la educación sexual de personas con discapacidad

félix lópez sánchez
universidad de salamanca

resumen

Presentamos un documento sobre educación sexual, elaborado por los profesionales de uno de los centros (en este caso un Centro con alumnos internos y externos, menores y adultos, la mayoría de los cuales tienen limitaciones intelectuales y sociales) en que hemos intervenido y por nosotros mismos, a través de un proceso de análisis del currículo oculto, de la vida real del Centro. El documento fue posteriormente aceptado por la dirección y los padres.

Se presentan una serie de principios y criterios de intervención compartidos sobre los aspectos más importantes de la sexualidad de estas personas con discapacidad.

Este documento es una de las piezas fundamentales del proceso de educación sexual de Personas con Discapacidad.

summary

We present a document addressing sex education that was compiled by the staff at one of the Institutions (in this case: a Centre with day pupils and boarders, juveniles and adults, most of them with intellectual and social handicaps) at which we have intervened, and also by us, through a process of analysis of the hidden curriculum, in which the real life at the Centre is explored. The document was later accepted by the governors and the parents.

We describe a series of shared intervention principles and criteria about the most important aspects of the sexuality of individuals with handicaps. The document is a key element in the process of sex education for handicapped individuals.

introducción

Las propuestas prácticas que hacemos para abordar el tema de la sexualidad en las personas con discapacidad han sido presentadas con detalle en otras publicaciones (López, 2002). Parten del supuesto de que las personas con discapacidad tienen las mismas necesidades interpersonales que el resto de la población, pero pueden encontrar limitaciones personales (en sus propias limitaciones) o sociales (en prejuicios y forma de organización social) para resolverlas.

Entre estas necesidades está la de intimidad afectiva y sexual con otras personas. Precisamente ésta es la necesidad peor cubierta por este colectivo. De hecho, aunque se ha avanzado en otros aspectos es frecuente que los temas referidos a la sexualidad sean ignorados e incluso rechazados.

La intervención que proponemos es un proceso largo en el que intervienen los padres, la dirección del Centro Escolar o Institución a la que van, los profesionales que trabajan en estos centros y, por supuesto, las propias personas con discapacidad. No somos partidarios de hacer intervenciones breves o parciales, aunque pueden ayudar a sensibilizar a la población.

Nuestro modelo de intervención se aleja del Modelo Moral (orientado a reprimir y controlar la sexualidad de estas personas, reduciendo la legitimidad de la actividad sexual únicamente en el matrimonio heterosexual y con fines procreadores), el Modelo Médico o de Riesgos (que interviene exclusivamente para prevenir o tratar riesgos como el embarazo, por ejemplo) y el Modelo Revolucionario (empeñado en que todas las personas tienen que tener actividad sexual explícita de una forma u otra). Frente a estos modelos proponemos un MODELO BIOGRÁFICO Y PROFESIONAL que parte de determinados hechos científicos y define de una nueva forma el rol de las personas (en este caso de las personas con discapacidad y sus tutores) y de los profesionales:

- Desde el punto de vista científico es fundamental tener en cuenta que la dimensión sexual humana es fundamental; pero admite formas muy diversas de vivirla de manera saludable. No hay una única historia sexual que debamos imponer a las personas (la abstinencia o la actividad sexual coital, por ejemplo), sino que hay numerosas biografías sexuales que pueden ser saludables (con o sin masturbación, con o sin actividad coital, heterosexual u homosexual, casados o solteros, etc.).

- En este caso, cada persona con discapacidad debe organizar su biografía sexual, según sus posibilidades, con resultados muy diversos. El rol de los padres es también fundamental, aunque depende del grado de autonomía o dependencia que sus hijos tengan para construir su biografía sexual: desde el extremo de una dependencia casi total al de un grado de autonomía próximo a lo que socialmente se considera normal. La mayoría de las personas con discapacidad están en grados intermedios en los que pueden manifestar ciertos deseos, llevar a cabo ciertas conductas, establecer ciertas relaciones... pero requieren ayudas de los padres para lograrlo. Los padres pueden o deben participar en todas aquellas decisiones que los hijos no pueden tomar con suficiente conocimiento o responsabilidad. Hay que tener en cuenta que sobre algunas decisiones hay además obligaciones y procesos legalmente regularizados.

Padres o tutores tienen, por tanto, una función esencial en el caso de las personas con discapacidad: facilitar, compensar limitaciones, ofrecer ayudas específicas, protegerles para que no sufran riesgos, participar en determinadas decisiones, etc. Por ejemplo, uno de los errores más frecuentes de los padres es limitar la posibilidad de cierta autonomía de los hijos o hijas en este campo, por una sobreprotección mal entendida. De hecho, una de las consecuencias de esta sobreprotección es que muchas personas con discapacidad tienen la vida reducida al contexto familiar y al del Centro o Institución al que asisten, a pesar de tener capacidades que les permitirían asistir a ciertos lugares y asociaciones (club de ocio, se llama en muchos lugares) o tener relaciones con iguales fuera de esos dos ámbitos.

Otro error frecuente de los padres es reprimir y perseguir la sexualidad de sus hijos e hijas, bajo el supuesto (propio del modelo moral) de que en ningún caso pueden acceder a conductas sexuales. Lo hacen por miedo o porque son creyentes, haciendo una extensión hacia los hijos que les anula toda posibilidad de vivir la sexualidad.

Los profesionales deben ser mediadores que no hacen uso de sus creencias personales, sus opiniones o propia biografía sexual para orientar o regular la sexualidad de las personas con discapacidad. Por el contrario se ponen a su servicio y al de los padres, actuando como mediadores que ofrecen no opiniones, sino conocimientos y ayudas profesionales.

