante una situación de acoso, abuso, etc...**

7.-SALUD Y SEGURIDAD

Identificación de Síntomas de Enfermedad

- **Reconocer e identificar picores, síntomas relacionados con el área genital.**

Tolerancia a la Revisión Médica

- **Reconocer a los profesionales de la sanidad de su zona.**
- **Participar previamente en el ensayo para la exploración médica/ginecológica.**
- **Acercarse a los Centros de Salud, especialistas, etc... de la zona donde vive.**

Medicación

- **Conocer el uso adecuado de medicamentos para aliviar los dolores menstruales y otro tipo de dolores.**

Ejercicio Físico/Relajación

- **Realizar ejercicio físico, relajación...**

Ocuparse de la Menstruación

8.-ACADÉMICAS FUNCIONALES

Conocer el contenido de los diferentes temas que contiene el Programa de Educación Sexual:

- **Partes del cuerpo/Diferencias sexuales/
Cambios corporales/Funcionamiento.**
- **Ciclo menstrual.**
- **La masturbación.**
- **Higiene personal.**
- **Conducta social.**
- **Prevención de agresiones sexuales.**
- **Exploración ginecológica.**
- **Métodos de contracepción más comunes utilizados en la población normal.**

9.-OCIO Y TIEMPO LIBRE

Desarrollo de Actividades de Ocio y Tiempo Libre

- **Fomentar interacciones a partir del juego.**
- **Comportarse adecuadamente en lugares de ocio.**
- **Discriminar tiempo de ocio y trabajo.**
- **Discriminar lugares de ocio y trabajo.**
- **Asistir a bailes, clubes de amigos, excursiones, reuniones, etc...**
- **Elegir actividades preferidas.**

10.-TRABAJO

Adquisición de destrezas, actitudes y patrones comportamentales necesarios para la realización de tareas

Controlar los aspectos relacionados al comportamiento sexual (intrusismo, acoso, lenguaje apropiado, supervisión, conversaciones con los compañeros de trabajo, etc...)

EDUCACIÓN - CALIDAD DE VIDA PROGRAMAS-INTERVENCIÓN

Las pautas generales de nuestra intervención están basadas en las ocho dimensiones centrales que constituyen el concepto de calidad de vida, propuestas por R. Shalock:

- . *Bienestar emocional.*
- . *Relaciones interpersonales.*
- . *Bienestar material.*
- . *Desarrollo personal.*
- . *Bienestar físico.*
- . *Autodeterminación.*
- . *Inclusión social.*
- . *Derechos.*

Estas dimensiones se desarrollarán a través de un programa individual que contempla las diez áreas de habilidades adaptativas que hacen referencia a la definición de Retraso Mental que propone la Asociación Americana:

- . *Comunicaciones.*
- . *Autocuidado.*
- . *Habilidades de la vida en el Hogar.*
- . *Habilidades Sociales.*
- . *Utilización de la Comunidad.*
- . *Auto-Dirección.*
- . *Salud y Seguridad.*
- . *Ocio y Tiempo Libre.*
- . *Trabajo.*

Puesto que la Sexualidad es un concepto que forma parte del desarrollo global de la persona, no será exclusivo de dar una sola área, sino que incluiremos los diferentes aspectos de la educación sexual en cada una de las áreas mencionadas.

Para una adecuada intervención será fundamental tener en cuenta a todas las personas vinculadas en la vida del atendido: familia, compañeros, amigos, vecinos, gente de la comunidad donde vive, profesionales de los servicios a donde acude, y cómo no, al propio usuario.

Según los datos obtenidos de los cuestionarios enviados y la literatura consultada, sabemos que uno de los problemas que se plantean los profesionales y familiares al abordar el

tema de la sexualidad, es la ausencia de conocimiento específico en este terreno. Los conocimientos específicos acerca de la sexualidad son importantes para intervenir adecuadamente en cada etapa de desarrollo, pero tan importante -o más- son nuestras actitudes y la postura ante la vida y la sexualidad. Es importante cómo se dice y de qué manera se hace.

INTERVENCIÓN CON LA FAMILIA

Uno de los pre-requisitos para abordar este tema es hablar con naturalidad desde la edad temprana y no sólo cuando se plantea un problema, que generalmente coincide con la etapa de la adolescencia.

Nuestros objetivos con la familia serían:

- . Trabajar las actitudes, generando una actitud positiva hacia la sexualidad y haciéndoles comprender que sus hijos/hermanos son seres sexuales como el resto de la población.
- . Explicarles el contenido, dinámica del programa y pautas de actuación.
- . Ofrecerles información que sobre sus hijos/as se posea.
- . Conseguir información sobre la sexualidad de los hijos.
- . Facilitar la consulta a expertos e intentar establecer canales de comunicación entre padres e hijos, y profesionales y padres.

