Sexualidad en personas con Diversidad Funcional Intelectual.

Un Programa Psicoeducativo basado en la Danza Movimiento Terapia (DMT).

Universitat Autònoma de Barcelona – UAB

Máster en Danza Movimiento Terapia

Eder Goikoetxea Fernandez

Tutora: Rosa-María Rodríguez-Jiménez

Agosto 2023

Resumen

Este trabajo presenta un Programa Psicoeducativo diseñado para ser impartido con personas con Diversidad Funcional Intelectual a través de la Danza Movimiento Terapia. En primera instancia, se realiza una revisión teórica sobre la sexualidad en personas con Diversidad Funcional Intelectual. Posteriormente se relaciona la Danza Movimiento Terapia con aspectos fundamentales para abordar la sexualidad, así como el contacto, el uso de límites y el vínculo con el placer. Seguidamente se describe el Programa Psicoeducativo con el objetivo de mejorar la sexualidad en este colectivo a través de la metodología y el procedimiento que utiliza la Danza Movimiento Terapia. Para concluir, se plantean algunas consideraciones en cuanto al abordaje multidisciplinar con esta población.

Palabras clave: Danza Movimiento Terapia, Diversidad Funcional Intelectual, Programa Psicoeducativo, Sexualidad, Placer, Límites, Contacto.

Abstract

This project presents a Psychoeducational Program designed to be taught to people with Intellectual Functional Diversity through Dance Movement Therapy. In the first instance, a theoretical review on sexuality of people with Intellectual Functional Diversity is carried out. Secondly, the methodology of Dance Movement Therapy is related to fundamental aspects to address sexuality, as well as contact, the use of limits and its link with pleasure. Following, the Psychoeducational Program is described with the aim of improving well-being in sexuality through the procedure used by Dance Movement Therapy. To conclude, some observations regarding the multidisciplinary collaboration with people with Intellectual Functional Diversity are raised.

***Keywords*:** Dance Movement Therapy, Intellectual Functional Diversity, Psychoeducational Program, Sexuality, Pleasure, Limits, Contact.

Índice

Resumen……2-3

Marco Teórico……6-46

La Sexualidad……6-12

Sexualidad como Concepto Pluridimensional……6-7

Asertividad Sexual ……7-9

Historia De La Sexualidad……9-12

Diversidad Funcional Intelectual (DFI)……12-18

Nociones de la Diversidad Funcional Intelectual……12-14

Terminología para Denominar al Colectivo ……14-15

Transcurso Histórico de los Modelos de Abordaje con las Personas con DFI……15-18

Sexualidad en Personas con Diversidad Funcional Intelectual……18-39

Mitos sobre la Sexualidad de Personas con DFI……18-23

Nociones de la Sexualidad en las Personas con DFI……23-26

Actitud de las Familias de las Personas con DFI……26-29

Profesionales en el Ámbito Educativo y Terapéutico

con personas con Diversidad Funcional……29-32

La Asistencia Sexual……32-34

Mujeres y Diversidad Funcional Intelectual……34-35

Abusos Sexuales en personas con Diversidad Funcional Intelectual……36-38

Derechos Sexuales de las Personas con Diversidad Funcional Intelectual……38-41

Danza Movimiento Terapia (DMT)……41-46

Nociones de la Danza Movimiento Terapia……41

Danza Movimiento Terapia y Contacto……41-43

Límites y Danza Movimiento Terapia……43-44

Placer y Danza Movimiento Terapia……44-46

Programa Psicoeducativo (PP)……46-62

Metodología……46-49

Procedimiento……49-51

Diseño de las Sesiones……*49-51*

Desarrollo de las sesiones……..51-63

Discusión y Conclusiones……63-66

Referencias……67-76

Marco Teórico

La Sexualidad

Sexualidad como Concepto Pluridimensional

La sexualidad humana es un concepto complejo de definir ya que diferentes disciplinas como la ciencia, la filosofía y el arte tratan de dar pinceladas sobre este paisaje, y si bien crean diferentes perspectivas sobre el mismo, estas pueden ser complementarias entre si (Gómez, 2013).

La sexualidad nace a través del cambio en la reproducción sexual de la especie, del modo asexual al sexual. Esta evolución hace que se genere la diferenciación de seres en cada especie, dividiéndose en dos formas que son complementarias entre sí. Así, gracias al dimorfismo sexual, es como aparece el cuerpo sexuado y la sexualidad (Gómez, 2013).

El *dimorfismo* se utiliza de una manera referencial a la génesis de dos formas y no es incompatible con el concepto de *diversidad*. La homosexualidad, la transexualidad y la identidad sexual como tal parten del origen del dimorfismo y son resultado del proceso de sexuación (Gómez, 2013).

El cuerpo sexuado además de su dimensión biológica contempla también una experiencia psicológica en un entorno y en relación a otros cuerpos sexuados. Dicho de otra manera, se desarrolla en un contexto sociocultural en el que predomina un discurso acerca de la sexualidad (Gómez, 2013).Por lo tanto, podríamos decir que la sexualidad humana es un compuesto de índole pluridimensional que se construye en base a aspecto biológicos, psicológicos y culturales (Amor, 2002, como se citó en Losada & Muñiz, 2019).

Debido a las influencias del contexto sociocultural en cada época histórica la sexualidad ha sido diferente. Es por esto que es insostenible abarcar una definición estática de lo que es la sexualidad. Según Gómez, (2013) pretender limitar la sexualidad sería un error ya que está constituida por una realidad multidimensional. La sexualidad es por su naturaleza ambigua, y el hecho de querer restarle esa ambigüedad sería desvirtuarla (Castilla del Pino, 1978, como se citó en Gómez, 2013). Sin embargo, pienso que es relevante establecer los parámetros conceptuales de lo que es la sexualidad humana para situarla dentro de un marco flexible.

Según la Organización Mundial de la Salud, (2006) la sexualidad es un aspecto central del ser humano a lo largo de la vida que abarca el sexo, las identidades y roles de género, la orientación sexual, el erotismo, el placer, la intimidad y la reproducción. Añade además que está influenciada por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, legales, históricos, religiosos y espirituales. También puntúa que la sexualidad se experimenta y expresa en pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, roles y relaciones. Si bien la sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no siempre se experimentan o expresan todas.

Badilla et al., (2018) señaló la definición acerca de la sexualidad de Organización de las Naciones Unidas, (2010) como “un proceso complejo que todos los seres humanos, sin excepción, construimos a lo largo de la vida y que tiene aspectos bio-psico, sociales y culturales que deben contemplarse de manera integral” (p. 5). Según la definición del Ministerio de Educación Pública de la República de Costa Rica, (2012) la sexualidad puede ser “una energía creadora, una fuerza que busca amar, crear y relacionarse. Un proceso de aprendizaje que se dará en cada etapa de nuestra vida…” (p. 3).

Asertividad Sexual

Dentro de la sexualidad un término relevante es el de la Asertividad Sexual (AS) ya que tiene que ver con la comunicación, la expresión del deseo propio y la protección de uno mismo. La AS puede ser definida como la capacidad para llevar a cabo la asertividad social en un contexto sexual (Painter, 1997, como se citó en Santos-Iglesias & Sierra, 2010).

Según Morokof et al., (1997) "la conceptualización de la asertividad sexual descansa en una conceptualización general de la asertividad basada en derechos humanos a la autonomía. Suponemos que los individuos tienen derechos sobre su cuerpo y su sexualidad y nunca están bajo una obligación social de dejar que alguien toque su cuerpo (excepto en la convención social del apretón de manos) o tocar a otra persona sexualmente. Por lo tanto, este concepto implica un derecho humano básico por conservar la autonomía sobre la experiencia sexual" (p. 791).

Greene & Faulkner, (2005) denominan la AS como la voluntad y la capacidad de hablar sobre el sexo e indica que guarda relación con la comunicación sobre el comportamiento sexual satisfactorio.

Otro autor indica que la AS implica sentirse confidente hablando de sexo y preguntando lo que uno quiere durante el sexo, así como rechazar lo que uno no quiere y que además está relacionado con la satisfacción sexual y mayores niveles de deseo sexual (Hurlbert, 1991, como se citó en Erchull & Liss, 2014, p. 5).

Con estas definiciones podemos saber lo que la AS implica además de ver que las actitudes sexuales y las respuestas sexuales también están relacionadas con este concepto. Por ejemplo, personas con alta asertividad indican menor sentido de la doble moral sexual, mayor autoestima

general y sexual y mayor *erotofilia*[1], es decir, una actitud positiva hacia el sexo (Greene & Faulkner, 2005 como se citó en Santos-Iglesias & Sierra, 2010).

El metaanálisis realizado por Santos-Iglesias & Sierra, (2010) de los estudios investigados hasta el momento, concluye que la AS es un elemento fundamental para la respuesta sexual, y que es muy significativo como agente de protección ante conductas sexuales de riesgo y situaciones de victimización e imposición sexual.

En el estudio realizado por Greene & Faulkner, (2005) indican que "las parejas que muestran más AS tienden a hablar más sobre conflictos sexuales y esto puede contribuir a la calidad de la comunicación sexual y a la satisfacción de esta. La habilidad de hablar sobre el pasado sexual, los deseos sexuales y los anticonceptivos son aspectos importantes para un vínculo sano y va de la mano con romper las actitudes más estereotipadas de la sociedad en cuanto a la sexualidad y los roles de géneros" (Greene & Faulkner, 2005, p. 249).

La AS es un concepto que se relaciona con la autonomía y la comunicación en las relaciones sexuales y es por esto que me parece un término relevante de clarificar para poder continuar hablando de sexualidad en las Personas con Diversidad Funcional Intelectual (PDFI).

Historia de la Sexualidad

Dependiendo de la época histórica y del contexto sociocultural los comportamientos sexuales han sido modulados en base a la adaptación del discurso preponderante. Es así como la sexualidad humana ha sido regulada acorde con la ética social y cultural del momento (Gómez, 2013).

---

[1] La erotofilia hace referencia a una actitud positiva hacia la sexualidad y tiene relación con la predisposición a responder a estímulos eróticos con emociones positivas, a contraposición de la erotofobia (Instituto Andaluz de sexología y psicología, 2021).

La religión es uno de los caminos que más se ha utilizado para la regulación de la sexualidad en las sociedades (Clark, 2008). En la edad Media, durante siglos la iglesia afianzaba su poder tomando el control de la sexualidad en las sociedades occidentales (De la Vega, 2010, como se citó en Contino et al., 2019). La religión cristiana impuso su moral sexual haciendo creer que el placer es pecado y que el sufrimiento es virtud. El deseo erótico, una de las dimensiones esenciales de la sexualidad para la búsqueda del placer, se vio oprimida a través del sentimiento de culpa. Sin embargo, hoy en día sabemos que al igual que el deseo sexual es algo fundamental de la sexualidad y que nos remite a la búsqueda de placer, no es posible anularlo (Gómez, 2013).

A finales del siglo XV aparecen en Europa las primeras evidencias de las enfermedades de transmisión sexual y en consecuencia los excesos sexuales fueron condenados. En el mundo occidental la religión se institucionalizó en conventos, en las escuelas y colegios religiosos y exigía como moral el matrimonio monógamo (Caruso, 1993, como se citó en Vera-Gamboa, 1998).

En la época Victoriana, durante los siglos XVIII y XIX el discurso médico poco a poco tomó el control de la sexualidad en sustitución al discurso religioso. El planteamiento médico, las medidas higiénicas y los aportes educativos fueron tomando peso en las instituciones que antes eran guiadas por la religión (De la Vega, 2010, como se citó en Contino et al., 2019). La sexualidad pasó a ser un elemento de análisis donde el control del cuerpo era protegido de manera médica. La inspección tomó protagonismo con el control de los contagios o las recetas contra las enfermedades (Varela & Alvarez-Uría, 1979). Se tachaban de inapropiadas conductas sexuales como la masturbación y se culpabilizaba cualquier acto sexual que no tuviera un fin reproductivo, considerándolo “sexualidad anormal” (Vera-Gamboa, 1998).

Más aún, en esta época la sexualidad se veía influenciada conforme a la clase social. La clase media se vio obligada a fingir estar de acuerdo con la moral impuesta y a actuar en base a

ella. La sexualidad se vio más vinculada a la necesidad que al placer (Vera-Gamboa, 1998). Las mujeres también tuvieron mayor repercusión en esta época ya que para ellas en muchos casos el sexo era algo impuesto, como una obligación que podía derivar en culpa y miedo (Matserset al., 1988 como se citó en Vera-Gamboa, 1998). Es acertado decir que esta fue una de las épocas más moralistas y con más represión sexual (Vera-Gamboa, 1998).

Después de las normas rígidas de la época victoriana, surgió la revolución sexual con las nuevas teorías de Freud (Vera-Gamboa, 1998) donde, por primera vez, se hablaba con libertad de los problemas sexuales (Saavedra, 2006). El médico austríaco introdujo el concepto de *libido* como "la energía de las pulsiones o instintos que dirige toda forma de conducta" (Torres, 2017). Este término afirmaba que la mayoría de las fobias y miedos están relacionadas con las frustraciones sexuales. Freud también estableció la idea de que todos los niños y niñas son seres sexuados e introdujo el concepto de *Edipo*. Esto causó un revuelo en la sociedad burguesa de Viena y provocó el inicio de la sexualidad moderna (Vera-Gamboa, 1998).

Según Vera-Gamboa (1998) hubo otros referentes, como D. Lawrence, quién incorporó la idea de que la negación de la sexualidad era la causa de los problemas, y Marie Stopes (1880-1958), quién afirmaba que el sexo tenía que ser disfrutado libremente y sin miedos. Geramine Grees promovió el movimiento feminista con su obra El eunuco femenino (1970), donde replanteaba los estereotipos de los matrimonios convencionales en los cuales la mujer era percibida como pasiva y el hombre como activo.

Ante la creciente concienciación acerca de la importancia de la sexualidad, Alfred Kinsey diseñó un estudio cuantitativo acerca de la conducta sexual (Saavedra, 2006) que permitió ir derribando los mitos y tabúes acerca de la sexualidad (Vera-Gamboa, 1998). Para ello él y sus colaboradores recopilaron datos objetivos sobre la sexualidad que pudiera representar la

población total de Estados Unidos (Saavedra, 2006). A raíz de los datos adquiridos se descubrió que lo que se consideraba “normal” en la conducta sexual era mucho más amplio de lo que se creía (Vera-Gamboa, 1998). En 1948 publicaron *la Conducta sexual del Varón* (Saavedra, 2006) y los resultados de sus estudios lograron conmocionar a la sociedad de aquella época (Vera-Gamboa, 1998).

A raíz de comenzar a investigar en la sexualidad ha surgido la Sexología como disciplina que estudia la sexualidad. La Organización Mundial de la Salud acogió esta disciplina como parte integral de la salud del ser humano en 1974. Tal y como muestra la historia de la sexualidad, el comportamiento sexual depende del contexto sociohistórico y cultural y, por ello, se actualiza constantemente (Vera-Gamboa, 1998).

Saber de dónde parte y cómo se ha ido transformando la sexualidad humana en base a sus creencias y actitudes, ha influenciado en la sexualidad de toda la población y, en consecuencia, condiciona cómo se ve la sexualidad en las Personas con Diversidad Funcional Intelectual (PDFI).

Diversidad Funcional Intelectual (DFI)

Nociones de la Diversidad Funcional Intelectual

El significado de la Diversidad Funcional Intelectual no puede ser unívoco en cómo se percibe, clasifica y define. Más bien, la DFI puede observarse desde diferentes perspectivas intentando en el mejor de los casos definirla e intervenirla, teniendo en cuenta de que está impregnada de muchos mitos y prejuicios (Alfredo, Cisternas & Verdugo-Huenuman, 2022).

Muchas de las definiciones que se le dan a la DFI tienen como referencia e influencia el modelo médico que es evaluado desde los profesionales de la salud, así como la psiquiatría, la psicología y la neurología, como se va a explicar más detalladamente en el siguiente apartado.

Estas definiciones parten de taxonomías y nosografías dando clasificación, como una especie de objetos de estudio, a este colectivo (Alfredo et al., 2022).