En definitiva, en el modelo biográfico profesional es a las personas con discapacidad y a sus tutores a los que les corresponde tomar las decisiones, con los conocimientos y ayudas que el profesional les ofrece. Los profesionales no le organizan a nadie su vida sexual, sino que ayudan a que la vida sexual que quieren llevar sea posible, saludable y satisfactoria. Las decisiones corresponden a los actores de su vida (personas con discapacidad) y a sus padres o tutores (justo en la medida que tengan limitaciones en uno u otro sentido). Ver la figura siguiente:

Figura 1. Modelo Biográfico Profesional

Por ello nuestro programa de intervención es un largo proceso que involucra a todos. Los pasos que seguimos son los siguientes:

1. La dirección del Centro o Institución debe aceptar que se inicia un proceso de intervención que afecta a numerosos aspectos del currículum, también del currículum oculto: primer encuentro con la dirección.

2. Trabajo previo con los padres: funciones de los padres o tutores y aceptación del inicio del proceso, que se explica con detalle: primer encuentro con padres.

3. Compromiso de los profesionales del Centro: primer encuentro.

4. Trabajo con los profesionales: análisis de las situaciones y establecimiento de criterios de actuación en la vida del Centro. Es un proceso largo en el que se analizan las diferentes situaciones, cómo afectan a diferentes aspectos de la sexualidad, cómo se están afrontando y qué cambios se proponen.

5. Elaboración de un "Documento" escrito por parte de los profesionales sobre diferentes aspectos de la sexualidad en el Centro, así como las propuestas de cambio.

6. Análisis y corrección, si fuera el caso, del Documento con los padres.

7. Análisis y corrección, si fuera el caso, del Documento con la dirección.

8. Elaboración o selección del currículo formal de educación sexual.

9. Implementación del currículum formal.

10. Trabajo de apoyo o asesoría a padres.

El documento que presentamos a continuación es una de las piezas de este largo camino. Es un documento real, de un centro concreto, elaborado por los profesionales y un especialista y aprobado por los padres y la dirección del Centro –en este caso un centro con PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL ADOLESCENTES, JOVENES Y ADULTAS.

DOCUMENTO ELABORADO Y APROBADO SOBRE CURRÍCULUM OCULTO Y CRITERIOS DE ACTUACIÓN

principios básicos

Principio básico

Las personas con discapacidad tienen derecho a conseguir el máximo nivel de integración y normalización posible, también en el campo de sus necesidades afectivas y sexuales.

Principios subsidiarios

- EL ... es un centro mixto -en el que admiten hombres y mujeres-. En él se fomenta la convivencia y la coeducación en los valores de igualdad, respeto, tolerancia a la diversidad y ayuda mutua.

- En este centro se cuidará la creación de un clima de bienestar, seguridad y protección, en todos los aspectos de la vida y las relaciones. Por ello se hará lo posible por prevenir, detectar y afrontar cualquier tipo de abuso, también los referidos a la vida afectiva y sexual.

- Todos los residentes y los que acuden

cada día recibirán una educación afectiva y sexual, acorde con sus capacidades, orientada a ayudarles a vivir esta dimensión conforme a sus posibilidades de integración y normalización en este campo.

- Los residentes, y a veces también los no residentes en sus propias casas, no tienen espacios de intimidad y privacidad (salvo los servicios), por lo que se considera un camino hacia la normalización e integración que, en la medida de lo posible, se estudie, en el futuro, la posibilidad de que aquellas personas discapacitadas que lo deseen y puedan usar de forma adecuada este tipo de espacios, dispongan de ellos (por ejemplo, habitación propia, habitaciones de dos con mampara, etc.).

- La intervención y educación en el campo del afecto y la sexualidad contará siempre con el apoyo y la colaboración de los padres, de forma que ningún consejo o intervención significativa (medidas de control de riesgos, formación de parejas, etc.) se hará sin el acuerdo de éstos. En este sentido los profesionales (cuidadores, educadores, etc.) se saben mediadores entre cada persona con discapacidad y su familia, por un lado, y la mayor integración y normalización afectiva y sexual que pueda alcanzar cada persona discapacitada, por otro. Para cumplir esta función los profesionales respetarán la diversidad de características, biografía y decisión de la persona interesada y sus tutores.

criterios concretos

Este documento es fruto del análisis pormenorizado del currículum oculto hecho durante numerosas sesiones de trabajo por los profesionales y un especialista. Pretende concretar criterios de intervención en este campo. Debe considerarse fundamental para el adecuado tratamiento del afecto y la sexualidad en los centros, junto con la educación formal o parte formativa. Incluimos en él, por separado, diferentes campos en los que es conveniente o necesario unificar criterios.

preguntas y comentarios

Si se les da la oportunidad y aun sin ella, las personas con discapacidad hacen muchas preguntas y comentarios sobre la sexualidad y los afectos en diferentes momentos a lo largo del día. Contestar y hacerlo adecuadamente, de forma individual o en grupo, según sea la situación, es una de las mejores formas de ayudarles y de normalizar esta dimensión humana.

En general, el grupo de educadores afronta los temas sobre sexualidad con normalidad, y responden a las preguntas con naturalidad. Aunque es seguro que no todos lo hacen de igual forma y que siempre es posible mejorar.

Aconsejamos a los profesionales hacer un elenco de las preguntas que hacen y de las que podrían hacer, y preparar una serie de respuestas que sean comprensibles, dadas con naturalidad - especialmente cuando no se hacen en un contexto de aprendizaje formal- y con información profesional - que no oculten información que puedan comprender -.

Los comentarios deben aceptarse con naturalidad social, salvo que sean soeces,

sexistas o agresivos, como también se indica más adelante. Hay que tener en cuenta que el aceptar bien las preguntas y los comentarios es la mejor manera de **facilitar la comunicación.** Algunos ya han aprendido que estos comentarios y preguntas no se pueden hacer a los padres y a algunos profesionales, porque no los van a aceptar bien.