Toda esta labor se puede realizar mediante entrevistas individuales, cursos de formación, escuela de padres dirigida por un profesional, reuniones grupales, cuestionarios, etc...

Familia y profesionales debemos colaborar conjuntamente en la educación global del usuario, incluida la sexualidad.

INTERVENCIÓN CON LOS PROFESIONALES

Los profesionales también necesitan recibir información específica sobre la sexualidad en las diferentes etapas de desarrollo, trabajar actitudes, tener acceso a material específico, asesor jurídico para temas legales, etc...

Es imprescindible elaborar un programa individualizado a las necesidades actuales y futuras de la persona con Autismo, así como pautas de intervención escritas ante un problema de conducta sexual.

Sabemos que es difícil llegar a un consenso, pero es fundamental unificar criterios de intervención, para que haya una coherencia en la transmisión de la información.

Para conseguir esto, facilita mucho el determinar a una persona coordinadora o grupo de consulta, que sirva de referencia para todas las personas vinculadas dentro de su programa.

La información se transmitirá mediante reuniones de coordinación entre diferentes servicios (vivienda, ocio, centro de trabajo); cursos de formación, módulos de autoformación, cursos para nueva incorporación del personal, personal de prácticas, voluntariado, etc...

INTERVENCIÓN CON LOS USUARIOS

Nuestra labor inicial será averiguar los conocimientos que ya posee, así como conocer qué expresiones de carácter sexual se observan, para una adecuada intervención mediante una entrevista individual y/o cuestionario.

Elaborar un programa individualizado teniendo en cuenta su opinión, la de la familia y a los diferentes servicios a donde vaya a acudir.

El contenido del programa, así como el vocabulario a utilizar, dependerá del nivel de comunicación, funcionamiento social y madurez, adaptando y apoyando la instrucción verbal mediante ayudas visuales (objetos reales, videos, fotos, dibujos, etc...), demostraciones prácticas y/o intervención directa si se precisa.

Otro aspecto importante es el valorar los resultados obtenidos después de nuestra intervención, bien mediante plantillas de seguimiento específicas, o bien mediante test de evaluación o cuestionario destinado para ello.

Asignar al usuario una persona de referencia, que sea de confianza, a la que pueda acudir en caso de necesitar ayuda ante una situación extraña o pedir un consejo y orientación en un momento determinado. Este hecho les proporciona mucha seguridad.

La persona de referencia podría ser el responsable de velar por los derechos del usuario asignado.

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 Benzodiazepinas 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 Benzodiazepinas interactúan negativamente con el alcohol, con los Neurolepticos, 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)

ANTIEPILÉPTICOS

Aunque ellos por sí solos no producen efectos negativos sobre la sexualidad, sí es interesante comentarlos ya que suelen interactuar 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: (Agreal)

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 monoaminooxidasa)

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 neurolepticos, 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:(transparencia)

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.

Comenzamos diciendo que son muchas las preguntas que nos asaltan ante situaciones muy diversas referidas a aspectos legales y a sexualidad.

Les hemos mostrado un poco el marco legal tal y como está. De él se derivan o se pueden derivar muchas situaciones muy concretas y específicas que sólo podrán ser solucionadas a través de los abogados existentes y sobre todo a través del mutuo apoyo de numerosas personas.

En el caso de las `personas con autismo que es lo que nos interesa, la ley no contempla ninguna especificidad de ningún trastorno por separados y se refiere de una forma general con el termino de incapacitados.

El objetivo más importante de este Congreso de AETAPI, era el de favorecer el debate y la discusión entre los miembros profesionales de las distintas organizaciones que prestamos servicios a las personas con autismo y otros trastornos graves del desarrollo y a sus familias, acerca de técnicas, ideas, proyectos, programas y procesos que intentan mejorar su desarrollo

personal y su calidad de vida.

Una de las cuestiones que se barajó en principio fue la posibilidad de recoger de alguna forma, las ideas y propuestas que surgieran a raíz de las intervenciones concretas de las mesas, aprovechando el novedoso formato de Puntos de Encuentro y lo que se comenta entre pasillos.

Esta Mesa sobre Desarrollo Afectivo-sexual en personas con autismo y otros T.G.D., pretende de forma escueta plantear y aclarar algunas ideas.