Desde esta concepción el cuerpo se erige como el centro del problema, dejándolo como un cuerpo inerte y no un cuerpo habitado proveniente de la existencia de una persona. Se deja de lado ver que a través del cuerpo la DFI está constituida por particularidades de cada persona como la biografía, cualidades específicas, sentimientos, etc. Desde una perspectiva sociológica se considera la diversidad funcional como un fenómeno que experimenta un colectivo de personas. Dicho de otra manera, la DFI son personas (Ferreira & Cano, 2017).

Una de las definiciones realizada por CDPD (Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad) según el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), (2014) tiene en cuenta la DFI como "la interacción con las barreras del entorno, que limitan la participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás" (p. 11). Por lo tanto, lo que enfatiza no es la persona, si no la situación en la que se encuentra la persona.

Otra visión para definir la DFI es la que habla sobre:

> Un trastorno del neurodesarrollo caracterizado por deficiencias en las funciones intelectuales, en resolución de problemas, pensamiento abstracto, planificación, juicio, razonamiento, aprendizaje a partir de la experiencia y aprendizaje académico; y deficiencias en el comportamiento adaptativo, que impiden la consecución de los estándares sociales y culturales para la independencia personal y la responsabilidad social y limitan el funcionamiento en una o más actividades de la vida diaria, tales como la participación social, la comunicación y la vida independiente. (APA, 2013, como se citó en Nicola-Piris et al., 2020, p. 84)

Hemos de considerar que la supresión de cualquier consideración sobre la persona a la hora de la intervención va a suponer una deficiencia, pero no por el déficit intelectual, sino porque va a ayudar a construir un “hábito de discapacidad” que modelará todas las posibilidades del desarrollo integral de la persona con DFI. Este hábito se puede reflejar, visto desde una perspectiva médica, como una solución a la enfermedad o al problema que en realidad no se conseguirá solucionar (Ferreira & Cano, 2017).

Terminología para Denominar al Colectivo

El termino más utilizado hasta la aparición del modelo social cuando se empezó a luchar por los derechos para las personas con DFI era “minusvalía” y con el surgimiento de este modelo apareció el término “discapacidad”. También se sustituyó el término “inserción” por “inclusión” con la aparición de la “Ley General de los Derechos de las Personas con Discapacidad y su Inclusión Social” en 2014. Más concretamente, el término “Discapacidad Intelectual” es el más usado hoy en día y fue acogido por la American Association of Intelectual and Developmental Disabilities AAIDD (Gil- Llario et al., 2021).

En 2005 se propuso un nuevo término que suprimía cualquier nomenclatura negativa que se utilizaba a este colectivo y se sustituyó el término “discapacitados” por “diversidad”. Es así como se actualiza el término Diversidad Funcional para hacer ver que las capacidades son diversas y que deben ser incluidas. Hay que aclarar que el termino diversidad funcional hace referencia a todas las diferentes capacidades que las personas pueden tener en relación a la interacción con la sociedad (Gil-Llario et al., 2021). Más adelante también se ha utilizado el término Diversidad Funcional Intelectual por algunos autores (Romananch & Palacios, 2008) tal y como se ha decidido utilizar en esta investigación, a pesar de que en la literatura sigue utilizándose y nombrándose el término Discapacidad Intelectual mayoritariamente.

Esta realidad hace ver que hoy en día no hay un consenso claro en cuanto a que terminología utilizar y que aún debe haber avances para que todas las personas se sientan incluidas y aceptadas en la forma en que se denomina y cómo dirigirse hacia este colectivo. (Gil-Llario et al., 2021). La Red de Comunicación de Plena Inclusión (2017) utiliza mayoritariamente el termino de personas con Discapacidad Intelectual o del Desarrollo, pero también hacen uso del término Diversidad Funcional o Capacidades Diversas. “Necesitamos aclarar a la sociedad qué palabras es mejor utilizar y que todos nosotros usemos también las mismas palabras” (Plena Inclusión, 2017, p.1).

Transcurso Histórico de los Modelos de Abordaje con las Personas con Diversidad Funcional Intelectual

En cuanto a la Discapacidad Intelectual también existe una larga trayectoria de actitudes en base a los contextos socioculturales de cada época histórica que ha tenido reverberación en la sexualidad de este colectivo (Velazquez H., 2013, como se citó en Gil-Llario et al., 2021). Es conveniente clarificar cuál ha sido la trayectoria para llegar a un modelo social y cuáles son las influencias de otros modelos que han dejado huella en la actualidad.

Las personas con DI han sido apartadas y discriminadas de manera exacerbada a lo largo de la historia. Existen varias visiones sobre cómo este colectivo ha sido tratado, y según los registros, uno de los primeros modelos fue el de la prescindencia que predominaba durante la Antigüedad y la Edad Media. (Romananch & Palacios, 2008).

En este modelo había una influencia religiosa muy clara que provocaba un gran estigma hacia este colectivo (Gil-Llario et al., 2021). Se creía que las personas con diversidad funcional eran consecuencia de espíritus malignos o de dioses inconformistas que castigaban a la humanidad. Es decir, la diversidad funcional se explicaba en función de las referencias bíblicas (Roosen, 2009,

como se citó en Velázquez et al., 2013). En la época de este modelo la imagen corporal era algo que tomaba importancia tal y como ocurría en las civilizaciones romanas y griegas, donde la perfección corporal era una de las metas a alcanzar (Fullan, 1998 como se citó en Velázquez et al., 2013). En resultado a ello, las personas que mostraran cualquier tipo de “deformidad” en el cuerpo eran discriminadas (Velázquez et al., 2013).

Las personas con discapacidad física o intelectual eran tachadas como personas sin derecho a la inclusión social y la sexualidad de este colectivo era evaluada según sus deficiencias. Una de sus repercusiones tuvo que ver con la reproducción sexual que se vio totalmente prohibida ante la intolerancia de la sociedad (Gil-Llario et al., 2021).

A medida que la concepción médico-científica fue tomando poder en las sociedades a inicios del siglo XX la diversidad funcional fue entendida desde aspectos más fisiológicos y no tanto religiosos (Gil-Llario et al., 2021). A raíz de aquí surge el modelo médico (Gil-Llario et al., 2021) o modelo rehabilitador tal y como lo denominan Romananch & Palacios, (2008). En este enfoque la diversidad funcional es entendida desde una deficiencia fisiológica y por lo tanto se le pone más atención a las limitaciones y no a las habilidades de la persona (Jiménez, 2018, como se citó en Gil-Llario et al., 2021). Este modelo hace así una conexión entre la discapacidad y la enfermedad (Rodriguez y Ferreira, 2010, como se citó en Gil-Llario et al., 2021).

Desde esta perspectiva, el modo de intervenir con las personas con discapacidad está enfocado en la deficiencia que presenta cada persona en relación a una enfermedad (Gil-Llario et al., 2021) y una buena intervención se evalúa en base a las capacidades que la persona consigue alcanzar, es decir, en base a la habilidad de rehabilitación (Bellacasa & Matheeussenm, 1992, como se citó en Romananch & Palacios, 2008).

Este modelo impulsó a la institucionalización de este colectivo con el fin de agruparlo y proporcionarle un tratamiento como cura a su enfermedad. Como consecuencia, las personas con DFI fueron apartadas de la sociedad (Romananch & Palacios, 2008 como se citó en Jiménez 2018) y aisladas en un entorno donde la expresión de la sexualidad dejó de ser una posibilidad. A ojos de la sociedad la sexualidad era un aspecto más que ellos y ellas habían perdido junto a las demás habilidades por las que se les diferenciaba (Gil-Llario et al., 2021). Este modelo ha generado una serie de mitos en cuanto a la sexualidad de este colectivo que han perdurado en el tiempo (Gil-Llario et al., 2021).

Ante estas creencias que no beneficiaban a la inserción en la sociedad de este colectivo, algunos familiares de las personas con DFI y grupos de personas con DFI comenzaron a reivindicar el derecho a la autodeterminación (Gil-Llario et al., 2021). Dejaron de aceptar la opresión del sistema médico puramente institucionalizado y rehabilitador y comenzaron a pedir respeto por la dignidad humana, libertad individual e igualdad (Romananch & Palacios, 2008).

Tras esta lucha por conseguir derechos civiles y una vida independiente comenzó a surgir en la década de los setenta el modelo social (Oliver, 1998) que parte de la idea de que “la diversidad funcional es una construcción y un modo de opresión social, y el resultado de una sociedad que no considera ni tiene presente a las mujeres y hombres con diversidad funcional”(Romananch & Palacios, 2008, p. 38). Es por esto por lo que se puso como prioridad la inclusión social de este colectivo, así como la autonomía de la persona con el fin de equiparar las oportunidades dentro del sistema (Romananch & Palacios, 2008).

Las causas de origen de las PDFI dejaron de ser religiosas o científicas y se convirtieron en sociales, dejando atrás también el biologicismo que le predecía. Las PDFI pasaron a ser personas que eran igual de válidas que el resto de la población para aportar a la sociedad (Gil-Llario et al.,

2021). Cabe destacar que las mujeres con DFI empezaron a alzar la voz y hacer visibles sus preocupaciones en esta época implicándose y utilizando el movimiento feminista (Oliver, 1998). Diríamos como resumen que el modelo social entiende las deficiencias de la DFI en base a las estructuras sociales que no contemplan las necesidades de estas personas y las apartan de una vida colectiva, dificultando así el desarrollo de su sexualidad (Ferreira, 2010).

Dentro del modelo social en el que nos vemos hoy en día inmersos surge un modelo que abarca específicamente el desarrollo sexual de este colectivo. Este se denomina el modelo biográfico profesional (López, 2011). Este modelo contempla la importancia de la biografía de las personas con DFI y asume la sexualidad como diversa y única en cada persona. Se aboga por la información científica y no sesgada, al igual que se tiene en cuenta la libertad de elección dentro de su gran diversidad (Fallas, 2009, como se citó en Gil-Llario et al., 2021).

Una de las cosas por las que este modelo opta es por la actitud erotofílica, es decir, la implicación de promover un discurso positivo sobre la sexualidad. A su vez este discurso ha de ser tolerante por contemplar la diversidad y ético con la responsabilidad que requiere la libertad promovida en cada caso en particular (López, 2011; Gil-Llario et al., 2021). Este modelo ha sido muy significativo para los avances en cuanto a la consideración de la sexualidad de estas personas. (Gil-Llario et al., 2021).

Sexualidad en Personas con Diversidad Funcional Intelectual

Mitos sobre la Sexualidad de Personas con Diversidad Funcional Intelectual

A raíz del modelo médico, se han generado una serie de mitos en cuanto a la sexualidad de este colectivo que han perdurado en el tiempo y que hoy en día aún están instauradas en nuestra sociedad (Gil-Llario et al., 2021).

Estos mitos se consolidan en la cultura y pueden ser de gran influencia para las actitudes sexuales de una sociedad. En el caso de las personas con diversidad funcional la reverberación aún es mayor, ya que por sus condiciones físicas o intelectuales cargan de antemano con un estigma social (Navarro, 2012). La literatura científica ha recopilado estudios acerca de estos mitos y me parece relevante describir cuáles son estas creencias.

El primer mito está en relación a la creencia de que las personas con diversidad funcional son personas asexuadas. Sin embargo, las investigaciones no muestran diferencias en cuanto al interés por la dimensión sexual entre la población general y las personas con DFI (Gil-Llario et al., 2021). Este mito tiene que ver con que hay una tendencia a ver a las personas con DFI como eternos niños (Navarro, 2012).

Es a raíz de esta creencia surge el mito de que "las personas con DFI son sexualmente como niños" (Gil-Llario et al., 2021, p. 5). Por ello, se les ve como personas inmaduras, inocentes y con poca autonomía para tomar decisiones (Gil-Llario et al., 2021). Esta visión se debe a que el desarrollo de la adolescencia no se deja vivir con normalidad a este colectivo siendo esta una etapa necesaria para alcanzar la autonomía y adultez (Contino et al., 2019). Se podría señalar que, a pesar de que sean personas adultas, se encuentran en una etapa evolutiva que supuestamente no va acorde con la temporalidad acertada de desarrollo (Aznar & González Castañón, 2008, como se citó en Contino et al., 2019). Sin embargo, no hay una sexualidad diferente para personas con DFI o para personas sin DFI, ni tampoco lo hay para los niños y adultos, si no que la sexualidad humana es una dimensión global que se manifiesta de diversas maneras conforme a la etapa de vida en la que cada persona esté (Rivera Sánchez, 2008 como se citó en Losada & Muñiz, 2019).

A más detalle, esta visión habla de cuerpos bajo la etiqueta de PDFI que son desde la infancia destinados a ser objeto de cuidados de otras personas, por lo que se da pie a que las

prácticas sexuales y los cuidados higiénicos se empiecen a desarrollar de manera autónoma postergada. Más aún, esta visión del cuerpo se aleja de la posibilidad de ser un cuerpo deseado y que pueda obtener placer (Aznar & González Castañón, 2008 como se citó en Contino et al., 2019).

La eterna infancia de esta población está relacionada también con el miedo a expresar su sexualidad debido al posible rechazo que puedan generar en las personas de su entorno (Abal, 2012). Cabe destacar que existe un subgrupo de personas que optan por la asexualidad al igual que en el resto de la población, lo cual sigue siendo una alternativa válida (Gil-Llario et al., 2021).

Otro de los mitos que están en vigor es él que dice que la educación sexual solo sirve para despertar su sexualidad dormida (Gil-Llario et al., 2021). Este mito hace referencia a que la aportación de información sobre sexualidad podría incitar y promover sus impulsos sexuales (Navarro, 2012) y que la ignorancia es la forma más eficaz de silenciar la sexualidad (Losada & Muñiz, 2019). Sin el aprendizaje que la educación sexual les puede aportar, se obstaculizará la comprensión de lo que supone crecer como un cuerpo sexuado en la llegada de la adolescencia. La falta de información sí que puede generar conductas inapropiadas en cuanto a las convenciones sociales, ya que es esencial conocer las normas sociales para saber dónde y cuándo se pueden expresar deseos sexuales. Además, la falta de información puede provocar a este colectivo mayor exposición a situaciones de riesgo como abusos sexuales, embarazos no deseados o contagios por Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) (Gil-Llario et al., 2021).

Este hecho está relacionado con el mito de que las personas con DFI tienen una conducta sexual promiscua. Se les atribuye la dificultad para controlar impulsos sexuales y mostrar constantemente demandas de afecto. Deberíamos concretar primero que esta dificultad para controlar los impulsos lo muestran tanto las personas que tienen DFI como las que no. Sin

embargo, la falta de la misma educación sexual es lo que provoca este tipo de comportamientos ante el desconocimiento de la sexualidad o la prohibición de expresiones sexuales (Navarro, 2012).

Muchas de las personas con DFI han crecido entendiendo la sexualidad como un tema tabú y por lo tanto han optado por descubrir los aspectos de esta por su propio medio. Ante la prohibición constante de la manifestación sexoafectiva las conductas de impulsos pueden ser una vía de escape para ellos (Gil-Llario et al., 2021). Sin embargo, tener una muestra de cariño hacia alguien hace que pueda ser una manera de intentar conocer lo que es la sexualidad y no un impulso inadecuado que haya que frenar. A estas muestras de afecto a menudo se les atribuye una connotación sexual interpretando que lo que realmente buscan es cubrir una necesidad sexual física, cuando no hay motivo de que sea así (Gil-Llario et al., 2021).

Otra falsa creencia es que “las personas con DI no resultan atractivas a otras personas” (Gil-Llario et al., 2021, p. 6). Este mito por poco trivial que parezca afecta al área sexual de este colectivo, ya que trae intrínseca la creencia de que las personas sin atracción no sufren abusos sexuales. Por un lado, esto les hace más vulnerables a situaciones de agresión sexual ya que no saben cómo defenderse al no conocer la posibilidad de que esto ocurra y, por otro lado, las personas de su entorno pueden pecar de no escucharlos o no creerles cuando ocurre un suceso de agresión, ya que no perciben que puedan ser posibles víctimas de abuso (Navarro, 2012).