La educación sexual formal será también un lugar privilegiado para contestar a estas preguntas y tratar estos temas con naturalidad y profesionalidad. Las **respuestas a las preguntas** deben hacerse tanto en la familia como en el centro. Los **criterios** para hacerlo son los siguientes:

a) Contestar cuando preguntan, no postergando la respuesta.

b) Responder con naturalidad, en la misma situación que se plantea la pregunta y sin darle especial énfasis o misterio, es decir, como una pregunta más.

c) Puede responderse delante de otros (salvo que se trata de preguntas íntimas), porque no hay que dosificar la información, sino adaptar la respuesta al que pregunta. Los demás podrán hacer nuevas preguntas, si lo desean.

d) Usar un vocabulario popular (si no expresa sexismo, agresividad o es malsonante) y, posteriormente, se debe ir introduciendo el vocabulario técnico. El vocabulario popular y técnico puede coexistir y favorecer el realismo de las respuestas.

e) No ocultar información en la respuesta, sino adaptarla a la capacidad. Es preferible que no entiendan bien ciertas cosas a que les ocultemos información. En la duda sobre su comprensión debe prevalecer el intento de transmitirle de la mejor forma posible la información.

f) Procurar dar respuestas correctas y buscar la información si no se dispone de ella.

g) Conseguir dar una visión positiva de la sexualidad en todas las respuestas. Por ejemplo, aplicado a los diferentes tipos de preguntas:

   - Hablar positivamente del hecho de ser hombre o mujer, de forma que se queden satisfechos con respecto a su identidad. No se trata de comparar, sino de dar una visión positiva de las dos identidades.

   - Indicar que tienen los hijos porque se quieren y lo desean, que están encantados con el embarazo y que el parto, aunque cuesta, es una gran alegría.

   - Señalar que tienen las conductas sexuales (besos, por ejemplo) porque les gusta, lo desean, se lo pasan bien y se expresan cariño.

h) Hay campos muy específicos de los que conviene también hablar y responder:

   - los efectos de su discapacidad en la sexualidad,

   - los efectos de los medicamentos, si los toman,

   - las ayudas para evitar los riesgos,

   - las posibilidades reales para disponer de pareja, casarse o tener hijos, etc. Es decir, favorecer que expresen todas sus dudas e inquietudes.

La educación formal, de forma comple-

mentaria a esta actitud de responder a todas las preguntas, da la oportunidad de explicar mejor y de forma más sistemática y reiterada las dudas. Por eso, en la educación formal se debe encontrar espacio y tiempo para las preguntas y para hacerse eco de las que hacen en otros momentos de forma espontánea, aunque no se indique la persona que la hizo.

la masturbación

Se dan bastantes casos de masturbación en diferentes situaciones. De hecho, algunos autores consideran que la mayor parte de las consultas sobre la sexualidad de las personas con discapacidades se refieren a la masturbación (Walsh y Phty, 2000).

Aunque el criterio es que lo hagan en privado y no en público, no siempre se cumple, y se llegan a aceptar situaciones de masturbación en público siempre que no sea motivo de especial escándalo. Un problema objetivo en la residencia es que no tienen lugares privados, salvo los servicios. Naturalmente, si se permite esta conducta, pero se la reduce a los servicios, no es la mejor forma de dignificar la intimidad. Como hemos señalado en los principios propuestos todo lo que se pueda hacer por crear privacidad y dignificar la intimidad -aspecto del que hablamos más adelante- está en el camino de la normalización e integración.

Los profesionales tienen, en general, actitudes tolerantes hacia el hecho de que algunos se masturben. Lo que suelen hacer los profesionales en este caso es distraerlos, implicarles en alguna actividad, indicarles que lo hagan en privado o dejarlos, si no produce escándalo. En algunos casos la frecuencia es presentada como excesiva, aunque sin datos muy precisos.

Como es sabido, las personas con discapacidad tienen en la masturbación, bastantes veces, el único recurso para satisfacer su sexualidad. Están, también con frecuencia, menos inhibidas o tienen menor capacidad de autocontrol, pueden tender a tener conductas estereotipadas, etc.

Masturbación saludable y masturbación como problema

Descubrir el placer sexual con conductas autoeróticas y repetirlas, debe considerarse una conducta saludable y de buen pronóstico. Esta conducta se autorregula, con diferencias individuales muy importantes, y se aprende a practicar en la intimidad. Los indicadores de masturbación saludable más importantes son:

a) la capacidad de autocontrol, de forma que puedan posponer la conducta si lo desean;

b) el practicarla en la intimidad (no en público, ni de forma exhibicionista);

c) el que resuelvan la tensión-excitación sexual, de forma que no necesiten repetir una y otra vez esta conducta durante largos periodos de tiempo;

d) el que lo hagan en condiciones de higiene y sin usar objetos que entrañen peligro;

e) el que no instrumentalicen sus fines para llamar la atención o como respuesta que sigue a los conflictos;

f) el que no sea la respuesta a un prurito o infección;

g) el que no vaya acompañada de sentimientos de culpa;

h) el que no haya sido aprendida en una situación de abuso sexual, problema del que hablaremos más tarde;

i) que no tenga lugar durante un tiempo o una frecuencia inadecuada;

j) que no interfiera con otras actividades, las propias de la situación;

k) que no moleste a los demás, por excesivo ruido o escándalo.

Por consiguiente, si el chico o la chica no pueden contener el deseo de masturbación, la práctica en público o con fines exhibicionistas, no resuelve la tensión, usa objetos peligrosos, sufre algún problema médico que les lleva a tocarse una y otra vez, hay falta de higiene, la instrumentaliza, se sienten culpables, han sido inducidos en una situación de abusos, etc., se debe intervenir.