Sabemos que en este tema los profesionales no intervenimos, por regla general, hasta que no se nos plantea un caso en el que el usuario comienza a manifestar conductas de carácter sexual que llamen la atención del entorno social. Y sabemos que después de haber escuchado los temas que propusimos en la Mesa del Congreso, muchos de los profesionales que estaban allí pensaron inmediatamente en cuestiones más concretas a la hora de intervenir como son las siguientes: ¿Qué pasa con la masturbación?, ¿Debemos consentir que las personas que atendemos se toquen los genitales o se masturben? ¿Qué pasa cuando un usuario utiliza "mucho tiempo" en actividades masturbatorias? ¿Cuál es la edad apropiada para proponer una posible necesidad de apoyo para el aprendizaje de la masturbación? ¿Cómo evitar que aparezcan conductas de acercamientos o contacto físico inadecuado entre los iguales? ¿Qué hacemos cuando aparecen? ¿Qué es lo "normal" en cuanto a edades, situaciones, objetos, personas que propicien la excitación sexual?, y tantas y tantas otras preguntas que nos van surgiendo a la hora de afrontar este aspecto educativo. También nos vamos a preguntar acerca de las familias y sus decisiones al respecto y de cómo trabajar con ellas.

La Mesa de trabajo no quiso dar respuesta a todas estas preguntas de manera explícita por dos motivos, por un lado no quiso centrar el tema en la masturbación, porque sus planteamientos sobre intervención son más amplios y contemplamos como fundamentales los aspectos sobre trabajo socio-emocional desde las edades tempranas, remarcando que, las personas con autismo precisamente por sus dificultades para establecer vínculos afectivos desde el nacimiento, necesitan más apoyos para entender que las demás personas servimos también para encontrar satisfacción recíproca en los intercambios socio-afectivos.

Por otro lado, las preguntas que nos surgen cuando tenemos que intervenir en temas de masturbación, pensamos que deben ser contestadas en el seno de los equipos y en los debates con las familias y siempre teniendo en cuenta el punto de vista de las personas que van a recibir la instrucción directa, es la única forma que tenemos de efectuar una educación afectivo-sexual coherente en el tiempo para los usuarios, para las familias y para los propios profesionales, además de ser la única forma de obtener un consenso práctico en las líneas generales de intervención, en las programaciones individuales y en los posibles programas de intervención concreta en cuanto a conflictos socio-sexuales no resueltos.

En cuanto a cómo afrontar las conductas de carácter sexual que llaman la atención del entorno social de quien las realiza, es decir qué hacer con las conductas desafiantes con topografía sexual, esta mesa plantea que no tiene que haber diferencia en cuanto al procedimiento de actuación. Se seguirá el mismo procedimiento que se sigue con cualquier otra conducta desafiante: en principio para la decisión de realizar un programa específico de intervención se tendrá que valorar sí

1. La conducta es lesiva para el usuario o para los demás.
2. La conducta se convierte en un handicap para su aprendizaje y
3. La conducta pueda restringir el uso de entornos comunitarios al usuario.

Los demás puntos del procedimiento podrían ser los siguientes:

OBSERVACIÓN CONTEXTUALIZADA.

Descripción de la conducta

En qué lugar, en qué contexto, a quién va dirigida, el material que se usa, cómo se realiza, frecuencia, duración, intensidad, reacción social, respuesta del usuario, y lo más importante, qué función cumple la conducta, intentando adivinar si esta conducta tiene una función comunicativa, con el fin de poder adecuar posteriormente la intervención a fin de aprovechar esta posible intención.

ANÁLISIS DE LOS DATOS.

ENTREVISTA FAMILIAR Y CON EL RESTO DEL PERSONAL DE ATENCIÓN DIRECTA.

TOMA DE DECISIONES

CONSENSO FAMILIAR

PUESTA EN PRACTICA Y SEGUIMIENTO: siempre teniendo como referencia el hecho de que la mejor manera de intervenir es enseñar estrategias, fomentar la comunicación y favorecer con los materiales adecuados la posibilidad máxima de manejo del entorno, es decir lo que se entiende por realizar una intervención comunicativa. "Intervención Comunicativa ante los Problemas de Conducta ". CARR y otros, Alianza Editorial, 1996.

En cuanto a cómo empezar si queremos introducir en nuestros Centros la Educación Afectivo-Sexual de una manera coherente y consensuada, pensamos que dependiendo de la estructura de cada asociación o cada centro los procedimientos serán variables. El Equipo Cepri, en el año 1995 realizó un Proyecto de Educación afectivo-sexual para personas con autismo y trastornos graves del desarrollo cuyos objetivos eran la inclusión en sus Programaciones y Proyectos Curriculares de esta área. En el Congreso de AETAPI de Murcia en ese año se presentó una comunicación que exponía dicho trabajo, que quedó reflejado en el libro de actas de dicho Congreso.

BIBLIOGRAFÍA:

"El Autismo y el Desarrollo de la Mente". R. PETER HOBSON. 1995. Alianza Editorial. Psicología menor.

"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".