Este mito suscita a la creencia de que las personas con DI no pueden tener una relación amorosa de pareja, ya que no son dignos de agradar a los demás (Gil-Llario et al., 2021). Este mito está ligado a que la sexualidad y la capacidad intelectual estén correlacionadas y vayan de la mano de forma paralela. Siguiendo esta lógica, se asume que cuanta más limitación haya en la persona menos capacidad de vincularse sexualmente habrá, y que, por ende, las personas con DFI no podrán desarrollar una sexualidad sana, si no que se conformarán con una sexualidad inadaptada y

carente (Losada & Muñiz, 2019). Sin embargo, se sabe que todos los seres humanos tenemos la capacidad de expresar amor, seducción y afecto independientemente de la condición física o intelectual (Aznar & González Castañón, 2008, como se citó en Contino et al., 2019).

Otro mito común es que “todas las personas con DFI son heterosexuales” (Gil-Llario et al., 2021, p. 7). Existe aún una estigmatización social en cuanto a visibilizarse como homosexual o bisexual en algunas culturas o grupos sociales (Navarro, 2012) y a pesar de que en la población sin DFI haya habido avances hacia la diversidad sexual, aún para este colectivo hay más dificultad para facilitar el paso a la diversidad. Este mito surge de la tendencia que la sociedad tiene a homogeneizar a este colectivo. Se predetermina una sexualidad mayoritaria para las PDFI y no se contempla a cada individuo desde su propio desarrollo personal y sexual (Gil-Llario et al., 2021).

Hay una vieja creencia acerca de la las PDFI que afirma que “la discapacidad engendra discapacidad” (Navarro, 2012, p. 17). Este mito trae como consecuencia creer que el hecho de controlar la reproducción sexual de estas personas disminuiría la posibilidad de engendrar hijos con DFI (Losada & Muñiz, 2019). Sin embargo, otro estudio ha dado a luz que solo el 30% de los hijos e hijas de los padre o madres con DFI nacen con una afectación cognitiva moderada o severa (Verdugo et al., 2013 como se citó en Gil-Llario et al., 2021).

Este mito relaciona directamente la sexualidad con la reproducción y genera de base la creencia de que la sexualidad está vinculada a la práctica coital (Losada & Muñiz, 2019), a pesar de que el abanico sexual es mucho más amplio. También relaciona el coeficiente intelectual como algo decisorio para la garantía de una maternidad o paternidad apropiada (Verdugo y Bermejo, 1995).

Más aún, cuando se reduce la sexualidad a la práctica coital o a la parentalidad, el temor al embarazo no deseado está presente (Gil-Llario et al., 2021) y, sin embargo, se están dejando atrás otros aspectos relevantes de la sexualidad, así como el querer sentir deseo por alguien, el

enamoramiento, la comunicación que implica el afecto o la diversión y exploración de placeres que se dan tanto en personas con DFI o sin DFI.

Por último, otro de los mitos que abundan en el colectivo tiene que ver con los mitos de la narrativa romántica del amor y la pareja. Estas narrativas están presentes en adolescentes tanto con DFI o sin DFI y han tenido repercusión en la forma de entender y expresar la convención del amor, y, en consecuencia, la sexualidad. Cabe mencionar que estos mitos abundan más en la población con DFI, ya que como anteriormente he descrito la niñez eterna les ha sellado una mayor serie de creencias en cuanto al amor idílico. Creencias y fantasías como el príncipe azul que nos rescatará de la soledad, la media naranja como persona predestinada que condicionará nuestra realización como persona hasta encontrarla y con la que hay que formar una pareja o el amor para toda la vida "hasta que la muerte nos separe" (Navarro, 2012, p. 18) , están muy presentes en el discurso que se genera en base al amor y la pareja. Estos mitos traen a veces consigo la creencia de tener que permanecer con la pareja bajo cualquier circunstancia, así como la del "derecho a la propiedad" (Navarro, 2012, p. 18) o la justificación de los celos que pueden dar pie a la violencia de género (Navarro, 2012). Estos mitos hacen de nuevo que, tanto las personas con DFI como las que no presentan DFI, tengan que estar dentro de unos parámetros para considerar que su sexualidad o su forma de amar es aceptada y validada dentro de los cánones que marca la cultura. En el caso de las PDFI estos parámetros son más difusos en cuanto a su validez real y restringidos en cuanto a su aplicación.

Nociones de la Sexualidad en las Personas con Diversidad Funcional Intelectual

Tal y como el modelo social explica, las barreras de la expresión sexual de las personas con DFI, tienen que ver principalmente con la sociedad en la que vivimos y no con los cuerpos con los que están dotados (Shakespeare, 2000).

Las personas con DFI experimentan la sexualidad de la misma forma que cualquier otra persona, ocasionalmente de manera confusa, pero siendo una parte primordial de sus vidas. (Del Moral Zamudio, 2001 como se citó en Losada & Muñiz, 2019). Por lo tanto, no hay una sexualidad específica para las personas con DFI, sino que la sexualidad humana es algo presente en todos los seres y que se manifiesta de diferente forma según la etapa de la vida (Rivera Sánchez, 2008).

La sexualidad de las personas con DFI, al igual que la de cualquier otra persona, no surge en la adolescencia, sino que está latente desde el momento en que se relacionan con otras personas, es decir, desde el nacimiento. Es en la etapa de la adolescencia cuando el cuerpo y la percepción de uno mismo cambia y cuando se detiene la manifestación sexual en las PDFI. Basado en la negación social de su sexualidad, el despertar sexual de estas personas es inhibido y produce un desfase en su desarrollo sexual y afectivo (Núñez, 2008, como se citó en Losada & Muñiz, 2019).

La sexualidad en las personas con DFI ha sido una temática que ha provocado exclusión y dudas durante mucho tiempo y, por lo tanto, ha sido más fácil no considerarla que comprometerse a abordarla. Tratar los temas de sexo y amor se relaciona con un nivel de aceptación muy básico y compromete a las personas a enfrentar temáticas delicadas, como los numerosos casos de abusos y de aislamiento que han padecido en sus vidas (Shakespeare, 2000).

La expresión sexual es parte de la identidad sexual y silenciarla significa omitir un fundamento del ser humano (Lee et al., 2020). Ser sexualmente activo implica tener autoestima, cierta confianza y la capacidad para comunicarse (Shakespeare, 2000), por lo que debe reconocerse la importancia de la educación sexual en personas con DFI. La sexualidad integra una serie de aspectos que involucran el desarrollo de las personas como aprender a conocerse,

aceptarse y respetarse y es imprescindible para el ajuste de la personalidad de cada individuo (Rivera Sánchez, 2008).

Según la investigación realizada por Gil-Llario et al., (2021) desarrollar una vida sexual satisfactoria, tanto en las personas con DFI como en personas sin DFI, está relacionado con mayor calidad de vida. En el caso de las PDFI es posible conseguirlo reforzándolas mediante los apoyos que necesitan.

La mayoría de las personas entrevistadas afirmaron haber tenido pareja alguna vez y cuando no era así mostraban el deseo hacia ello (Gil-Llario et al., 2021). En la entrevista contaban sus vivencias en cuanto a las relaciones de pareja y, según sus testimonios, se puede ver que los problemas y dificultades que experimentan son semejantes a los de la población general (Gil-Llario et al., 2021). Aquí unos ejemplos extraídos de la entrevista: ""Yo antes estaba con Fran, pero lo hemos dejado. Yo le sigo mandando mensajes, pero él no quiere ser mi amigo, ni nada. No me da igual, pero me conformo." Carmen, 29 años" (p.43).

> "Yo con Pepa no pienso volver por nada del mundo, me agobiaba mucho, no quería que después del taller me subiera a informática y me mandaba muchos mensajes. Se enfadaba cuando yo quería cantar copla, y al final no me dejaba ser yo mismo." Antonio, 29 años. (p.43)

""Yo nunca he tenido pareja, a mí me ha pillado otra época. Veo a la gente joven, que sí que tiene pareja y me gusta, pero yo ya me veo limitado." Jose Luis, 53 años" (p. 44).

En esta misma investigación se vio que el bienestar emocional está correlacionado con una mayor autoestima y satisfacción sexual, así como una actitud más favorable a hacia la erotofilia y una mayor práctica sexual (Gil-Llario et al., 2021).

Sin embargo, a pesar de que la erotofilia esté relacionada con una mejor calidad de vida, el entorno donde viven las personas de este colectivo influye mucho en su calidad de vida y en su sexualidad. Los pisos tutelados, por ejemplo, ofrecen mayor autonomía que las residencias para posibilitar una sexualidad más plena. El rol que toman las personas de su entorno, como lo son los familiares y los profesionales, también influencia mucho en la libre accesibilidad a la vida sexual (Gil-Llario et al., 2021).

Actitud de las Familias de las Personas con Diversidad Funcional Intelectual

Los familiares de personas con Diversidad Funcional y, especialmente los padres, están generalmente habituados a participar activamente en los cuidados personales como la alimentación, la higiene, la vestimenta, los traslados, entre otras actividades de la vida diaria. Tales apoyos constituyen un deber de cuidado, y el balance adecuado entre protección y autonomía, puede evitar el abandono o bien la sustitución de la voluntad (Seda, 2021).

En el ejercicio de dicha autonomía, las personas con DFI pueden tomar sus propias decisiones a lo largo de su vida, inclusive con el riesgo de equivocarse. Sin embargo, al igual que requieren apoyos para algunas actividades de la vida diaria, también pueden necesitar apoyos para tomar decisiones como contraer matrimonio, decidir tener hijos y llevar adelante la crianza de ellos. Estas decisiones impactan en sus intereses o deseos a largo plazo (Seda, 2021).

Tal y como se observa en el estudio de Gil-Llario et al., (2021), la toma de decisiones de la sexualidad de las PDFI no siempre se hace de manera autónoma: ““Hombre para mí la sexualidad… pues es algo que es muy importante en la vida de las personas. Pero a mí no me dejan tener novia, mi madre dice que eso no está bien.” Marcelino, 38 años” (p. 45).

> “Mira yo llevaba con Nieves como 12 años. Al principio todo muy bien, pero una vez su hermana Aurora nos pilló unas fotos muy íntimas. Desde entonces nos han prohibido estar juntos. Solo podemos ser amigos. Es un problema cuando quieres a alguien y su familia no quiere que estéis juntos. Yo al final tuve que dejar de ser novios, porque estaba sufriendo mucho, ahora somos amigos, pero todavía siento cosas por ella”. Juan José, 45 años. (p. 46)

Carmen también hace comentarios en base a la sexualidad y en como la manifiesta (Gil-Llario et al., 2021):

> “A mí me dicen las psicólogas, que yo tengo una dependencia emocional de mi novio, mi barrasilto, pero yo no sé bien lo que es. Su hermano no nos deja estar juntos. Un día nos vio por el parque y nos estábamos besando como hacen las parejas, bueno sí, un poco más apasionados. Su hermano lo vio, le pegó un puñetazo y se lo llevó a su casa. Desde entonces estamos juntos, pero a escondidas. Mi cuñado es un egoísta porque él mete en la casa a quien le da la gana, y ahora se va a casar por tercera vez. Se cree que por ser discapacitado no tiene los mismos derechos. Yo es que lo paso muy mal”. Carmen, 47 años. (p. 46)

Por otra parte, Isabel añade lo siguiente (Gil-Llario et al., 2021):

““Yo tengo un novio que es Carmelo, es muy bueno y nos damos la mano y algunos besos con lengua, pero sin que nadie lo vea”. Isabel 37 años” (p. 46).

Tal y como se ve en estos comentarios, la sobreprotección en las personas con DFI puede dar lugar a una postergación de la voluntad de la persona (Seda, 2021) , o incluso, ser víctimas de manipulación por parte de sus familiares, ya que ponerse en manos de otra persona trae consigo la

posibilidad de ser vulnerable ante la manipulación, el maltrato o al abuso (Piñas, 2020). Una forma sutil de manipulación de las personas con DFI es darles un trato cotidiano como si fueran eternamente niños (Seda, 2021).

A continuación, se han extraído otros comentarios que hicieron los participantes con DFI en las entrevistas de la investigación de Gil-Llario et al., (2021) donde se muestra la manipulación de los familiares:

> ” Nunca se lo voy a perdonar, a nadie de las personas que me engañaron. Me dijeron que iba a ir a una revisión, y me operaron. ¿Y qué pasa, que yo no tenía derecho a enterarme de lo que estaba pasando?, ¿De lo que me querían hacer?, ¿Y si yo hubiese querido tener hijos?,¿Por qué? Desde hace 6 años tengo una depresión muy grande, y tomo mucha medicación”. Mercedes, 44años. (p. 48)

““Yo tengo una pastilla que me tomo todos los días. Me ayuda con las reglas. ¡ah, pero no sabía yo que era para no quedarme embarazada!”. Bea, 19 años” (p. 49).

Tal y como se puede ver en este último comentario, la falta de educación afectiva-sexual en las personas con DFI provoca que sean fácilmente manipuladas y engañadas en cuanto al control del embarazo no deseado (Gil-Llario et al., 2021).

Sin embargo, si se ha recibido una educación adecuada y se cuenta con la opinión de la persona, se comprueba que la información puede ser bien recibida y que la persona con DFI puede cuidarse tal y como se muestra en este comentario (Gil-Llario et al., 2021):

> ” Nosotros tenemos la vasectomía hecha, nos lo preguntó nuestra madre y nos pareció buena idea. No duele nada. Lo que pasa que también sabemos que la vasectomía solo nos

sirve para no tener hijos, pero no nos previene de las enfermedades." Fran y Ezequiel, 21 años. (p.49)

Los familiares y, en concreto los padres de las personas con DFI, muestran inseguridad y falta de información sobre cómo actuar en la llegada de la adolescencia de sus hijos e hijas según el estudio de Kok & Akyuz, (2015). En este estudio los padres mostraron preocupaciones y dudas con respecto a los cambios físicos y puberales como el crecimiento del vello púbico y axilar, la menstruación, el inicio de la masturbación, los cambios de humor o el hecho de taparse las zonas genitales a la hora de lavar a sus hijos. Las problemáticas sobre el control del comportamiento sexual, la comunicación e incluso el querer proteger al niño o niña del abuso sexual son temas también de preocupación y que provocan inseguridad en las familias (Kok & Akyuz, 2015).

En otro estudio de Isler et al., (2009) donde participaron 40 familias con DFI se concluyó que el 75% de los padres no recibieron educación profesional en sexualidad y que un tercio nunca habló de sexualidad a sus hijos. Entre las familias que habían hablado de sexualidad a sus hijos la mayoría comenzaron a hacerlo en la etapa de la adolescencia, a pesar de que el 55% de los padres creían que la educación sexual de los jóvenes debía empezar en la educación primaria.

El 45% de los padres reconocía que sus hijos se masturbaban y más de la mitad tenían opiniones falsas sobre la masturbación. El 57,5% de los padres manifestaron que informaron a sus hijos sobre las características físicas del período de la adolescencia y el 27,5% de ellos informaron a sus hijos sobre temas como los órganos reproductivos. La gran mayoría de los padres (72,5%) mostraban preocupaciones sobre el futuro de sus hijos (Isler et al., 2009).

Ante la falta de información y conocimientos acerca de la sexualidad es primordial que los padres con niños que tienen necesidades especiales sean informados por profesionales de la salud (Isler et al., 2009).

Profesionales en el Ámbito Educativo y Terapéutico con Personas Con Diversidad Funcional (DF)

En la investigación realizada por Lee et al., (2020) se clarificó que los participantes con Diversidad Funcional (DF) pedían que los profesionales que los acompañaban tuvieran tres características fundamentales: una actitud de aceptación sin juicio, una clara muestra de confianza y conocimiento actualizado sobre las problemáticas que sufre la población.

A pesar de que la práctica de trabajo con la población de DF requiere de empatía y una mirada sin juicio, los participantes mencionaron la primera de las peticiones antes mencionada debido a experiencias por haberse sentido juzgados (Lee et al., 2020). Como comentó una de las participantes: ““I think they need to leave their personal opinions at the door. Because the opinions that came out during my experience were so strong.” (Betsy)” (p.15).