El principio básico de la intervención es tener en cuenta que la masturbación es una conducta normal y que, por tanto, no se trata de suprimirla, sino de conseguir que deje de ser inapropiada y pase a ser apropiada.

La intervención debe cumplir siempre una precondición: dejarle claro al menor que se trata de una conducta que puede practicar con libertad, si aprende a cumplir los criterios de salud antes señalados. Por ejemplo, diciéndole "veo que te gusta; está bien, puedes hacerlo cuando quieras, pero no en la clase, tienes que hacerlo en tu habitación o donde la gente no te vea". Se les puede hacer ver que lo mismo que la gente no va desnuda por la calle, tampoco se debe hacer esto en público.

En el caso de discapacitados que no pueden comprender este razonamiento o no tienen capacidad de autocontrol, debe afrontarse el problema de manera conductual, por ejemplo, llevándolos a algún lugar con privacidad o usando otras estrategias como interponer objetos, distraerlos, proponerles actividades incompatibles con la masturbación, etc.

En algunos casos, es importante enseñarles a afrontar los conflictos de forma eficaz, dedicarles atención sin necesidad de que recurra a esta conducta, enseñarles normas elementales de higiene (especialmente necesario en el caso de discapacidades psíquicas), descartar una infección, indicarles que no lo hagan con un objeto peligroso y detectar posibles casos de abuso.

Más difícil es que los padres y educadores puedan llegar a dar instrucciones en positivo (sobre cómo hacerlo mejor), en aquellos casos que sean poco hábiles (por discapacidad u otras razones). Las instrucciones en positivo, si fueran consideradas profesionalmente oportunas, conviene que cumplan ciertas condiciones: que haya una clara demanda o deseo de masturbarse por parte de la persona discapacitada, que sean aceptadas por los tutores, que se admita en el centro que esto pueda llegar a hacerse, que se hagan de forma verbal o con imágenes gráficas o visuales, que se use la propia mano o parte del cuerpo -de la persona discapacitada- u objeto que pueda usar la propia persona. Se trata de habilitar para que lo haga la propia persona.

En todas estas medidas hay que tener en cuenta el modelo biográfico, de forma que cada caso puede afrontarse de manera diversa.

Walsh y Phty (2000) proponen un protocolo de intervención (IMPROVE) que

puede ser útil en numerosos casos (ver libro de Félix López (2002) Sexo, afecto y personas con discapacidad. Madrid: Biblioteca Nueva.)

cuando necesitan cuidados que requieren intimidad ■■■

Algunos de los residentes necesitan ayuda para ir al servicio, vestirse, lavarse, afeitarse, rehabilitarse, etc. Es muy importante comprender que "numerosas personas tienen acceso a la intimidad de estas personas". Estos hechos pueden provocar rutinas que, aunque con buena intención, tratan la intimidad con poco respeto: servicios en los que no se cierra la puerta y que pueden ser vistos por numerosas personas, sesiones de rehabilitación demasiado públicas, bromas y comentarios maliciosos o de mal gusto, pérdida objetiva de intimidad por exposición pública o semipública frecuente, aumento de situaciones de riesgo en cuanto a su seguridad, etc. Los residentes pueden llegar a "adaptarse" a esta pérdida de intimidad y no manifestar el pudor que la mayor parte de la gente tiene. Este último hecho no debe verse como un logro educativo, sino como la generalización de una falta de respeto y dignificación del cuerpo y la intimidad. En una sociedad en la que tratamos el cuerpo y la intimidad de una determinada manera, tenemos que normalizar lo más posible a las personas con discapacidad, también en este campo.

Estas situaciones están casi siempre adecuadamente resueltas aplicando una norma implícita que funciona casi siempre: las cuidadoras ayudan tanto a las chicas como a los chicos; los cuidadores ayudan únicamente a los chicos. Aunque esta norma no está escrita, casi todos la comparten y, sobre todo, la aplican. Esta norma implícita se ve facilitada en su aplicación por el hecho de que la mayoría del personal es femenino. En todo caso, prácticamente todos reconocen que las cuidadoras son bien aceptadas por los dos sexos, mientras que, a veces, algunas chicas no aceptan bien que les ayude un chico.

Por lo que hace relación a las alumnas y alumnos de prácticas, casi nunca prestan este tipo de ayudas, o lo hacen acompañados. Las normas implícitas en este caso son que no lo hagan solo los de prácticas. Algunos cuidadores y cuidadoras reconocen que hay casos en que no se puede aplicar esta norma porque no hay una cuidadora disponible para ello. Aconsejamos:

- Explicitar la norma implícita (que las chicas sean atendidas siempre por cuidadoras), y generalizarla a todas las tareas que requieran intimidad, muy especialmente a la protección-vigilancia nocturna, ofreciendo siempre a las chicas la ayuda de una cuidadora y a los chicos la ayuda de cuidadores de ambos sexos.

Es verdad que tiene perfecto sentido y es posible olvidarse de esta norma, y que tanto los varones como las mujeres ofrezcan ayudas con actitudes profesionales. Pero no es menos verdad que estamos en una sociedad en las que todos estamos acostumbrados a diferencias entre "servicios para mujeres y servicios para varones", por ejemplo, para eliminar ciertas incomodidades y respetar el pudor y la intimidad entre los sexos. Parece razonable que, en la medida de lo posible, respetemos esto también con las personas que tienen alguna discapacidad.

Algunas personas pueden pensar que en los hospitales y centros especializados

no se respeta esta norma, pero es preciso tener en cuenta que en las personas con discapacidad no se trata de ayudas esporádicas o temporales, sino que toda su vida cotidiana tiene este condicionamiento. Esto no quiere decir que no pueda haber casos excepcionales en que los cuidadores puedan ayudar a las chicas en tareas que requieren intimidad, pero deben ser contemplados como casos excepcionales y resueltos con especial delicadeza.

Esta norma se debe aplicar con mayor rigidez a **los alumnos de prácticas**, que además deberían pasar un tiempo de experiencia supervisada antes de ayudar a los alumnos/as en tareas que requieran intimidad. Lo mejor, **siempre que sea posible, es respetar las resistencias que los residentes expresen, no obligándoles a recibir atenciones de quien no lo deseen**.

Con esta medida **se trata de respetar el pudor y la intimidad** de los residentes, a la vez que se garantiza una **mayor seguridad**. Estos chicos y chicas son, de hecho, tocados/as por muchas personas y debe garantizarse por ello el principio de la seguridad y de respeto a la intimidad.

Este criterio no puede afectar a aquellos otros aspectos que se refieren a ayudas técnicas profesionales específicas: rehabilitadores, médicos, etc. Así es como de hecho ocurre en la sociedad en general.

El tratamiento de la intimidad debe, en todo caso, tener unas reglas de funcionamiento claramente profesionales. Una reflexión conjunta de todos los profesionales sobre este tema podría ayudar a dejar claros algunos principios y normas.

Cuidar las situaciones de intimidad, de manera que no sólo haya seguridad, sino un reconocimiento a la dignidad y al valor de la intimidad de estas personas. **Su cuerpo es suyo y su intimidad le pertenece**. En estas situaciones se deben evitar lugares abiertos, lugares con acceso de numerosas personas, observadores innecesarios, comentarios irrespetuosos, morbosidad, tiempo de exposición innecesariamente prolongado, etc.

juegos de imitación

En los juegos reproducen conductas concretas o secuencias amplias propias de los diferentes roles. A través de los juegos pueden tocarse, explorar el cuerpo de los demás, reproducir conductas de los adultos, divertirse, aprender a relacionarse, etc.

La mayor parte de ellos son juegos de imitación, aunque también están motivados por la curiosidad y, en algunos casos, incluso es una forma de buscar contactos sexuales con una motivación de placer.

Las personas con discapacidad tienden también a imitar, por lo que es muy probable que un número importante de sus conductas tengan influencias de los modelos que observan. Uno de los problemas que pueden tener, especialmente las personas con retraso intelectual, es que tengan una idea poco realista de sus posibilidades interpersonales, favorecida por los modelos que observan en los medios de comunicación.

Los criterios de intervención

Los juegos sexuales, si participan voluntariamente, son, en general, saludables y les sirven para enriquecer su formación. Sólo tiene sentido la intervención de los

adultos si:

a) hay una clara asimetría de nivel de desarrollo, de forma que unos puedan ser manipulados por los otros;

b) unos imponen estos juegos a otros que no desean participar. En este caso siempre tiene razón el que no quiere;

c) van acompañados de obsesión continua con la sexualidad, que se transfiere a otros;

d) imitan conductas sexuales muy explícitas que han debido aprender de la pornografía o de situaciones de abusos;

e) entrañan peligro de daño físico (por ejemplo, introducción de objetos en la vagina);

f) el contenido es sexista o agresivo (por ejemplo, imitar una violación);

g) conllevan riesgos, como embarazos, infecciones, etc.

La intervención debe dejar siempre claro que se reconocen y aceptan los juegos, salvo en los casos indicados. En general, los padres y educadores deben limitarse a ser benevolentes, no prestando demasiada atención a los juegos, salvo los casos afectados por los criterios señalados, en los que se debe intervenir para evitar las situaciones asimétricas, la obsesión y el abuso.

Hay que añadir que en bastantes centros comparten espacios, tiempos y actividades, personas con mucha asimetría de edad y de capacidad mental, por lo que es importante tener en cuenta que esto es un factor de riesgo que hay que vigilar. Las asimetrías son, efectivamente, de muchos tipos: edad, nivel mental, grado de movilidad, capacidad psicomotora, desarrollo sexual, interés por la sexualidad, experiencia en conductas sexuales, etc.

Hay además que tener en cuenta que algunas personas discapacitadas pueden haber sufrido abusos, por lo que puede haber un riesgo añadido: que lo aprendido en la situación de abuso sea transferido a otros.

manifestaciones afectivas y/o sexuales ■■■

Con estos aspectos de las manifestaciones sexuales los profesionales se muestran inseguros y confusos. Con frecuencia adoptan formas de afrontamiento bastante diferentes unos de otros. Nos referimos a:

a) preferencias afectivas o sexuales de unos residentes por otros, que puedan dar lugar a "aparentes noviazgos": buscarse continuamente para estar juntos, decir que son novios, manifestar preferencias más o menos claras y estables, etc.

b) caricias corporales entre los residentes, que puedan poner de manifiesto interés sexual, aunque no sean muy implicativas: darse la mano, acariciarse zonas corporales no erógenas, etc.

c) intentos de caricias en zonas erógenas, besos, abrazos, ponerse unos sobre otros, etc.

d) intentos de caricias a algunos/as profesionales o trabajadores/as, a los/as de prácticas, etc.

e) separarse dos del grupo y permane-

cen algún tiempo sin vigilancia y control, etc.

Los profesionales, en esta institución, tienen claro que no deben llegar a tener relaciones coitales, ni a desvestirse, ni a acariciarme muy claramente los genitales, pero no tienen claros los límites y hay disparidad de criterio- Por ejemplo: ¿pueden acariciarse las manos, los brazos, etc., es decir, partes no claramente erógenas?: Los profesionales suelen responder "eso sí";SI. ¿Pueden abrazarse o besarse?, ¿cómo pueden llegar a acariciarse?). Ante estas preguntas es muy frecuente encontrar respuestas como: "según y cómo", "depende de entre quiénes", "yo sería más tolerante, pero me da miedo", "yo sería más tolerante, pero los padres no lo son", "unos somos más tolerantes que otros".