Otra participante destacaba, según sus comentarios, que la actitud de los profesionales es aún más importante que el mero servicio que ofrezcan. Comenta que los profesionales deben estar abiertos a los asuntos que importan a las personas y que la apertura a hablar de cuestiones íntimas y personales es el núcleo para la atención sanitaria y social (Lee et al., 2020).

Las relaciones basadas en la confianza también han sido una premisa sugerida por los participantes, lo cual implica que los profesionales puedan debatir sobre el bienestar sexual. Los participantes declararon que no hablarían de bienestar sexual con un profesional que no sentían confianza. Esto se relaciona con la importancia de construir relaciones abiertas y empáticas para poder hablar sobre aspectos relevantes de manera segura (Lee et al., 2020). Aquí las declaraciones de uno de los participantes:

> “Zack: To be honest I spoke to nobody, you’re the first, about sexual things. But a lot of it comes down to, I think, trusting somebody and being able to talk to them…I’ve never been

asked that before, so I was being asked there and that took me …by surprise. As for talking to somebody, no not often. I keep quiet. No, I'm not used to it." (p. 16)

Otro participante en el estudio buscó consejo de profesionales de la salud, pero se le informó que hasta que el sexo fuera algo relevante en su vida no sería informado o no se le daría soporte (Lee et al., 2020). A continuación se muestra el comentario que esta persona realizó:" Girl, fucking. Sperm comes easy, that my body parts are healthy. Big man - involves being a big man, being macho. In control of a girl, getting her to do things." (Jack) (Lee et al., 2020, p. 12).

Al analizar esta cita se percibe que la falta de control que Jack tiene sobre su cuerpo y la ausencia incorporada del sentido de igualdad lo lleva a buscar el control de otras maneras. Expresa su deseo de control a través de fantasear con el control sexual hacia otra persona. Por la falta de educación sexual y la inexperiencia en relaciones románticas y sexuales se ve limitado a la comprensión de que las relaciones se pueden desarrollar de manera igualitaria y equitativa. También se ve con poca capacidad de *insight* en sus fantasías sexuales, ya que las encarna con mucha potencia (Lee et al., 2020).

No reconocer a esta persona como un ser sexuado y no prestarle atención para su bienestar hizo que esta persona perdiera la oportunidad de recibir educación sexual y perdió la oportunidad de explorar lo que involucra la naturaleza de las relaciones respetuosas (Lee et al., 2020).

En el estudio de Gil-Llario et al., (2020) también se hicieron comentarios al respecto a las actitudes de los profesionales:

"Yo estoy harta del que corra el aire, si me acerco a mi novio en el patio me viene un monitor y me dice que corra el aire, si vamos por el pasillo y nos damos la mano, viene

alguien y me dice que corra el aire, si me ven por el autobús que corra el aire. Estoy muy cansada…" Angustias, 49 años. (p. 45)

Por otro lado, los participantes del estudio realizado por Lee et al., (2020) indicaron que es importante que los profesionales tengan conocimiento sobre el deterioro en la identidad sexual y el bienestar que esta población sufre. Los profesionales pueden influir positivamente en la autoestima y la confianza de las personas con DF y esto incluye el poder reconocer a las personas con DF como seres sexuales (Milligan y Neufeldt ,2001, como se citó en Lee et al., 2020).

La Asistencia Sexual

El colectivo de personas con DFI tiene los mismos deseos y necesidades sexuales que las personas sin DFI, según el estudio de Gil-Llario et al., (2021), y coincide con el resultado de otros trabajos anteriores (Borawska-Charko et al., 2017, como se citó en Gil-Llario et al., 2021; Lee et al., 2020).

La mayoría de los participantes expresaba unos niveles de actividad sexual tanto real como imaginativa muy similar a la de la población general, sobre todo en cuanto a la sexualidad autoerótica. A pesar de ello sus expectativas de satisfacción ante esas necesidades no eran muy altas (Gil-Llario et al., 2021). Aquí se muestran algunas de sus expresiones en las entrevistas:

"Yo es que si te digo la verdad… a mí me gustan todas las mujeres. A ninguna le saco yo algo que no me guste… Y a veces eso me da algunos problemas… Mi hermano dice que me deje de rollos que al final no me voy a comer na." Luis, 23 años. (p. 41)

"A mí que quieres que te diga, a mí me gusta de todo: los hombres y las mujeres. Yo no tengo mucho contacto con nadie porque me cuesta mucho trabajo, pero si por mí fuera, estaría con muchas personas a la vez." Andrés, 36 años. (p. 41)

> “Yo no he conocido hembra todavía, y la verdad es algo que me cuesta mucho trabajo. Yo me he dado besos, y he tocado, pues lo que me han dejado, pero lo que es el sexo, pero ¡qué va! Todavía nada.” Olegario, 53 años. (p. 42)

““Yo voy a un “puti”, me llevan mis hermanos mayores. Porque yo es que no aguantaba, voy una vez al mes.” Jerónimo, 27 años” (p. 42).

Ante la necesidad de la práctica sexual y la dificultad para el acceso a ella en las personas con DF, uno de los recursos que se utiliza es el de la asistencia sexual (Agthe, 2013; Centro de Documentación y Estudios SIIS & Fundación Eguía-Careaga Fundazioa, 2012). Esta supone el acceso a experiencias sensoriales, sensuales o sexuales para las personas con DF que sueñan con satisfacer estos aspectos y a través de este recurso encuentran un lugar justo y bueno para combatir sus vidas demasiado confinadas, asfixiadas y solitarias (Agthe, 2013).

El Instituto para la Autodeterminación de las Personas con Discapacidad (ISSB) en Alemania ofrece dos tipos de servicio: el asesoramiento sexual y el acompañamiento sexual. El primero trata de informar y asesorar acerca de la sexualidad y de las prácticas sexuales a las personas con DF. El segundo tiene como función la preparación o el mantenimiento para la realización de prácticas sexuales y puede incluir también los servicios sexuales. Estas pueden consistir en mantener relaciones sexuales como tal y también, muy frecuentemente, en prácticas más vinculadas con lo afectivo y lo sensual que lo meramente sexual (Centro de Documentación y Estudios SIIS & Fundación Eguía-Careaga Fundazioa, 2012).

> Las prestaciones esperadas en este servicio se basan en la atención a los mensajes verbales y no verbales, en el reconocimiento de la identidad de cada uno, en una aproximación individualizada y gratificante, adaptada al ritmo del beneficiario, con masajes sensoriales y

sensuales, desnudeces compartidas, o en la ayuda para la masturbación cuando la discapacidad lo hace preciso. (Agthe, 2013, p. 26)

"Los profesionales practican aproximaciones muy progresivas, respetuosas, lentas, prudentes, delicadas, finas y humildes, sin esperar un resultado espectacular, revelando a la persona ante sí misma y su sentimiento de estar viva en cuanto que hombre o mujer" (Agthe, 2013, p. 26).

El objetivo con este servicio es ayudar a que la persona con DF pueda sentirse sexualmente autorrealizada y tenga una mayor autoconfianza (Centro de Documentación y Estudios SIIS & Fundación Eguía-Careaga Fundazioa, 2012). Según Agthe, (2013), "todo el mundo debería tener acceso a la posibilidad de reconocer y de aceptar la expresión de su identidad sexual, de sus necesidades y de los deseos de sus sentidos" (p. 26). Por otro lado, la misma autora señala que la asistencia sexual no actúa como sustituto de la relación amorosa y que a la hora de valorar su uso como recurso hay que tener en cuenta que cada situación personal es única (Agthe, 2013).

Este tipo de asistencia vista aún como un tabú (Agthe, 2013), también se ofrece en países como Austria, Suiza y Holanda y exige una formación previa a los profesionales que la ejercen para distinguir entre los distintos tipos de DF y así poder ajustarse a las limitaciones y necesidades que más se asocian a cada una (Centro de Documentación y Estudios SIIS & Fundación Eguía-Careaga Fundazioa, 2012).

Mujeres y Diversidad Funcional Intelectual

Las mujeres con DFI son personas más invisibilizadas en cuanto a la sexualidad en comparación a los hombres (Centro de Documentación y Estudios SIIS & Fundación Eguía-Careaga Fundazioa, 2012). Este grupo de personas sufre una triple estigmatización: son mujeres, son personas con Diversidad Funcional y además Intelectual (Gil-Llario et al., 2021).

Esto hace que muchas mujeres con DFI vivan la sexualidad como algo negativo debido a las connotaciones que se le ha dado, generando miedo a relacionarse con otros y a la intimidad (Bernet y Ogletree, 2013 como se citó en Gil-Llario et al., 2021). Dicho de otra forma, las mujeres en este colectivo tienen una tendencia más grande a la erotofobia, es decir, a ver el sexo como algo negativo.

Algunas personas con DFI carecen de habilidades para comunicar sus deseos sexuales y, por lo tanto, a veces necesitan la consideración de los profesionales de su entorno o su familia para resolver o expresar sus necesidades. En estos casos, al menos en los hombres la excitación sexual es más visible, pero en el caso de las mujeres al no serlo pasa más desapercibida (Centro de Documentación y Estudios SIIS & Fundación Eguía-Careaga Fundazioa, 2012). Es por esto que la sexualidad de las mujeres tiende a ser más invisible.

Los cánones de belleza también es algo que estigmatiza más a la mujer, ya que las convenciones sociales ponen más énfasis en la belleza femenina. Esto conlleva a veces una baja autoestima que repercute en las relaciones que vayan a crear. Hay una mayor tendencia a aceptar los comportamientos sexuados de las DFI hombres y una tendencia a la sobreprotección de las mujeres. Esta tendencia a la sobreprotección tiene unas consecuencias contradictorias, ya que puede derivar en ofrecer menos información acerca de la sexualidad, no ocuparse de su propio cuerpo, de sus procesos fisiológicos, deseos y afecto, por lo que acaban siendo más vulnerables a abusos sexuales (Centro de Documentación y Estudios SIIS & Fundación Eguía-Careaga Fundazioa, 2012).

La falta de autonomía es la que provoca finalmente esta desprotección. Según estudios realizados, cuanta menos interferencia haga la familia para controlar la sexualidad de sus descendientes, mayor será la autodeterminación por parte de ellos y ellas (Gil-Llario et al., 2021).

Abusos Sexuales en personas con Diversidad Funcional Intelectual

El abuso sexual ocurre en aquellas situaciones en las que una persona se ve implicada en relaciones sexuales que no quiere y no ha consentido de manera voluntaria teniendo o no una comprensión global sobre la misma. Esta situación se ve más agraviada cuando se trata de personas con DFI (Verdugo et al., 2002).

Según el estudio realizado por Giménez-García et al., (2017) el abuso sexual es una realidad que perjudica a las personas DFI en mayor cantidad que a las personas sin DFI. Los mismos autores especifican que estas incidencias son mayores en mujeres y en niños y niñas de este colectivo. Estos datos son difíciles de cuantificar ya que se estima que solo el 20% de los abusos son denunciados (Gutiérrez, 2010 como se citó en González, 2016). Según la misma fuente, hay un mayor porcentaje de abusos provocados por miembros de la misma familia de la víctima, por lo que puede ser más dificultosa la denuncia.

En un estudio realizado por Giménez-García et al., (2017) donde participaron 154 personas con DFI, casi hasta un 20% afirmó que “alguien ha intentado mantener relaciones sexuales pese a que ellos no querían” (p. 132), siendo más frecuente entre las mujeres (30%) que entre los hombres (13,2%). Dentro del porcentaje general de abusos, un 32% afirma que no se lo dijeron a nadie y en el caso que lo comunicaran la persona a la que recurrieron con mayor frecuencia fue la madre (45%), seguida del educador (26%) y después el padre (%26). En cuanto a la reacción que obtuvieron de la otra persona, un 51,6% les dijeron que no se preocupara, un 9,7% afirma que les riñeron, y un 9,7% no se lo creyó (Giménez-García et al., 2017).

Los porcentajes antes mencionados son relativos, ya que hay personas con DFI que no llegan identificar los abusos sexuales o tampoco los verbalizan. Muchas veces la manera de afrontarlo es desde un posicionamiento pasivo, lo que podría estar relacionado con una

dependencia socioafectiva con las personas de su entorno, así como cuidadores o familia (Dolores et al., 2014).

En otro estudio realizado por Gil-Llario et al., (2021) indica también que muchos de los abusos sexuales que ocurren en este colectivo no son informados o denunciados, haciendo ver el gran silencio que persigue este tema. De un total de 360 participantes solo 22 admitieron haber sufrido un abuso sexual mientras que fueron 103 los que constataban haber sido abusados sexualmente.

Tal y como venimos mencionando la educación sexual es algo relevante para prevenir el abuso sexual. Giménez-García et al., (2017) mencionan en su investigación que un 43,5% considera que "si una persona es buena y obediente nadie abusará sexualmente de ella" (p. 132). Esto nos habla de que hay muchas creencias intrínsecas en las PDFI que facilitan el riesgo a ser abusados sexualmente.

En cuanto a las consecuencias de los abusos podemos destacar la sintomatología de depresión y ansiedad, baja autoestima o trastorno post traumático (Giménez-García et al., 2017), la pérdida de control de esfínteres, el miedo a estar solo, la angustia social, el sentimiento de culpa, la agresividad y la rabia. Sin embargo, encontramos que no hay mucha diferencia en cuanto a las consecuencias comparando la población con DFI de la que no lo es (Gil-Llario et al., 2021).

Uno de los grandes problemas en el abuso sexual en personas con DFI es la falta de detección de este, independientemente del porcentaje de coeficiente intelectual o género. Los hombres también sufren abusos sexuales en una medida similar al de las mujeres y las personas que viven con más autonomía como en pisos tutelados o las que viven en residencias más restrictivas también sufren de abusos. Por lo tanto, independientemente de los factores que constituyen a las personas con DFI, el abuso sexual está presente en toda la población y es por lo

que no tiene sentido proteger a subgrupos dentro del colectivo. Cuando esto ocurre, cabe la posibilidad de restringir y limitar la libertad de alguno de los subgrupos, como puede ser el de las mujeres. En cambio, brindar una educación afectivos-sexual global e integra a todo el colectivo puede favorecer para identificar situaciones de riesgo y poder protegerse, desarrollando estrategias para defender su integridad (Gil-Llario et al., 2021).

Derechos Sexuales de las Personas con Diversidad Funcional Intelectual

A raíz de todos los mitos y prejuicios instaurados en la sociedad acerca de las personas con DFI, se genera una fractura en los derechos como ciudadanos de este colectivo, a pesar de que son beneficiarias de estos a nivel jurídico. A muchas de estas personas se les esteriliza sin su consentimiento, son víctimas de abuso, no gozan de intimidad o se decide en nombre de ellos si es que pueden tener pareja o no (Gil-Llario et al., 2021).

Los derechos sexuales de las personas con DFI han sido recolectados a través de la Declaración de los Derechos Sexuales por la World Association of Sexual Health (WAS). Esta organización internacional multidisciplinaria propuso la Declaración de los Derechos Sexuales originalmente en el 13er Congreso Mundial de Sexología en Valencia, España, en 1997, y fue revisada a posteriori en numerosas ocasiones (Asociación Mundial de la Salud Sexual, 2014).

Los derechos declarados se consiguieron a base de iniciativas de promoción y defensa para el intercambio de información como objetivo para mejorar la investigación sobre la sexualidad y la educación sexual. Estos derechos fueron aprobados en 2014 por el Consejo Consultivo de WAS (Asociación Mundial de la Salud Sexual, 2014). Se extraen a continuación de esta fuente algunos de los derechos mencionados que están más vinculados a las PDFI:

El Derecho a la Autonomía y a la Dignidad del Cuerpo. "Toda persona tiene el derecho a decidir libremente sobre asuntos relacionados con su cuerpo y sexualidad. Esto incluye la elección de comportamientos, prácticas, parejas y relaciones interpersonales con el debido respeto a los derechos de los demás. La toma de decisiones libres e informadas requiere de consentimiento libre e informado previo a cualquier prueba, intervención, terapia, cirugía o investigación relacionada con la sexualidad" (p.1).