El límite parece estar en el concepto PELIGRO: si se trata de una relación considerada de riesgo, son un chico y una chica, uno/a es "muy listo " u otra/o" mucho menos", etc., entonces no debemos permitirlo. En la práctica la forma más evidente de controlar los peligros es mantenerlos en público y a la vista, "vigilados" por uno de nosotros. De esta forma, finalmente, se permiten más manifestaciones en público que en privado -puesto que en realidad no hay lugares privados, salvo los servicios-. Esto provoca otra consecuencia práctica: los que no tienen actividad sexual, algunos/as especialmente, se dedican a observar los intentos de los otros por tenerla "hasta cierto grado". Se sigue así, en la práctica, un principio contrario a la "normalidad" e integración: más permisividad pública y ausencia de privacidad.

En este campo se observa también una cierta tensión latente entre los profesionales:

a) Porque ellos mismos no tienen claro cómo se debería actuar, cómo afrontar determinadas situaciones.

b) Porque no todos los profesionales ven las cosas de la misma manera y a veces consideran que sus compañeros no actúan bien.

c) Porque consideran que los padres son demasiado restrictivos en este campo y no confían del todo en ellos. De forma que no hay una verdadera comunicación con los padres en este campo.

En líneas generales aconsejamos se reflexione para:

- Intentar favorecer que las manifestaciones sexuales vayan a lo privado, siempre y cuando, no entrañen riesgos, etc. Por lo que debe plantearse la posibilidad de encontrar espacios de privacidad normalizados como, por ejemplo, habitación propia.

- Intentar conseguir que en público las manifestaciones sexuales no superen las que, de hecho, no se tienen en ambientes normalizados. Favoreciendo el respeto y la buena educación, en la medida de lo posible.

- Intentar consensuar criterios referidos a parejas y personas concretas, entre profesionales y con los padres, aspecto al que nos referimos más abajo.

Criterios más concretos

a) Cuando las personas con discapacidad acuden a un **centro ocupacional,** escolar o asistencial, hay que tener claro que el centro no es el lugar apropiado para hacer explícita la excitación sexual y para resolver las nece-

sidades sexuales, en el caso de que éstas se manifiesten. Las necesidades interpersonales, cuando se expresan en conductas que requieren intimidad, deben resolverse fuera del centro, por lo que el trabajo con los padres o tutores es fundamental.

b) En las residencias: caso distinto es el de las **residencias** en las que éstas equivalen al hogar familiar. La organización de éstas depende mucho de la persona que la regenta y de quienes tutelan a las personas con discapacidad. En algunas residencias pueden darse condiciones para plantearse la posibilidad de que las personas con discapacidad -en la medida de sus posibilidades y deseos- dispongan de una organización de los espacios que les permita intimidad y privacidad, siempre con la evaluación y protección de tutores y educadores.

   Naturalmente, nunca se trata de incitar, fomentar, etc., actividades sexuales de uno u otro tipo, sino de que en cada caso, conforme a la biografía de la persona y con la evaluación de los tutores y los profesionales se les permita conseguir el grado de integración y normalización que sea posible.

c) El criterio general que debe establecerse **sobre lo que puede hacerse o no en público**, es el **"criterio social"**.

   Es decir, que más que intentar formular una casuística prolija y absurda sobre lo que se puede hacer o no hacer, se puede tomar como referencia el "criterio social", lo que socialmente se considera "aceptable" en las instituciones educativas y de "guarda-custodia". Este criterio social tiene fronteras confusas y diferentes según las personas, pero es fundamental para la convivencia en un centro, de forma que todo el mundo se sienta respetado y no haya "escándalo" entre las personas discapacitadas, los profesionales y los padres.

   Si se pretende llegar a una casuística muy prolija es fácil llegar al absurdo: Por ejemplo: ¿cómo, cuántas veces, de qué forma, dónde y durante cuánto tiempo se pueden besar?

   En los siguientes apartados intentamos dar otros criterios generales, sin caer en este tipo de casuística.

   Otro criterio práctico es aceptar las manifestaciones de amistad y de preferencia sexual -ir de la mano, por ejemplo- que no impliquen -en términos sociales- una búsqueda de excitación sexual explícita, o que de hecho no la provoquen. No es fácil dilucidar dónde empieza la excitación sexual; pero es evidente que desde el punto de vista social hay situaciones que todo el mundo interpreta como búsqueda explícita de excitación, bien por la intimidad de las posturas adoptadas, por la explicitud de las conductas, o bien por la reiteración de las caricias en zonas corporales de inequívoco significado sexual.

d) **Debe respetarse el "no"**, de forma que para que cualquier manifestación afectiva o sexual sea aceptada tiene que ser consentida por quien la recibe. Hay también que evitar cualquier posible situación de abuso basada en la fuerza u otra asimetría, como la edad, el nivel de desarrollo o la capacidad física. Toda persona puede decir NO cuando se le pide o se le ofrece una manifestación afectiva o sexual y quien dice NO tiene siempre la razón.

e) Los **alumnos/as no deben ser dejados solos, sin vigilancia,** en lugares apartados u ocultos del colegio, salvo que se tenga la seguridad de que usan bien estos espacios y tiempos; es decir, que sabemos que tienen la autonomía y formación suficiente como para concederles un determinado grado de intimidad y privacidad...

Son frecuentes los casos en que pretenden ocultarse de una u otra forma, demostrando que se sienten "vigilados" y, en algunos casos, "perseguidos".

f) Se deben planificar los **posibles riesgos,** si es que tienen alguna posibilidad de tener prácticas de riesgo, pensando no sólo en el embarazo sino en las enfermedades de transmisión sexual.

Plantearse el estado de salud de los residentes e incluir estos aspectos en los exámenes médicos y evaluar a las parejas que puedan tener prácticas de riesgo es fundamental.

Permitir prácticas de riesgo supone una grave vulneración del principio de protección.

conductas afectivas/sexuales con los profesionales

Los profesionales deben tener claro que, si bien deben ser tolerantes con los alumnos, no deben dar lugar a preferencias afectivas -hacia ellos o de ellos hacia las personas con discapacidad- que provoquen celos, confusión en sus respuestas -de forma que puedan hacerse ilusiones o sentirse confusos-, prestarse como objeto de excitación o llegar a estimular de una forma u otra a los/as alumnos/as. Pueden y deben ser afectuosos, pero siempre profesionales y equidistantes en el trato con todos. Ser profesionales, en definitiva, marcando los límites entre la relación amistosa y afectiva, y cualquier tipo de preferencia o estimulación de contenido sexual. Cuando ésta se aprecie, deben marcarse los límites con claridad.

¿Qué puede hacer un profesional cuando le quieren implicar en un tipo de interacción afectiva o sexual? Ésta es una situación frecuente, tanto por las carencias que muchas personas tienen, como por el hecho de que los/as profesionales pueden resultarle muy atractivos o atractivas. Con los alumnos de prácticas puede ocurrir lo mismo, incrementado por la juventud e inexperiencia de éstos. Los alumnos o residentes pueden declararse, según el momento, como padres, amigos y amantes.

Proponemos para la reflexión los siguientes criterios:

- Tener claro que es un profesional y que en cuanto tal no puede ser la persona que resuelva este tipo de necesidades a las personas que cuida y educa. El rol del profesional es incompatible con el rol de amante, amigo, madre, etc. Perdería su capacidad educadora y generaría celos y rivalidades difíciles de manejar.

- Ser muy consciente y responsable, no buscando el propio profesional alguna forma de satisfacción y, mucho menos, permitirse llegar a instrumentalizar o abusar de las personas con discapacidad.

- El profesional debe también reconocer un derecho propio: el derecho a decir NO, si alguna manifestación de este tipo le crea incomodidad. De

forma que no tiene por qué ser condescendiente en este campo. En este aspecto precisamente tiene sentido una cierta diversidad entre los profesionales, porque dentro de la normalidad profesional, caben diferencias individuales en la interacción con las personas discapacitadas.

- No dar lugar a situaciones o relaciones que puedan producir confusión en las personas con discapacidad. Definir bien la situación y el rol del profesional en ella, y marcar los límites de manera clara, si fuera necesario, es otro criterio muy útil.

- Prestar atenciones y cuidados similares a unas personas u otras, sin diferencias que puedan ser entendidas como preferencias afectivas por las personas con discapacidad.

- Cambiar los profesionales de lugar, clase o actividad; o hacer que atienda otro profesional a quien parece obsesionado con uno de ellos, es otra alternativa para dejarle claro que no se está dispuesto a este tipo de conductas o relaciones.

conductas sexuales abusivas

Las personas con discapacidad tienen más probabilidades de sufrir abusos que el resto de la población. Los abusadores suelen ser varones de la familia, del entorno familiar, conocidos o desconocidos. También, en algunos casos los propios educadores o aquellos adultos que tienen acceso profesional a ellos.

Especial consideración merece la posibilidad de que sufran abusos por parte de otras personas con discapacidad con mayor nivel de desarrollo o con más edad. En este sentido, los Centros o residencias, en los que se tiene que compartir la vida con personas de muy diferente edad y nivel de desarrollo pueden también ser lugares de riesgo.

Los criterios de actuación son diversos, según el tipo de agresor y la gravedad del abuso. Pero en todo caso:

1. Se debe hacer lo posible por enseñarles a protegerse (aprendiendo a tener sentido de propiedad del cuerpo y derecho a que no se les instrumentalice sexualmente) en la medida que sea posible. Conocer la anatomía, saber lo que es un abuso, enseñarles a decir NO o a buscar ayuda, son los contenidos de la prevención.

   En los Centros o residencias es también fundamental hacer educación sexual preventiva y hacer, si fuera necesario, programas de intervención con las personas con discapacidad que tiendan a cometer agresiones.

2. Donde no llegue su capacidad de protección deben ser los tutores y los educadores los que aseguren que están protegidos de posibles abusos sexuales:

   - Saber dónde está, con quién y haciendo qué, es una parte importante de la protección. Para ello es fundamental preguntarse si en esa situación hay algunas personas que garantizan que están protegidas las personas con discapacidad.

   - Cuidar las relaciones entre personas con discapacidad de diferente edad o asimetría de desarrollo es uno de los aspectos de la protección.

3. Evitar que una situación de abuso se repita, si ha tenido lugar. Tomando las medidas que aseguren esto.

4. Perseguir a los agresores, de una forma u otra, según el grado de gravedad de la conducta, la edad de agresor y de víctima, etc.

La seguridad y la protección de las personas con discapacidad es una parte esencial de nuestros programas de intervención.

las posibles parejas

La posibilidad de formar parejas es un derecho de las personas que debemos proteger, pero en el caso de personas con discapacidad, especialmente con discapacidad intelectual, no es fácil la solución.

Además, hay **muchos tipos de parejas** y es frecuente que el concepto convencional de parejas no sea muy real en estos casos:

a. Por un lado, hay parejas de un día, una semana, un mes, etc.; hay algunos que dicen ser pareja, mientras el otro/a lo niega; en algunos casos pueden referirse a varias personas como su pareja, según el caso; pueden decirse pareja porque son amigos, etc. Sus expectativas pueden verse colmadas con estar juntos, ir de la mano, darse algún beso, etc. Otras veces sus expectativas son muy irreales y poco tienen que ver con sus posibilidades.