El Derecho a una Vida Libre de Todas las Formas de Violencia y de Coerción. "Esto incluye: la violación, el abuso sexual, el acoso sexual, el *bullying*, la explotación sexual y la esclavitud, etc.", "cometida por razón de prácticas sexuales, de orientación sexual, de identidad, de expresión de género y de diversidad corporales reales o percibidas" (p.1).

El Derecho a la Privacidad. "Toda persona tiene derecho a la privacidad, relacionada con la sexualidad" y esto incluye "las relaciones sexuales consensuales y prácticas sin interferencia ni intrusión arbitrarias" y "el derecho a controlar la divulgación a otras personas de la información personal relacionada con la sexualidad" (p.1).

El Derecho al Grado Máximo Alcanzable de Salud, Incluyendo la Salud Sexual que Comprende Experiencias Sexuales Placenteras, Satisfactorias y Seguras. "Esto requiere de servicios de atención a la salud sexual de calidad, disponibles, accesibles y aceptables" (p.1).

Derecho a la Información. "Toda persona debe tener acceso a información precisa y comprensible relacionada con la sexualidad, la salud sexual y los derechos sexuales a través de diferentes recursos o fuentes. Tal información no debe ser censurada o retenida arbitrariamente ni manipulada intencionalmente" (p.1).

El Derecho a Decidir Tener Hijos, el Número y Espaciamiento de los Mismos, y a Tener Acceso a la Información y los Medios para Lograrlo. "Para ejercer este derecho se requiere acceder a las condiciones que influyen y determinan la salud y el bienestar, incluyendo los servicios de salud y reproductiva relacionadas con el embarazo, la anticoncepción, la fecundidad, la interrupción del embarazo y la adopción" (p.1).

El Derecho a Participar en la Vida Púbica y Política. "Toda persona tiene derecho a un ambiente que permia la participación activa, libre y significativa y que contribuya a aspectos civiles, económicos, sociales, culturales, políticos y otros de la vida humana, a niveles locales, nacionales, regionales e internacionales. Especialmente, todas las personas tienen el derecho a practicar en el desarrollo y la implementación de políticas que determinen su bienestar, incluyendo su sexualidad y salud sexual" (p.1).

Según se ha regulado por el Gobierno de España la Ley Orgánica de Salud Sexual y Reproductiva de Interrumpida del Embarazo, en los artículos 8,9,10 y 11, se expone la necesidad de brindar información sobre sexualidad a todas las personas y en particular a la población más vulnerables como las PDFI. También se remarca la obligación para los profesionales de la educación, sanitarios y de las instituciones de abordar e informar a los usuarios en materia sexual, a la vez que ellos ser formados para poder atender a las solicitudes que surgen en su ámbito en particular (Gil-Llario et al., 2021).

A pesar de que la sociedad es más consciente del derecho a la sexualidad que tienen las personas DFI, queda mucho recorrido en el proceso de normalización. Para que dicha sexualidad pueda desarrollarse se precisa de educación afectivo-sexual y más conocimiento de la problemática para el resto de la sociedad para así poder eliminar los mitos que influencian en las actitudes de las personas con DFI (Gil-Llario et al., 2021).

Danza Movimiento Terapia (DMT)

Nociones de la Danza Movimiento Terapia

La danza y el movimiento ha sido un medio que ha facilitado muchas propuestas en diferentes contextos como el ámbito educativo, social, sanitario y terapéutico. Es por esto que es importante aclarar lo que abarca la DMT (Rodriguez, 2011).

La danza movimiento terapia o DMT es una de las modalidades dentro de las terapias artístico-creativas que se define como "el uso psicoterapéutico del movimiento y la danza que persigue la integración psicofísica del individuo" (p. 50). Se basa principalmente en la conexión entre movimiento y emoción (*motion and emotion*) (Berstein, 1972, como se citó en Panhofer, 2005).

La DMT se diferencia de otras terapias corporales en que no es una pedagogía. No enseña al paciente a modificar sus movimientos, sino que trabaja a partir del movimiento espontáneo del individuo. Si bien, sugiere por medio de indicaciones, tanto corporales como verbales, la autoexploración (Meekuns, 2008).

Danza Movimiento Terapia y Contacto

En la DMT el uso del tacto y del contacto físico se emplea con más frecuencia durante el proceso terapéutico en comparación a otras terapias (Willis, 1978). La DMT tiene una ventaja a la hora contribuir al campo del contacto en terapia, debido a las similitudes que hay entre movimiento y contacto (Malaquias, 2018).

El tacto, según la Real Academia Española (2023), es el "sentido corporal con el que se perciben sensaciones de contacto, presión y temperatura", mientras que el toque es la "acción de

tocar algo, tentándolo, palpándolo o llegando inmediatamente a ello". Una vez diferenciada esta terminología, el toque se usará para referirse al contacto.

Dado que la DMT tiene como base el uso de tensiones y movimientos corporales como medio para acceder a la psique, el toque está directamente relacionado con esta terapia (Popa & Best, 2010). Su uso tiene un importante papel para el desarrollo y comunicación de todo ser humano, ya que está vinculado a la vida comunitaria en cada sociedad teniendo en cuenta y variando según la cultura (Malaquias, 2018). En las sesiones grupales como individuales de DMT el toque puede estar presente entre los usuarios o entre el terapeuta y el paciente (Willis, 1978).

La piel, como órgano del sistema táctil, es el más grande del cuerpo humano que cubre todo el exterior y partes del interior del cuerpo (Popa & Best, 2010). El toque tiene relevancia para el desarrollo existencial, psicológico y físico de las personas en su edad temprana y la privación de este conduce a un desarrollo físico, emocional y social deficiente, pudiendo incluso provocar la muerte (Nathan, 1999).

La piel también está constituida por diferentes terminaciones nerviosas con la función de sentir numerosas calidades, tales como la temperatura, la presión, la textura, el peso, las funciones motoras y la propiocepción (Popa & Best, 2010). De acuerdo con este punto de vista el sistema sensorial nos da indicios de la realidad en la que estamos inmersos (Montagu, 1971).

Nathan (1999) describe el tacto como comunicativo y expresivo y explica que puede ayudar en los procesos de sanación física y emocional. Más concretamente se ha demostrado que el toque tiene un efecto beneficioso para situaciones de reducción de la ansiedad, del dolor, dolor crónico y del estrés debido a que puede proporcionar seguridad y contención (Popa & Best, 2010).

El tacto, la piel, el apego y el desarrollo están positivamente interrelacionados y generan una conexión con los vínculos interpersonales (Popa & Best, 2010). A través del toque se pueden expresar emociones y sentimientos hacia el otro que tendrá un significado u otro dependiendo de la relación establecida y la historia personal de cada uno. El toque en movimiento puede ser conmovedor, ya que nos ofrece la entrada al mundo interno del otro y a la vez nos da conocimiento de uno mismo (Malaquias, 2018).

De la misma forma, el toque tiene relación con la sexualidad, ya que puede vincularse con aspectos sensuales o eróticos. Además, en el sentido del tacto la proximidad es necesaria para permitir que la percepción suceda. Esto convierte al toque como algo sumamente íntimo y que tiene relación con la identidad, la seguridad y los límites personales (Popa & Best, 2010).

Límites y Danza Movimiento Terapia

Los límites personales también tienen que ver con el toque (Popa & Best, 2010). La primera diferenciación del Yo se establece según las sensaciones de la piel, ya que esta crea un límite entre nuestro cuerpo y el mundo exterior, generando una conexión entre el mundo interno y las señales que llegan de nuestro entorno. Es así como la piel tiene la función de ser barrera y envoltorio a la misma vez (Anzieu, 1978, como se citó en Malaquias, 2010).

En relación a los límites, en DMT se trabaja con el concepto de kinesfera, área alrededor del cuerpo que consideramos nuestro, determinado por la cultura y el sistema familiar (Malaquias, 2010). La kinesfera “determina el espacio personal de acción, pensamiento, sentimiento y movimiento" (p. 151) y tiene las categorías de grande, mediana y pequeña. Hay una tendencia a movernos en las tres dependiendo de la situación, pero hay personas menos flexibles para hacerlo (Vella & Torres, 2012).

El toque, por otro lado, puede ser transgresor en los límites personales y provocar una sensación de incomodidad sexual. La sensación de ser invadido o dominado y la necesidad de defenderse puede ocurrir si el toque es inapropiado. Estos aspectos negativos del toque son contemplados también por la DMT (Popa & Best, 2010).

El sexo, por lo tanto, tiene relación con los límites personales y por ello Clark (2008) se plantea esta pregunta: ¿Por qué se le ha dado al sexo una connotación que evoca el pánico moral? El sexo parece peligroso porque cruza las barreras de nuestros cuerpos y puede perder ese sentido de integridad. En el acto sexual los cuerpos se entremezclan, son penetrados, expulsan fluidos y es por esto por lo que el sexo puede simbolizar el miedo ante cualquier tipo de violación de límites (Clark, 2008).

Placer y Danza Movimiento Terapia

El placer es una emoción relacionada con el goce de algo que "se encuentra intrínsecamente conectado con el deseo, la euforia, el éxtasis, la excitación, al valor material y sentimental, así como a la acción". Principalmente está vinculado a los placeres sensoriales y no requiere de pensamientos racionales (Hernández, 2022).

El placer y las sensaciones son estudiados por la ciencia llamada erotología y no solo se refiere al sexo, sino a todo lo que causa bienestar y goce. El nivel de autoconocimiento del cuerpo es lo que condicionará a la conexión con el placer (Altamirano, 2020).

Existen diferentes fuentes de placer de acuerdo al contexto y una de ellas es el del placer sexual (Pérez & Merino, 2013). Ignorar el placer sexual a la hora de abordar la sexualidad puede tener serias consecuencias en la forma de entender esta. Desde una perspectiva biológica el placer sexual se genera a través de las respuestas de los órganos frente a las hormonas, el sistema

nervioso y el flujo sanguíneo. Estas están en relación con la actividad del cerebro, la percepción, la imaginación y la memoria y en su conjunto crean la vivencia sexual (Hull, 2008).

A pesar de que la perspectiva biológica es esencial como componente del placer, hay que tener en cuenta otras dimensiones que la componen. La dimensión, psicológica, individual, relacional y social son importantes de considerar. El placer sexual se trata también de un estado afectivo positivo que es causado por la estimulación sexual. La vivencia del placer es subjetiva y varía en función del estado de la persona, del entorno, de la compañía y las sensaciones y emociones que son experimentadas en el momento (Rodarte, 2010 como se citó en Trejo & Loving, 2017).

Dentro del placer sexual, la estimulación genital se mantiene como una de las principales fuentes de placer. No obstante, acariciar otras partes del cuerpo puede provocar también la excitación y el placer. Hay partes del cuerpo llamadas zonas erógenas que pueden propiciar más a la aparición del placer, como el cuello o los lóbulos de las orejas (Pérez & Merino, 2013).

“Dar y recibir cariño a través de la estimulación de distintas partes de nuestro cuerpo es una forma de comunicarnos y de conocernos, así como un fin en sí mismo” (UNESCO - Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, s.f., p.3).

Es habitual confundir el placer con la felicidad, sin embargo, aunque tengan una relación entre sí, la felicidad es un sentimiento y el placer es una emoción (Hernández, 2022). La danza está intrínsecamente vinculada a la emoción, ya que a través de la expresión motora emocional puede modular la experiencia subjetiva de esta. El movimiento, asimismo, es el medio para expresar emociones a los demás a través de expresiones faciales, vocales o de extremidades del cuerpo. La música también está vinculada a la emoción y la combinación de música y movimiento es propenso a generar un estado distintivo donde se experimenta el placer (Bernardi et al., 2017).

Otras de las fuentes que nos generan placer corporal son la comida y las relaciones sociales. El sistema premia la ingesta de alimentos a través de la segregación de endocannabinoides y tiene una mayor activación del sistema de recompensa con alimentos ricos en azúcares, grasas y sal (ricos en calorías), segregando más dopamina. Por otro lado, generar buenas relaciones como una cohesión grupal con otros seres, hace que sintamos una sensación de satisfacción a través de la hormona vasopresina, vinculada a los lazos sociales. Además, otros hábitos como el ejercicio físico o la meditación son fuentes de placer también (Sáez, 2022).

Programa Psicoeducativo (PP)

A continuación, se muestra un programa psicoeducativo, marcando los objetivos que ha de cumplir. El objetivo general será crear unas sesiones basadas en la DMT como herramienta para mejorar la sexualidad en personas con Diversidad Funcional Intelectual. Mas allá, se plantean como objetivos específicos los siguientes: explorar el contacto, vincular el cuerpo con el placer y trabajar los límites como fuente de autoafirmación.

Para poder implementar este programa con población real, se deberán cumplir las siguientes características en cuanto a las cualidades de los participantes, el lugar donde se llevará a cabo, los materiales mínimos requeridos, el o la terapeuta, la estructura y la metodología propuesta.

Metodología

Muestra

La población asistente será escogida en función del cumplimiento de los criterios de inclusión y exclusión. Las sesiones serán grupales y el número de participantes será de seis a ocho personas. Se ha establecido un máximo de ocho participantes debido a que el programa conlleva

una intimidad considerable, y, por lo tanto, es más propicio efectuarlo con un número reducido de personas. Por otro lado, se ha considerado un mínimo de seis personas puesto que es una cantidad adecuada para trabajar en grupo. De este modo, la falta de asistencia de alguno de los participantes no afectará a las dinámicas de grupo, pudiendo así crear una buena cohesión grupal y hacer un uso apropiado de las sesiones.

Criterios de inclusión: tener más de dieciocho años; ser una persona diagnosticada con Diversidad Funcional Intelectual Leve o Moderada; comprometerse a mantener un nivel alto de asistencia, pudiendo faltar a una sesión injustificadamente; ser conocedor de los objetivos, la metodología y de la confidencialidad que requiere el programa psicoeducativo; firmar el consentimiento informado.

Criterios de exclusión: problemas actuales de salud física relevantes; un trauma reciente no tratado o un proceso de duelo complicado (últimos cinco meses) a excepción del abuso sexual.

Características del Centro

El espacio utilizado para la realización de las sesiones debe ser adecuado. En particular, en cuanto a su tamaño la sala deberá tener al menos 35 m² para que permita la libertad de movimiento. Esta no podrá estar visible al exterior debido a que se ha de respetar la privacidad de los participantes. El suelo deberá ser adecuado para danzar, preferentemente de madera o linóleo. Debe estar provisto de calefacción, ventilación adecuada y la superficie debe estar limpia y libre de peligro. La sala deberá contar con los diferentes materiales que se utilizarán en las sesiones y necesitará, además, un equipo de música que permita que el sonido llegue a toda la sala.

Terapeuta

El programa será dirigido por un terapeuta especialista en DMT que tenga experiencia previa en haber trabajado con personas con DFI y especializado en sexualidad. De acuerdo a ello, deberá mostrar una actitud de aceptación sin juicio hacia los participantes, una forma de relacionarse que muestre confianza hacia ellos y un conocimiento actualizado sobre las problemáticas que sufre la población con DFI. Además, será responsable de guiar las sesiones y recopilar la recogida de datos.

En primer lugar, es fundamental para el terapeuta conocer los aspectos contextuales de los participantes del grupo: el lugar en el que residen, qué tipo de vínculo existe entre ellos, cuál es su relación con el cuerpo y el movimiento (si practican deporte, actividad física…), qué vínculo tienen con la sexualidad (si es un tema del que puedan hablar con comodidad, si es que practican la sexualidad consigo mismos o con otros, si es que tienen interés en el campo de lo sexual o han tenido experiencias previas positivas o negativas respecto a la sexualidad). Para que el terapeuta conozca esta información es recomendable que, antes de iniciar el PP, se reúna con los profesionales que mantienen relación con los participantes e indaguen cómo viven el tema de la sexualidad.

Durante las sesiones, el o la terapeuta tendrá una mirada amplia ante lo que está ocurriendo entre los participantes y participará en las dinámicas de las sesiones siempre y cuando lo considere necesario y beneficioso para el grupo. Se ocupará también de los materiales que vayan a ser usados y de la música.