   Estas parejas también deben ser admitidas y protegidas, si es su manera de relacionarse, asegurándose de que ambos lo quieren, no hay instrumentalización o asimetría de riesgos y también que no llevan a cabo conductas de riesgo en este campo. Que estas parejas puedan ir más lejos en sus relaciones y en su desarrollo como pareja depende de sus capacidades y deseos, por un lado, y de la disposición de los tutores y de las instituciones en las que residen. Los planteamientos y consejos estarían entre los que hemos dado en apartados anteriores y los que damos ahora para otro tipo de pareja.

b. Pero puede haber o llegar a formarse otro tipo de parejas que por su capacidad -mayor o incluso muy cercana a la llamada normalidad- estabilidad en el tiempo, consentimiento mutuo, etc., cumplan condiciones para que los tutores y las instituciones favorezcan su acercamiento a la normalidad. A estas parejas nos vamos a referir especialmente en este apartado.

Criterios que dificultan o impiden la formación de pareja

a. Si uno rechaza al otro, es evidente que se debe enseñar al que insiste el **respeto al NO del compañero o compañera** que no desea esa relación. El no debe ser respetado y no deben permitirse situaciones que impliquen "acoso" o abuso.

b. Si entre los dos miembros de la posible pareja hay **clara asimetría** de nivel de desarrollo, se trata de una relación **que debe ser desaconsejada** y, por tanto, se debe hacer lo posible porque no se dé. La asimetría en las relaciones es un factor de riesgo importante. El grado de asimetría que hace la relación desaconsejable no nos parece posible definirlo de forma operacional, por lo que la apli-

cación de este criterio dependerá, sobre todo, de las personas con discapacidad y sus tutores.

c. Si hay una **dominación del uno/a por el otro/**a, de forma que una parte sea mas bien pasiva, instrumentada, dominada, engañada, etc., nos parece que debe analizarse la pareja con especial cuidado, para conocer: la voluntariedad de cada miembro, la capacidad para no dejarse instrumentalizar, los posibles riesgos.

Cosas a plantearse si hay posibilidades de formación de pareja

a. **Los educadores deben hablar con los tutores de ambos para que**:

- Conozcan que su hijo o su hija está viviendo este tipo de relación o de inicio de relación.

- Se planteen la forma de afrontar la situación, teniendo en cuenta todos los elementos biográficos de los hijos y de ellos mismos, porque estas parejas pueden tener las relaciones que los padres les permitan tener. Este criterio es especialmente complicado, porque hay que tener en cuenta a los INTERESADOS (personas con discapacidad) y a sus TUTORES de ambos.

  Entre las decisiones a tomar están:

  - Si conviene o no que continúen con la relación, para lo cual deben estar de acuerdo los padres de ambos.

  - Si se les permite que estén más cercanos, como pareja, en algunos momentos, dentro del centro y fuera de él. Especialmente fuera del centro (por ejemplo, si los padres deciden salir alguna vez con ambos hijos, invitarle/a al cumpleaños de su hija/o, etc.).

  - Si se les da cierto grado de autonomía o no, si es que la pueden asumir. Por ejemplo, si van al Club de Ocio o no, si pueden llegar a hacer ciertas salidas solos o no, si tienen acceso a ciertos espacios de privacidad y dónde, etc.

  - Si hay alguna posibilidad de que asuman prácticas sexuales de riesgo, y en caso afirmativo plantearse cómo evitar dichas prácticas o cómo evitar los riesgos.

b. **Evaluar bien a la pareja y estudiar el tipo de ayudas específicas** que pueden necesitar de los propios padres o de algunos profesionales.

c. **Tener en cuenta que lo mejor puede ser enemigo de lo bueno**

Por una razones o por otras, numerosas parejas de personas con discapacidad se quedan de hecho en un camino intermedio hacia la integración y normalización: no pueden tener hijos, no pueden llegar a plantearse vivir juntas, no disponen de espacios de privacidad, no tienen actividad sexual coital, etc. Las dificultades pueden tener orígenes muy diversos:

- Limitaciones de uno o los dos miembros de la pareja.

- Forma de vivir el afecto y la sexualidad propia de uno o los dos miembros de la pareja, limitando sus demandas en uno u otro sentido.

- Rechazos o resistencias de los padres.

- Rechazo o resistencia de los profesionales.
- Rechazo de quienes gobiernan las instituciones.
- Rechazo social a la integración y normalización en este campo.

Esto no quiere decir que no tenga sentido para ellos el disfrutar de otros niveles de relación afectivos y/o sexuales. Buscar el equilibrio entre lo posible teóricamente y lo realmente posible es una obligación de los tutores y los profesionales, pero siempre manteniendo la pregunta adecuada: **¿Cómo podemos avanzar hacia la normalización e integración, cómo podemos caminar, aunque sea paso a paso, poco a poco, en la buena dirección?**

SE HACE CAMINO AL ANDAR

bibliografía

López, F. (1995). *La prevención de los abusos sexuales y la educación sexual*. Salamanca: Amaru.

López y Del Campo (1997). *La prevención de los abusos sexuales: programas para padres, educadores, infantil, primaria y secundaria*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales.

López, F. (2000). *La inocencia rota*. Barcelona: Océano.

López, F. (2002). *Sexo y Afecto en Personas con Discapacidad*. Madrid: Biblioteca Nueva.

López, F. (2005). *Educación sexual*. Madrid: Biblioteca Nueva.

López, F. (2005). *Educación sexual de los hijos*. Madrid: Pirámide.

Mc Case, M. (1993). Sex education programs for people with mental retardation, *Mental Retardation*, 31, 377-387.

Walsh, A. y Phty, M (2000). Improve and care: Responding to Inappropriate Masturbation in People with Severe Intellectual Disabilities. *Sexuality and Disability*, 18, 27-39.

Whitehouse, M. y McCase, M (1997). Sex education Programs for people with intellectual disability: How effective are they?, *Education and Training in mental Retardation and Developmental Disabilities*, 8, 229-240.