Instrumentos

Para los instrumentos de recogida de datos se utilizarán varios sistemas. En un primer lugar se utilizará la grabación de audio que se transcribirá para la recopilación verbal del cierre de cada sesión. Esta información será añadida en un apartado del consentimiento informado que los

participantes deberán conocer. En segundo lugar, se utilizarán dibujos que se les propondrá hacer a los participantes al final de cada sesión y, en tercer lugar, se utilizará la escritura breve.

Procedimiento

El diseño del programa psicoeducativo se fundamentará de 6 sesiones repartidas en 6 semanas, con 1 hora duración por cada encuentro.

Diseño de las Sesiones

Cada una de las sesiones se estructurará de la misma manera, según la metodología que usa la DMT. Dicha estructura estará respaldada o apoyada por las investigaciones de Blázquez et al., (2011), Koch et al., (2015) y Mastrominico et al., (2018), en las que se hizo un uso similar al que se hará en el presente programa. Siguiendo el patrón de estas investigaciones, las sesiones de este programa se dividirán principalmente en cuatro partes: el check-in introductorio, el calentamiento, el desarrollo y una parte final denominada check-out (Mastrominico et al., 2018). A continuación, se explicará en qué consiste cada una.

Check-in. (~10 minutos). Esta primera fase será principalmente verbal y apuntará a saber cómo llegan los integrantes en cuanto al estado de ánimo, sensaciones, pensamientos, cuerpo, emociones, etc. Se hará sentados en circulo junto con la terapeuta y permitirá observar el estado del grupo para ver si es necesario ajustar algo de la planificación; por ejemplo, en el caso en el que acudan cansados, se podrá decidir empezar la parte del desarrollo con un tono musical más bajo.

En la primera de las sesiones, se hará una ronda de presentación, en la que cada individuo se presentará brevemente indicando su nombre o apodo, alguna característica propia que quiera compartir y su relación con la sexualidad, el cuerpo, el contacto o el placer.

Calentamiento. (~15 min). En esta segunda fase se estimulará a que cada integrante del círculo conecte con su cuerpo a través de la respiración. Se harán movimientos al ritmo de la respiración para conectar al grupo en una misma sintonía. Desde este ritmo en común se realizará una secuencia de movimientos muy simples al rimo de la música donde los participantes aplaudirán, se tocarán varias partes del cuerpo como las piernas, la cadera y el pecho y pisarán el suelo con firmeza. Se incluirá también la vibración del cuerpo.

A posteriori, se propondrá a cada participante que genere un movimiento con alguna o varias partes del cuerpo y el terapeuta preguntará al grupo para llevarlos a cabo todos juntos y al mismo tiempo, a modo de imitación (Mastrominico et al., 2018). Por ejemplo, puede intervenir diciendo "¿podemos todos movernos como “X”?”. Se les sugerirá a cada uno de los participantes imitar a su compañero desde sus posibilidades, pudiendo adaptarlo a su propio movimiento. Además, la terapeuta podrá proponer cambios sobre los movimientos, como hacerlos más grandes, pequeños, lentos o hacia el sentido contrario (Koch et al., 2015).

El o la terapeuta podrá proponer otro tipo de calentamiento si consideran que será beneficioso para el grupo. El calentamiento dará pie a facilitar el vínculo como grupo y permitirá también establecer una relación con la terapeuta en cada una de las sesiones. Asimismo, puede servir como punto de partida para experimentar con elementos de *mirroring,* es decir, de imitación a modo de espejo (Mastrominico et. al 2018). Será una forma de iniciar la toma de conciencia con el cuerpo (Blázquez, et al., 2011).

Desarrollo. (~20 min). Dependiendo de los objetivos particulares de la sesión, la terapeuta sugerirá un planteamiento diferente para cada sesión. Estas estarán dirigidas a que los participantes se vinculen con el contacto físico, el uso de límites y el placer corporal. El desarrollo

de cada sesión se explicará detalladamente en otro apartado debido a que será distinto en cada una de las sesiones.

Devolución o Check Out. (~15 min). Se volverá a la posición inicial de circulo donde todos los participantes se sentarán junto a la terapeuta. Este momento será para que los y las participantes puedan expresar sus sentimientos reales y su opinión con respecto a lo vivido en la sesión y tener la oportunidad de recibir un *feedback* por parte de la terapeuta como del resto de participantes. El objetivo es proporcionar y recibir retroalimentación adecuada para aumentar la conciencia corporal, la autoconciencia, el autoconocimiento, la empatía, las habilidades sociales, y verbalizar lo no verbal, es decir, las experiencias y sentimientos que surgieron en movimiento durante toda la sesión de DMT (Koch, et al., 2015).

La terapeuta podrá guiar el dialogo con la intención de que los participantes verbalicen sus experiencias. El fin de ello será aumentar la conciencia de lo que han experimentado a nivel motor y llevarlo a un nivel de procesamiento cognitivo. Será beneficioso que la terapeuta modere la expresión de emociones y pensamientos sobre las experiencias que el grupo comparte para facilitar los procesos de reflexión a los participantes (Mastrominico et al., 2018). También se podrá hacer un uso de dibujos y de breve escritura a modo de check out.

Desarrollo de las Sesiones

Cada sesión constará de dinámicas específicas para que el PP se desarrolle de manera progresiva desde el individuo a la relación con el grupo y desde el auto contacto al tacto directo con otras personas. A continuación, se describirán las funciones que tiene el contacto en la DMT como explica Malaquias, (2018), y estas irán ligadas a los objetivos que tiene cada sesión. Se mencionará el uso de ellas en base a las dinámicas planteadas.

Tabla 1

Las funciones del contacto y en la DMT

Función	Explicación
Contención	Providenciar una base segura proporcionando confianza, apoyo y seguridad. Sostener y restringir físicamente al paciente por riesgo de daño propio o a los demás.
Sintonización	Comunicar empatía y reforzar el sentimiento de pertenencia al grupo; incluye gestos de felicitación o celebración.
Cuidado	Providenciar un cuidado nutritivo ofreciendo afecto o apoyo y expresando un cuidado maternal simbólico; puede servir como una experiencia reparadora o para disminuir la resistencia.
Relación	Providenciar un contacto real y reforzar la presencia física y psíquica del yo y del otro; afirmar las fronteras del yo; ayudar a alcanzar los objetivos terapéuticos de un grupo (cohesión, interacción con los demás, sentimiento de seguridad, etc.)
Relación terapéutica	Reforzar la alianza terapéutica y solidificar la relación cambiando el nivel de intimidad; resolver bloqueos terapéuticos.
Comunicación	Enfatizar un punto o servir de indicador de la comunicación verbal; llegar al paciente cuando la comunicación verbal no es posible o cuando las funciones cognitivas están deterioradas; ayudar a un paciente con dificultades para comunicarse; incluye los gestos sociales y rituales para salud.
Evocación	Evocar las memorias corporales, los estados emocionales pasados o los traumas (tales como el duelo o la rabia) para ayudar al trabajo terapéutico con esas experiencias; ayudar a pacientes con dificultades para experimentar o reconocer emociones; explorar sentimientos agresivos de forma controlada.
Embodiment	Aumentar la conciencia corporal amplificando la atención a las sensaciones corporales; facilitar la percepción de la unión mente-cuerpo; aumentar la conciencia de las tensiones, los bloqueos, la respiración; hacer la unión entre la conciencia fisiológica y las emociones; hacer consciente la reacción personal al toque.
Realista	Traer al aquí y ahora; puede usarse cuando el paciente es incapaz de comunicarse verbalmente; anclar la consciencia en el cuerpo en pacientes que se alejan de lo real
Creativa	Estimular la imaginación y la expresión emocional; liberarse de la necesidad de control absoluto; asumir riesgos
Lúdica	Parte integrante del juego; infantilizar una situación o problemática; con-tacto provocativo apelando al juego

Apoyo a tareas, ejercicios o movimientos	Permitir los movimientos asistidos en personas con discapacidades físicas severas; servir como modelo o ayudar en la capacitación a través de la experiencia.

Nota. La información de esta tabla es extraída de Malaquias, (2018, pp. 50-51.).

En la siguiente tabla (Tabla 2) se explicarán las características generales de cada sesión y para eso se detallará el foco principal en cada sesión, el uso de la DMT y aquello que se va a explorar para trabajar en los objetivos establecidos del PP.

Las sesiones que tienen el foco en los diferentes tipos de contacto, (el tacto, el auto contacto, el contacto indirecto y el contacto directo) son inspirados en los trabajos de Malaquias, (2010) y Malaquias, (2018) y las dinámicas que se utilizan en estas sesiones tienen como referencia estos dos trabajos. Sin embargo, las sesiones que tienen el foco puesto en los límites y el placer a través del contacto es algo novedoso que se incorpora en este PP para trabajar la sexualidad más concretamente y son técnicas adquiridas a través de la formación en el Máster en Danza Movimiento Terapia de la Universidad Autónoma de Barcelona.

Tabla 2

Uso de la Danza Movimiento Terapia para la sexualidad en personas con DFI

Programa	Foco	Uso de DMT	Cualidades de exploración	Resolución
1ª sesión	El tacto	Grounding Esfuerzos de Laban	¿Cómo me relaciono con el entorno? ¿Qué sensaciones experimento en mi cuerpo? ¿Qué tan arraigado a la tierra estoy?	Sensaciones corporales Relación con entorno
2ª sesión	Auto-contacto	Embodiment	¿Cómo percibo mi cuerpo? ¿Qué sensaciones me provoca tocarme diferentes partes del cuerpo?	Auto-exploración Auto-regulación Intimidad Imagen corporal
3ª sesión	Contacto indirecto	Mirroring Materiales	¿Cómo me relaciono con un otro? ¿Qué percibo en mi cuerpo al estar moviéndome con otro?	Emociones Empatía kinestésica Sintonía corporal
4ª sesión	Límites	Kinesfera	¿Me es fácil poner límites? ¿Qué necesito para sentirme segura? ¿Puedo confiar en otros?	Reconocimiento de mi firmeza Asertividad social
5ª sesión	Contacto directo	Relacional	¿Cómo me siento en relación a otros? ¿Cómo percibo mi cuerpo al ser tocado por otro cuerpo? ¿Cómo me siento al masajear otro cuerpo?	Empatía kinestésica Comunicación asertiva
6ª sesión	Placer	Embodiment Relación	¿Cuál es mi relación con el placer? ¿Qué sensaciones corporales me despierta el placer? ¿Siento placer a la hora de moverme? ¿Siento placer a la hora de comer? ¿Siento placer en la interacción con otra persona?	Sensaciones corporales Identificación de gustos Asertividad sexual

Nota. Esta tabla describe el uso de la DMT en relación a las sesiones del PP y muestra los aspectos que pueden ser resolutivos a través de las cualidades de exploración que cada sesión plantea.

A continuación, se expondrá el desarrollo de las sesiones con una tabla indicativa por cada sesión que expondrá los recursos, las funciones y las propuestas de intervención. Previo a las tablas indicativas de cada sesión se explicará el sentido que tiene cada actividad en cuanto a beneficios para la mejorara de la sexualidad. Se ha tenido en cuenta que el orden de las sesiones estará acorde con el proceso de introspección, desde el trabajo más individual hasta una mayor interacción con los compañeros, y desde el contacto con el propio cuerpo al contacto con los demás.

Todas las dinámicas se utilizarán como una estructura base a seguir y se podrán matizar y modificar dependiendo de las necesidades del grupo. En ningún caso será una obligación cumplir con todas las dinámicas estrictamente como se indica para cada sesión. Aun así, la estructura base servirá de guía y se tendrá en cuenta en beneficio a los objetivos establecidos.

La primera sesión, sobre todo, dará pie a una primera toma de contacto entre el grupo y la terapeuta. Una de las funciones será la conexión corporal o *embodiment* para aumentar la consciencia corporal poniendo atención a las sensaciones del cuerpo. Esto facilitará la percepción de la unión mente-cuerpo (Malaquias, 2018). Se hará uso del *grounding* o enraizamiento, es decir, la conexión con el suelo, el equilibrio y la estabilidad física (Álvarez & De Tord, 2017) para fortalecer la consciencia corporal y percibir mejor el cuerpo. Además, se hará uso de una función creativa mediante el dibujo, invitando a plasmar como perciben su cuerpo frente al entorno y al grupo donde están.

Tabla 3

El tacto en el espacio (1ª sesión)

Recursos	Función	Propuesta de intervención

Grounding	Embodiment Sintonización	Todos de pie y repartidos por el espacio. El terapeuta indicará una serie de pautas. “Caminaréis por la sala libremente tomando consciencia de cómo el pie está tocando el suelo. Presionaréis los dedos contra el suelo al caminar y caminaremos con los dedos hacia arriba y después de puntillas.” La terapeuta indicará ponerse en fila e ir todos juntos dando pasos pequeños o grandes al mismo ritmo.
Esfuerzos de Laban	Embodiment	Tiempo sostenido – caminar como flotando en la luna. Peso firme – caminar como soldados. Tiempo súbito / Espacio indirecto - desplazarnos como si voláramos.
Contacto	Realista	La terapeuta propondrá tocar el entorno, las paredes, el suelo, tocar las pelotas y jugar con ellas e incluso tocar los instrumentos que haya por la sala.
Dibujo	Creativa	Dibujarán en un folio la imagen que tengan de su cuerpo ubicado en un espacio concreto de la sala.

En la segunda sesión se hará uso del auto contacto para sintonizar con el cuerpo, el ritmo de la respiración y las necesidades y gustos de cada uno. Este tipo de contacto se usa mucho en DMT y a través de él los participantes podrán mejorar la consciencia corporal y explorar los límites del cuerpo. Esto les permitirá construir una imagen ajustada de sí mismos. Gracias a generar un espacio para la autoexploración y auto regulación podrán vincularse íntimamente consigo mismos y explorar el autoerotismo, además de facilitar la conexión con el placer. A través de la respuesta a nivel motora del cuerpo, podrán trabajar el autoconocimiento emocional. El automasaje dará lugar a la mejora del *embodiment* y propiciará a la escucha de su propio cuerpo. A través del ejercicio de dibujar una parte del cuerpo se ayudará a desarrollar una imagen más ajustada de uno mismo y percibir los límites del cuerpo.

Tabla 4

La exploración a través del auto contacto. (2ª sesión)

Recursos	Función	Propuesta de intervención
Auto contacto	Embodiment Cuidado	Siguiendo un esquema corporal, de pies a cabeza, individualmente se tocarán las partes del cuerpo combinando distintas tonalidades. Primero acariciar, después masajear y por último dar palmaditas sobre la parte del cuerpo que la terapeuta vaya indicando. Se respetará y preguntará por las zonas que cada uno quiera y no quiera tocarse.
Materiales	Embodiment	Los participantes serán invitados a acariciarse la piel con plumas para experimentar la sensación de suavidad en la piel. La terapeuta ofrecerá un poco de agua a los participantes para que se lo esparzan en los brazos y cuello y sugerirá que se muevan y puedan sentir el aire contra la piel mojada. Se sugerirá también acariciarse la piel con las pelotas y poder apoyar parte de su cuerpo encima para auto masajearse.
Dibujo	Realista	Dibujarán el relieve de la mano o de un pie bordeándolo y dejando rastro de su volumen.

En la tercera sesión se trabajará la relación con otras personas a través del contacto indirecto. Se hará uso de la técnica del *mirroring*, que consiste en que una persona imite los movimientos espontáneos de otra, captando en el propio cuerpo el tono emocional y sensorial de sus acciones. A través de esta técnica los participantes verán reflejado su propio movimiento en el cuerpo del otro. Además, podrán activar las neuronas espejo a través de observar las acciones y los movimientos de los demás. Esto permitirá la percepción de múltiples tonalidades emocionales que emergen como cualidades de esfuerzo, ritmo e intensidad en el movimiento del compañero. Imitar y estar en sintonía con el movimiento del otro podrá dar pie a comprender e incluso expresar las tonalidades emocionales que su compañero muestra a través del movimiento. Se dará espacio así

a la empatía kinestésica y podrá darse una mejora en la comunicación verbal y corporal con la pareja participante.

Por otro lado, establecer el contacto indirecto a través de materiales en grupo y en parejas puede conectar a las personas ya que el movimiento de uno tiene repercusión en el movimiento del otro. Esto facilita la sintonización y comunicación relacional entre los participantes pudiendo generar una sensación de seguridad en el grupo (Malaquias, 2010). Por lo tanto, poder establecer una comunicación grupal dará pie a expresar las necesidades y deseos que los participantes tengan en cuanto al juego con materiales y si se hace de una manera honesta, clara y sin perjudicar a los demás puede contribuir a trabajar la asertividad social (Pradas, 2020).

Tabla 5

El contacto indirecto como herramienta relacional (3ª sesión)

Recursos	**Función**	**Propuesta de intervención**
Contacto indirecto	Embodiment Cuidado	Todos en círculo y de pie. La terapeuta propondrá que todos agarren los extremos de una tela elástica de licra grande. Empezarán a moverse en conjunto, moviendo la tela en diferentes direcciones y después sacudiéndola de manera desordenada. A la de un tiempo, se posarán pelotas de plástico sobre la tela y el grupo, sin parar de moverla, intentará que estas no se salgan de la tela.
Materiales	Relacional Lúdica	La terapeuta indicará que interactúen de a dos en movimiento usando pelotas con cierta distancia entre ellos y una cinta elástica que implicará más cercanía entre uno y otro.
Mirroring	Comunicativa Sintonización	En pareja. La terapeuta incitará a que cada miembro de la pareja imite el movimiento de su pareja, uno en frente del otro. El movimiento será improvisado y pueden seguir o no el ritmo de la música. En caso de que alguien no quiera relacionarse con una pareja se le propondrá que use un material de interacción (la cinta, por ejemplo) y que ponga atención a la música y a lo que ocurre en el espacio mientras se mueve con ella.

En la cuarta sesión se pone foco en la kinesfera y el espacio personal de cada participante. Se propone una dinámica para que los participantes puedan observar, primero, qué es lo que ellos necesitan en cuanto a distancia con su compañero y, segundo, para observar también qué es lo que su compañero necesita respecto a la distancia de él mismo. Así se hace uso de la función relacional y comunicativa, tanto verbal como corporal.

Por otro lado, la construcción de un espacio personal con uso de materiales involucra las funciones de cuidado hacia uno mismo y de contención para proporcionar un espacio seguro que uno mismo puede generar. Esta dinámica tiene que ver con la autonomía de los participantes para modificar el espacio y experimentar la sensación de autoprotección que puede ser beneficiosa ante situaciones de abuso sexual o maltrato.

Por último, se pondrá a prueba cómo los participantes se mueven por el espacio y entran o salen en el espacio personal de los demás. Esta dinámica servirá para poner en práctica la autodeterminación, el cuidado hacia el otro y la comunicación asertiva, así como poder poner y respetar los límites hacia los demás.

Tabla 6

Construyendo la kinesfera (4ª sesión)

Recursos	**Función**	**Propuesta de intervención**
Kinesfera personal	Relacional Comunicativa	Se formarán parejas y cada pareja de una en una desde la distancia se ira acercando a su compañero. Este le indicará hasta donde quiere que se le acerque, respetando su espacio personal. La terapeuta se asegurará de que los participantes entiendan que es un ejercicio para respetar los límites espaciales de cada uno

		y que es una oportunidad para conocer lo que la otra persona necesita. Se hará un cambio de rol.
Espacio seguro	Contención Cuidado	El terapeuta indicará a los participantes que busquen un lugar en el espacio donde se sientan cómodos y con el uso de materiales (telas, sillas, colchonetas, aros…) construyan un espacio en el que se sientan seguros.
Modificación de la kinesfera	Relacional Comunicativa	El terapeuta preguntará a los participantes si es que quieren visitar el espacio de alguno de sus compañeros. Se les indicará que para hacerlo han de preguntar a los dueños de ese espacio. Se recalcará que las personas que reciben la visita pueden verbalizar si es que quieren compartir su espacio con esta persona en este momento, y en caso de que no, a que distancia se sienten seguros.

En la quinta sesión se trabajará el contacto directo a través de establecer relación con el otro. Primero se propiciará una conexión grupal a través de la sintonización y el juego y después se establecerán relaciones más íntimas en parejas para que a través de la proximidad puedan trabajar la comunicación asertiva y la puesta en práctica de los límites. La empatía kinestésica también estará involucrada, debido a que los cuerpos se relacionan en movimiento y a través del ritmo de la música se puede generar una escucha común. La música también está vinculada a la emoción y la combinación de música y movimiento, es propenso a generar un estado distintivo para experimentar el placer (Bernardi et al., 2017). El uso del masaje se hará para potenciar la conexión con el propio cuerpo y, por lo tanto, el *embodiment.* Se propondrá hacerlo en grupo y en círculo en esta sesión y no en parejas para facilitar la conexión grupal y respetar el proceso de introspección debido a la gran intimidad que supone establecer el toque con otra persona sin desplazamiento en el espacio.

Tabla 7

En contacto directo (5ª sesión)

Recursos	Función	Propuesta de intervención
Contacto directo grupal (en movimiento)	Sintonización Lúdica	El terapeuta propondrá a los participantes mantener el contacto a través de las manos. “Vamos a hacer unas respiraciones todos juntos, levantando y bajando los brazos; creando una fila alguien guiará el rumbo y le seguiremos por el resto de la sala sin soltarnos”
Contacto directo en parejas	Relacional Comunicativa	Se indicará que escojan una pareja y que conjuntamente bailen con contacto de los brazos u otras partes del cuerpo. Se les indicará que pueden bailar a modo de bailes de salón, por si necesitan alguna referencia. Una vez se haya establecido el toque entre las personas se les dirá que pueden variar el movimiento utilizando un toque diferente variando la parte del cuerpo, la frontalidad, la distancia. Es importante poder establecer límites si fuera necesario: “Preguntad si la otra persona está a gusto y pedir permiso antes de tocar una parte nueva de su cuerpo”. Se hará rotación de parejas.
Contacto directo grupal (estático)	Embodiment Relacional	El terapeuta indicará a los participantes que vuelvan al grupo en círculo. “Cogidos por los hombros vamos a escuchar la respiración del grupo inhalando profundo”. Finalmente se concluirá dando un masaje grupal. “En círculo masajeo a la persona situada en mi izquierda y recibo el masaje del de la derecha.”

En la última sesión se pondrá el foco en la estimulación del placer. Para ello se generarán dinámicas donde estimulen diferentes sentidos. En un primer momento, se utilizará el sentido visual para generar una sintonización entre dos personas y generar un vínculo relacional. Después se hará uso del sentido del gusto y, a través de la función lúdica, se pueda generar una dinámica con más interacción donde la comunicación asertiva y el cuidado hacia el otro estén presentes. Finalmente, a través del toque a modo de masaje en pareja se dará la oportunidad de poner en práctica el uso de la kinesfera personal de cada uno y establecer la comunicación a través de la asertividad sexual para clarificar los límites que cada cuerpo necesita. De igual manera, será una

oportunidad para vincularse a través del sentido del tacto y, reconocer cuáles son los lugares más placenteros para el cuerpo de cada uno.

Tabla 8

En contacto con el placer (6ª sesión)

Recursos	Función	Propuesta de intervención
Estimulación sensorial visual	Relacional Sintonización	En parejas. El terapeuta indicará que las dos personas se sienten una en frente de la otra. Les sugerirá que por un minuto sostengan la mirada, idóneamente mirando a los ojos.
Estimulación sensorial a través del gusto	Relacional Comunicativa Cuidado Lúdica	Se utilizará el sentido del gusto. El terapeuta indicará que los participantes formen parejas (idealmente las mismas). Se les dará dos roles. La persona A será quien reciba comida (chocolate, fruta…) y será sugerido a hacerlo con los ojos tapados por una venda. La persona B le dará comida directamente a la boca o se la posará en la mano si su pareja lo prefiere. Será importante mencionar el cuidado hacia el otro. "¿Cómo percibís la reacción del compañero? ¿Le gusta lo que está comiendo?" Para el rol A: "Tanto si te gusta como si no, puedes comunicarte a través de movimientos corporales y faciales o verbalmente para que tu pareja entienda lo que quieres y lo que no".
Contacto directo en parejas	Relacional Comunicación	El terapeuta indicará que se coloquen en parejas (idóneamente con la misma para profundizar en la intimidad). La persona A dará masaje a la persona B y después cambiarán roles. "Preguntad a la pareja qué partes del cuerpo puede tocar y cuáles no", "las zonas genitales no se tocarán por el contexto grupal y terapéutico en el que estamos. Podríais hacerlo en un contexto de intimidad donde queráis mantener relaciones sexuales íntimas siempre que la otra persona lo quiera también". Si alguien no quiere dar o recibir masaje se le sugerirá que se auto masajee.
Dibujo	Realista	Crearán un dibujo en el que idóneamente aparezcan dos cuerpos (abstractos o más concretos) y señalarán con colores las partes del cuerpo que más placer les ha

provocado, y, de otro color, las que menos, tanto en ellos mismos como en su compañero.

Este PP no tiene como objetivo ser evaluado pero cabe mencionar que previamente se han establecido unos instrumentos para dar conocimiento de cómo este programa ha de ser observado en base al contexto en el que se desarrolla. De esta manera el PP podrá ser observado teniendo en cuenta el posible cambio entre la parte inicial y final de cada sesión y los cambios que van ocurriendo en la trayectoria entre la primera y la última sesión. Para ello será importante evaluar tanto el uso verbal como el no verbal de los participantes. En función de ello será imprescindible la inclusión de datos corporales y de movimiento que la DMT proporciona, así como los Esfuerzos de Laban, el *grounding* o el *embodiment*. De esta manera se podrán complementar los resultados verbales en deferencia a las personas sin facilidad verbal.

Discusión y Conclusiones

Para realizar un abordaje psicoeducativo con personas con DFI, es necesario considerar diferentes variables y problemáticas a la hora de diseñar el trabajo terapéutico. El vínculo familiar y la comunicación que establecen con ellos y ellas en cuanto a la sexualidad y la educación sexual previa que han recibido también es relevante a la hora de abordar el PP. El vínculo con los profesionales que los acompañan también es importante para conocer el hábito que tienen a la hora de hablar con ellos de aspectos relacionados con la sexualidad.

La información relacionada con la familia y los profesionales que rodean a estas personas puede facilitar la detección de problemáticas relevantes para abordar el PP. Otra vía para recopilar información esencial en cuanto el vínculo que las personas tienen respecto a la sexualidad, es

identificar información relevante en las primeras sesiones. El *check-in* de cada sesión es una oportunidad para preguntar y observar cómo los participantes se relacionan con sus propios cuerpos sexuados y en relación a los demás, tanto verbalmente como a nivel gestual. El inicio de la sesión es momento adecuado para hablar del tema de la sexualidad más directamente e introducir el significado o la importancia de conceptos como asertividad sexual, los límites personales o el placer corporal. La introducción de estos conceptos puede facilitar durante el proceso la profundización en temáticas sexuales y puede facilitar a la aparición del *insight* y su verbalización a través de las dinámicas después propuestas.

El cierre de la sesión o el *check-out* también es un momento importante en el que el o la terapeuta deba suscitar la reflexión de lo vivido en el desarrollo de la sesión y promueva la comunicación de ello. Las personas con DFI pueden necesitar de más exactitud y claridad a la hora de generar las reflexiones y por eso el o la terapeuta puede ser más explícito en las preguntas que haga, siempre y que no transgreda la intimidad de la otra persona u obligue a esta a responder.

El objetivo de este PP es crear unas sesiones basadas en la DMT como herramienta para mejorar la sexualidad en personas con DFI y, para ello, la colaboración multidisciplinar es imprescindible. Es muy importante que el o la terapeuta que vaya a impartir el programa colabore con el equipo de profesionales que trabajan con las personas con DFI para hacer una mejor intervención, acorde a las necesidades del grupo y de cada individuo en particular. De la misma manera, colaborar con el equipo profesional proporciona una vía para poder comunicarse con las familias y abordar alguna temática a posteriori si fuera necesario, siempre y cuando se respete el consentimiento informado.

A pesar de que este programa psicoeducativo no se ha llevado a cabo, es posible hablar a priori de sus fortalezas, así como limitaciones. En cuanto a sus fortalezas, la temporalidad del PP,

que consta de seis sesiones repartidas en seis semanas, es beneficioso para propiciar una base de conocimientos acerca de la sexualidad y para experimentar lo que la sexualidad implica a nivel de tacto, poner límites para respetar el espacio personal de cada uno y explorar los placeres que el cuerpo genera a través de los sentidos.

Se podría mencionar que generar un espacio nuevo donde permitir y sustentar la temática de la sexualidad puede generar nuevas perspectivas en base a las creencias y mitos antes establecidos. El uso del cuerpo y el movimiento son elementos que pueden beneficiar a la conexión con uno mismo y, explorarlo en grupo, puede sustentar la relación con el otro. Más concretamente, abordar la temática de los límites puede provocar una mayor conciencia de la kinesfera personal y trabajar la autodeterminación para prevenir los casos de abuso sexual. El uso de los sentidos como del gusto, la vista, el tacto y el oído puede provocar una mayor conexión con el placer y promover la erotofilia.

Como limitaciones se podrían mencionar la falta de profundización a nivel temporal del PP, ya que para una mayor profundización a la hora de acompañar a estas personas a descubrir o mejorar su relación con la sexualidad, es recomendable abordar la temática en un periodo más prolongado. También es propicio hacer uso de otros recursos como la asistencia sexual, la terapia individual o espacios de convivencia donde se dé una comunicación más íntima sobre sexualidad y aspectos relacionados con el cuerpo o el afecto con el equipo profesional.

Por otro lado, aunque los participantes hayan pasado por un criterio de exclusión, en el que deben afirmar que no han sufrido un trauma recientemente, nunca se podría asegurar que durante el proceso psicoeducativo surgieran problemáticas mayores en cuanto a la persona.

Otra de las limitaciones tiene que ver con que la propuesta será sesgada, al ser analizada mediante el o la terapeuta en base a los dibujos y observaciones e intervenciones verbales como no verbales.

La sexualidad en las personas con DFI ha sido una temática que ha provocado exclusión y dudas durante mucho tiempo, y por lo tanto, ha sido más fácil no considerarla que comprometerse a abordarla (Shakespeare, 2000). Sin embargo, a través de la DMT se puede hacer aportaciones, debido a que el movimiento expresivo y la danza se emplean como medio terapéutico y pueden ayudar a la integración psicofísica de las personas (Kornblum, 2014) y la comunicación no verbal puede ser eficiente para trabajar con este colectivo y favorecer así sus procesos psicosociales (Levy, 1988).

No obstante, es necesario mencionar que la colaboración conjunta es imprescindible para mejorar la calidad de vida de las personas con DFI. Las familias, los profesionales, el estado y la misma sociedad deben colaborar conjuntamente para eliminar los mitos que se consolidan en la cultura y acompañar a este colectivo desde una mirada igualitaria y que respete las diferencias de cada uno como seres únicos.

Referencias

Agthe, C. (2013). La asistencia sexual, una atención delicada. *Sobre ruedas*, (84), 24-27. https://siidon.guttmann.com/files/sr84_asistenciasexual.pdf

Alfredo, D., Cisternas, S., & Verdugo-Huenuman, W. (2022). Imaginarios sociales de la discapacidad intelectual en la región de magallanes, chile: infantilización, dependencia e imposibilidad como configuradores de potenciales destinos. *Imagonautas, 2*(15), 35-51. https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8487310

Altamirano, M. (2020, diciembre 5). *¿Cuánto conoces tu cuerpo? Saberlo, es la clave para sentir placer.* Vogue. Recuperado el 25 de mayo de 2023 de https://www.vogue.mx/belleza/articulo/placer-como-sentirlo-en-el-cuerpo

Álvarez, I., & De Tord, P. (2017). Danza Movimiento Terapia: Teoría y práctica del Grounding y la imagen corporal en mujeres con cáncer de mama*. ¡CON-MUÉVETE Y MUEVE EL MUNDO! Jornadas para la celebración del 15º aniversario del máster en Danza Movimiento Terapia* (58-68). Servei de Publicacions. Universitat Autònoma de Barcelona. https://ddd.uab.cat/pub/poncom/2018/222304/JornadesDMT15_a2018.pdf

Asociación Mundial de la Salud Sexual. (2014). *Declaración de los Derechos Sexuales.* La Asociación Mundial para la Salud Sexual (WAS). Recuperado el 12 de mayo de 2023 de https://worldsexualhealth.net/wp-content/uploads/2021/09/declaracion_derechos_sexuales_sep03_2014_b.pdf

Bernardi, N. F., Bellemare-Pepin, A., & Peretz, I. (2017). Enhancement of pleasure during spontaneous dance. *Frontiers in Human Neuroscience*, *11*. https://doi.org/10.3389/fnhum.2017.00572

Blázquez, A., Nierga, J., & Javierre, C. (2011). Terapia a través de la danza y el movimiento en mujeres con cáncer de mama: El impacto psicofísico del proceso empático. *Psicooncologia, 8*(1), 31–43. https://doi.org/10.5209/rev_PSIC.2011.v8.n1.3

Centro de Documentación y Estudios SIIS, & Fundación Eguía-Careaga Fundazioa. (2012). Buenas prácticas en la atención a personas con discapacidad. *Diputación Foral de Álava.* https://www.siis.net/documentos/ficha/199383.pdf

Clrak, A. (2008). *Deseo. Una historia de la sexualidad en Europa*. Feminismos.

Contino, A. M., Micheletti, A., & Ugr, G. R. (2019). Niñez eterna. La infantilización en la discapacidad intelectual. *F@ro*, *1*(29), 5-23. https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7070507

Dolores, M., Llario, G., Díaz Rodriguez, I., & Giménez García, C. (2014). Conocimientos, actitudes hacia la orientación sexual, comportamientos de riesgo y abusos sexuales en mujeres con discapacidad intelectual. *International Journal of Developmental and Educational Psychology INFAD. Revista de Psicología*, *2*(1), 397-406.

Erchull, M. J., & Liss, M. (2014). The Object of One's Desire: How Perceived Sexual Empowerment Through Objectification is Related to Sexual Outcomes. *Sexuality and Culture*, *18*, 773–788. https://doi.org/10.1007/s12119-013-9216-z

Ferreira, M., & Cano, A. (2017, septiembre 5-8). *La discapacidad como experiencia corporal: entre la razón y el sufrimiento.* XIV Congreso de antropología. Antropologías en transformación: sentidos, compromisos y utopías, Valencia, España. https://congresoantropologiavalencia.com/simposio/s4-discapacidad/

Ferreira, M. (2010). De la minus-valía a la diversidad funcional: un nuevo marco teórico-metodológico. From Handicap to Functional Diversity: a new Theoretial-Methodological Framework. *Política y Sociedad*, *47*(1), 45-65. DOI: 10.5209/poso.22816

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). (2014). Definición y clasificación de la discapacidad. https://www.unicef.org/lac/media/7391/file

Gil-Llario, M. D., Ballester Arnal, R., Fernández García, O., & Morell Mengual, V. (2020). La evaluación de la sexualidad de las personas con discapacidad intelectual: construcción y descripción de una entrevista semiestructurada. *Revista INFAD de Psicología. International Journal of Developmental and Educational Psychology, 1*(1). https://www.redalyc.org/journal/3498/349863388038/html/

Gil-Llario, M. D., Díaz Rodríguez, I. M., & Ballester Arnall, Rafael. (2021). *La salud sexual en personas con diversidad funcional intelectual.* Ediciones Paraninfo, S.A.

Giménez-García, C., Gil-Llario, M. D., Ruiz-Palomino, E., & Díaz Rodríguez, I. (2017). Abuso sexual y discapacidad intelectual: cómo identifican y valoran la experiencia las personas con discapacidad intelectual y los profesionales que les atienden. *International Journal of Developmental and Educational Psychology. Revista INFAD de Psicología*, *4*(1), 129. https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=349853537013

Gómez Zapiain, J. (2013). *Psicología de la sexualidad*. Alianza editorial

Gonzalez, O. (2016). *Abuso sexual en personas con discapacidad intelectual.* [Universidad de la laguna]. https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/2877/Abuso%20sexual%20en%20personas%20con%20discapacidad%20intelectual.pdf?sequence=1

Greene, K., & Faulkner, S. L. (2005). Gender, belief in the sexual double standard, and sexual talk in heterosexual dating relationships. *Sex Roles*, *53*(3–4), 239–251. https://doi.org/10.1007/s11199-005-5682-6

Hernández, José (Última edición:23 de febrero del 2022). *Definición de Placer.* Concepto definición. Recuperado el 1 de junio del 2023 de https://conceptodefinicion.de/placer/

Hull, T. H. (2008). Sexual pleasure and wellbeing. *International Journal of Sexual Health, 20*(1–2), 133–145. https://doi.org/10.1080/19317610802157234

Instituto Andaluz de sexología y psicología. (2021). *¿Qué es la erotofilia?* Instituto Andaluz de sexología y psicología. Recuperado el 25/06/2023 de http://blogsexologiaypsicologiamalaga.es/que-es-la-erotofilia/

Isler, A., Beytut, D., Tas, F., & Conk, Z. (2009). A study on sexuality with the parents of adolescents with intellectual disability. *Sexuality and Disability*, *27*(4), 229–237. https://doi.org/10.1007/s11195-009-9130-3

Koch, S. C., Mehl, L., Sobanski, E., Sieber, M., & Fuchs, T. (2015). Fixing the mirrors: A feasibility study of the effects of dance movement therapy on young adults with autism spectrum disorder. *Autism*, *19*(3), 338–350. https://doi.org/10.1177/1362361314522353

Kok, G., & Akyuz, A. (2015). Evaluation of Effectiveness of Parent Health Education About the Sexual Developments of Adolescents with Intellectual Disabilities. *Sexuality and Disability, 33*(2), 157–174. https://doi.org/10.1007/s11195-015-9400-1

Kornblum, R. (2014). *¿Qué es la dmt?* Admte. Recuperado el 28 de mayo de 2023. https://danzamovimientoterapia.com/dmt/

Lee, S., Fenge, L. A., & Collins, B. (2020). Disabled people's voices on sexual well-being. *Disability and Society, 35*(2), 303–325. https://doi.org/10.1080/09687599.2019.1634522

Levy, F.J. (1988). Dance/Movement Therapy: a Healing Art. *The American Alliance for Health, Physical Education, Recreation and Dance.* https://eric.ed.gov/?id=ED291746

López, F. (2011). *Guía para el desarrollo de la afectividad y de la sexualidad de las personas con discapacidad intelectual.* Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades. Gerencia de Servicios Sociales. Junta Castilla y León. https://bienestaryproteccioninfantil.es/wpfd_file/desarrollo-de-la-planificacion-y-tutorizacion-individual-guia-para-el-desarrollo-de-la-afectividad-y-de-la-sexualidad-de-las-personas-con-discapacidad-intelectual/

Losada, A. V., & Muñiz, A. M. (2019). Sexualidad en sujetos con discapacidad intelectual. Mitos y prejuicios como factores de riesgo y vulnerabilidad al abuso sexual. *Revista Digital Prospectivas En Psicología*, *3*(2), 4-5. https://repositorio.uca.edu.ar/bitstream/123456789/12792/1/sexualidad-sujetos-discapcidad.pdf

Malaquias, S. (2010). *El Toque en la Danza Movimiento Terapia*. [Tesina de Máster, Universidad Autónoma de Barcelona]. https://ddd.uab.cat/record/148403

Malaquias, S. (2018*). El con-tacto en la Danza Movimiento Terapia. ¡Con-muévete y mueve el mundo!* Jornadas para la celebración del 15o aniversario del máster en Danza Movimiento Terapia. Universidad Autónoma de Barcelona. https://ddd.uab.cat/record/222304

Mastrominico, A., Fuchs, T., Manders, E., Steffinger, L., Hirjak, D., Sieber, M., Thomas, E., Holzinger, A., Konrad, A., Bopp, N., & Koch, S. C. (2018). Effects of dance movement therapy on adult

patients with autism spectrum disorder: A randomized controlled trial. *Behavioral Sciences, 8*(7). https://doi.org/10.3390/bs8070061

Meekums, B. (2008). Developing emotional literacy through individual Dance Movement Therapy: a pilot study. *Emotional and behavioural difficulties*, *13*(2), 95-110. https://doi.org/10.1080/13632750802027614

Ministerio de Educación Pública de la República de Costa Rica. (2012). Programa de estudio de "educación para la afectividad y la sexualidad integral." https://mep.janium.net/janium/Documentos/2012educacionparalaafectividadIIIciclo.pdf

Montagu, A. (1971). Touching The Human Significance of the Skin. *Jama: The Journal of the American Medical Association, 257*(16), 2223. doi:10.1001/jama.1987.03390160109042

Morokof, P. J., Quina, K., Harlow, L. L., Whitmire, L., Grimley, D. M., Gibson, P. R., & Burkholde, G. J. (1997). Sexual Assertiveness Scale (SAS) for Women: Development and Validation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73, 790–804. Doi: 10.1037//0022-3514.73.4.790

Nathan, B. (1999). Touch and emotion in manual therapy. *Physiotherapy, 8*6(2). https://www.amazon.es/Emotion-Manual-Therapy-Nathan-1999-02-17/dp/B019TLMJKY

Navarro, Y. (2012). Percepción de la sexualidad y el amor en una muestra de personas con discapacidad intelectual: aportaciones para la elaboración de programas de educación sexual de calidad. Departamento de Psicología Clínica, Experimental y Social. *Informació psicològica*, (103), 15-30. https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7334735

Nicola-Piris, I., Gil-Llario M.D., Morell-Mengual, V., & Fernández-García, O. (2020). Actitudes hacia la sexualidad de las personas con discapacidad intelectual: ¿difiere la población general de las propias personas con discapacidad intelectual? *International Journal of Developmental*

and Educational Psychology, *2*(1), 83–92. https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7756157

Oliver, M. (1998). *¿Una sociología de la discapacidad o una sociología discapacitada?* Ediciones Morara. *S* L, 34–55. https://www.bivipas.unal.edu.co/bitstream/10720/645/1/262-Sociologia_Discapacidad_Sociologia_Discapacitada_Capitulo_2-Oliver_Mike.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2006). *Sexual health*. World health Organization. https://www.who.int/health-topics/sexual-health#tab=tab_2

Panhofer, H. (2005). *El cuerpo en psicoterapia. Teoría y práctica de la Danza Movimiento Terapia.* Editorial Gedisa, S.A.

Pérez, J., Merino, M. (9 de abril de 2013). *Placer - Qué es, definición y concepto*. Definición.de. Última actualización el 28 de mayo de 2015. Recuperado el 11 de mayo de 2023 de https://definicion.de/placer/

Piñas, A. (2020). Antropología del envejecimiento: el respeto a la autonomía del mayor. *Revista Iberoamericana de Bioética*, *12*, 01–15. https://doi.org/10.14422/rib.i12.y2020.004

Plena Inclusión (2017). *Posicionamiento de Plena inclusión sobre Terminología*. Plena Inclusión. Área de comunicación. Recuperado el 11 de junio de 2013 de https://www.plenainclusion.org/publicaciones/buscador/posicionamiento-de-plena-inclusion-sobre-terminologia/

Popa, M. R., & Best, P. A. (2010). Making sense of touch in dance movement therapy: A trainee's perspective. *Body, Movement and Dance in Psychotherapy*, *5*(1), 31–44. https://doi.org/10.1080/17432970903545941

Pradas, C. (8 de julio de 2020). *Qué es la asertividad y ejemplos*. Psicología-online. Recuperado el 20 de julio de 2023 de https://www.psicologia-online.com/que-es-la-asertividad-y-ejemplos-2318.html

Real Academia Española. (2023). *Toque.* Real Academia Española. Recuperado el 23 de mayo de 2023 de https://dle.rae.es/toque

Real Academia Española. (2023). *Tacto*. Real Academia Española. Recuperado el 23 de mayo de 2023 de https://dle.rae.es/tacto

Rivera, P. (2008). Sexualidad de los niños, niñas y jóvenes con discapacidad. *Revista Educación*, *32*(1), 157-170. https://doi.org/10.15517/revedu.v32i1.529

Rodriguez, R. (2011). Uniendo arte y ciencia a través de la danza movimiento terapia. *Danzaratte: Revista del Conservatorio Superior de Danza de Málaga*, (7), 4–11. https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3675957

Romananch, J., & Palacios, A. (2008). El modelo de la diversidad: una nueva visión de la bioética desde la perspectiva de las personas con diversidad funcional (discapacidad). *Intersticios. Revista Sociológica de Pensamiento Crítico*, *2*(2), 37-47. https://www.researchgate.net/publication/28249684

Saavedra, C. (2006). El Informe Kinsey. *Colegio Universitario Cardenal Cisneros*, 20-22. http://www.revistaindice.com/numero15/p20.pdf

Sáez, C. (2022, 10 de febrero). *¿Cómo funciona el placer?* La Vanguardia. Sociedad. Recuperado el 16 de mayo de 2023 de https://www.lavanguardia.com/estilos-de-vida/20120210/54250914484/como-funciona-el-placer.html

Santos-Iglesias, P., & Sierra, J. C. (2010). El papel de la asertividad sexual en la sexualidad humana: una revisión sistemática. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, *10*(3), 553-577. https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3330194

Seda, J. A. (2021). Familias de personas con discapacidad intelectual. *Revista Iberoamericana de Bioética,* 15, 01–10. https://doi.org/10.14422/rib.i15.y2021.003

Shakespeare, T. (2000). Disabled Sexuality: Toward Rights and Recognition. *Sexuality and Disability, 18*(3), 159-166. https://doi.org/10.1023/A:1026409613684

Torres, A. (2017, 15 de agosto*). Libido: ¿Cómo definió Sigmund Freud este concepto?* Cuerpo y Mente. Recuperado el 20 de mayo de 2023 de https://psicologiaymente.com/psicologia/libido

Trejo, M., & Loving, D. (2017). Elaboración de una definición integral del placer sexual. Unidad de investigaciones psicosociales. *Psicología Iberoamericana, 25*(2), 8–16. http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=133957572002

UNESCO - Organización de las Naciones Unidas para la Educación la Ciencia y la Cultura (s.f.). El placer de tener un cuerpo. *Sector educación UNESCO,* 73. https://es.unesco.org/sites/default/files/actividad_ii.7_final_06_04.pdf

Varela, J., & Alvarez-Uría, F. (1979). *Michel Foucault. Microfísica del poder*. De la edición original Michel Foucault y de la edición para España Las Ediciones de La Piqueta Seseña. https://www.pensamientopenal.com.ar/system/files/2014/12/doctrina39453.pdf

Velázquez, H., Pietri, L., & Santiago, N. M. (2013). De la incapacidad a la diversidad funcional: Una mirada a la evolución histórica de los conceptos, significados e implicaciones para la

intervención psicológica. *Informes Psicológicos, 13*(2), 79-101. https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5229736

Vella, G., & Torres, E. (2012). Desarrollo de un instrumento de observación. *Papeles Del Psicólogo, 33*(2), 148–156. https://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/2103.pdf

Vera-Gamboa, L. (1998). Historia de la Medicina. *Rev Biomed, 9*(2), 116-121. http://www2.udec.cl/~erhetz/privada/sexualidad/unidad_01/historia_sexualidad.pdf

Verdugo, M. A., & Bermejo, B. (1995). El maltrato en personas con retraso mental. *Personas con discapacidad: Perspectivas Psicopedagógicas y Rehabilitadoras, (*pp. 873–924). Siglo XXI de España.

Verdugo, M., Alcedo, M.A., Bermejo, B., & Agudo, A. (2002). El abuso sexual en personas con discapacidad intelectual*. Psicothema*, *14*(1), 124-129. https://digibuo.uniovi.es/dspace/handle/10651/26758

Willis, C. (1978). Legal and Ethical Issues of Touch in Dance/Movement Therapy. *American Journal of Dance Therapy,* 10, 41-53. DOI:10.1007/BF02251788