





18

Serie
Documentos
Técnicos

Discapacidad intelectual y sexualidad: Conductas sexuales socialmente no aceptadas



GOBIERNO DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

CONSEJERÍA DE VIVIENDA Y BIENESTAR SOCIAL

Autores:

Ricardo de Dios del Valle, Mercedes García
Ruiz y Óscar Suárez Álvarez

Fotos:

Mario Rojas Fingerle

Edita:

Gobierno del Principado de Asturias.
Consejería de Vivienda y Bienestar Social

Diseño: Publidisa

Imprime: Gráficas Eujoa, S.A.

D.L.: AS-6.007/2006

AUTORES

Ricardo de Dios del Valle

Licenciado en Medicina y Cirugía por la Universidad de Oviedo. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Área Sanitaria 4. Hospital Ramón y Cajal. Madrid.

Experto Universitario en Sexología. Instituto de Ciencias Sexológicas. Universidad de Alcalá de Henares.

Profesional del Centro de Educación Sexual, Asesoramiento y Atención a la Pareja NEXUS.

Mercedes García Ruiz

Licenciada en Psicología por la Universidad de Oviedo.

Experta Universitaria en Sexología. Instituto de Ciencias Sexológicas. Universidad de Alcalá de Henares.

Profesional del Centro de Educación Sexual, Asesoramiento y Atención a la Pareja NEXUS.

Oscar Suárez Álvarez

Licenciado en Psicología por la Universidad de Oviedo.

Experto Universitario en Educación Sexual y Sexología. Instituto de Ciencias Sexológicas. Universidad de Alcalá de Henares.

Experto Universitario en Asesoramiento Sexual y Sexología. Instituto de Ciencias Sexológicas. Universidad de Alcalá de Henares.

Profesional del Centro de Educación Sexual, Asesoramiento y Atención a la Pareja NEXUS.

AGRADECIMIENTOS

A todos los profesionales de los Centros de Apoyo a la Integración y Centros Ocupacionales del Principado de Asturias que gracias a su compromiso, esfuerzo, dedicación e ilusión dan sentido al presente documento.

A los verdaderos protagonistas del libro, familiares y personas con discapacidad intelectual, por su generosidad al enseñarnos tanto de nosotros mismos.

A los responsables y profesionales de la Consejería de Vivienda y Bienestar Social por creer y hacernos creer que otro mundo es posible.

A Ricardo Fernández por su visión, por su amistad y por convencernos para entrar en este mundo.

“ La utopía esta en el horizonte. Camino dos pasos, ella se aleja dos pasos y el horizonte se corre diez pasos más allá.

¿Entonces para que sirve la utopía? Para eso, sirve para caminar” .

Eduardo Galeano.

El desarrollo íntegro de las personas conlleva la aceptación del ser humano como ser sexuado y, por ello, la sexualidad debe considerarse como una parte integrante del desarrollo psicoafectivo y psicoevolutivo. Esta afirmación también debe ser reconocida y admitida para las personas con discapacidad intelectual, grupo sobre el que, todavía, existen demasiados prejuicios y actitudes sociales que dificultan el pleno ejercicio de sus derechos y, cómo no, el disfrute de la propia sexualidad.

Mejorar la calidad de los servicios de atención a las personas cuyas competencias asume la Consejería de Vivienda y Bienestar Social es una de las líneas estratégicas de actuación con la que trabajamos desde hace tiempo. La elaboración y publicación de documentos técnicos es clave para ofrecer marcos de intervención homogéneos, coherentes y fundados en el conocimiento existente, dentro de los recursos públicos de atención.

“Discapacidad intelectual y sexualidad: conductas sexuales socialmente no aceptadas” es un documento técnico en el que se ofrece orientación de gran interés para las familias y los profesionales implicados en la atención y formación de las personas con discapacidad intelectual. Su intención es favorecer y apoyar una acción educativa en el ámbito de la sexualidad, basada en el reconocimiento del derecho de cada persona al disfrute de su propia sexualidad y en el análisis de la conducta humana y su entorno social.

Documentos como esta guía, en la que se conjuga conocimiento teórico, experiencia y pautas para la intervención ante situaciones cotidianas, son instrumentos de gran valor para hacer posible y efectiva la mejora de la calidad de la atención que ofrecemos a las personas con necesidades especiales. Además, creo que este nuevo documento técnico será una herramienta de gran utilidad para continuar apoyando el esfuerzo que los profesionales y familias en su labor para lograr que las personas con discapacidad intelectual vivan con mayor plenitud y dignidad.

Laura González Álvarez
Consejera de Vivienda y Bienestar Social

Con bastante frecuencia, a las personas con discapacidad intelectual, se les niega o reprime el derecho al ejercicio de su propia sexualidad. Diversos tópicos impregnan las actitudes sociales en lo que a esto se refiere; unos tienen que ver con la creencia de ausencia de deseos y necesidades sexuales —las personas con discapacidad intelectual se consideran como “ángeles sin sexo” o “eternos niños”— y otros con la falta de control de impulsos —hipersexualidad—. Estos sesgos alimentan muchas incertidumbres y temores tanto en las familias como en los profesionales, lo que suele conducir a silenciar este tipo de necesidades, reprimir toda conducta en la que se aprecien connotaciones sexuales, así como a evitar la formación sexual de las personas con discapacidad intelectual al considerarla innecesaria o peligrosa.

El documento técnico que aquí se presenta bajo la denominación “Discapacidad intelectual y sexualidad: conductas sexuales socialmente no aceptadas”, es una innovadora guía pensada para ofrecer orientación a las familias y a los profesionales implicados en la atención y formación de las personas con discapacidad intelectual.

En esta publicación se abordan tanto aspectos relacionados con la sexualidad humana como sus implicaciones en los recursos formales de atención a personas adultas con discapacidad intelectual. Además, se analizan distintas conductas sexuales bajo la denominación de “socialmente no aceptadas”, haciendo con ello referencia al significado social que envuelve todo comportamiento humano. Se han incluido las principales conductas sexuales en las que tanto familias como profesionales encuentran mayores dudas y dificultades a la hora de interpretarlas y ofrecer respuestas.

Este nuevo documento cubre un importante vacío en la práctica profesional y mi deseo no puede ser otro que el que sirva para mejorar la atención dispensada a las personas con discapacidad intelectual, esfuerzo en el que conjuntamente -profesionales, familias, movimiento asociativo y responsabilidades públicas- estamos y nos sentimos comprometidos.

María Jesús Elizalde Sánchez
Directora General de Atención a Mayores,
Discapacitados y Personas Dependientes

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	17
2. PRINCIPIOS RECTORES.....	21
3. CONCEPTOS GENERALES	33
4. PARTICULARIDADES SEXUALES DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL	39
5. ASPECTOS GENERALES DE LAS CONDUCTAS SEXUALES SOCIALMENTE NO ACEPTADAS.....	45
6. MODIFICACIÓN DE CONDUCTA	49
7. DISEÑO DE LA INTERVENCIÓN	59
8. CONDUCTAS SEXUALES SOCIALMENTE NO ACEPTADAS MÁS FRECUENTES	61
9. PLANIFICACIÓN FAMILIAR.....	95
10. COMUNICACIÓN ENTRE LOS EDUCADORES Y LA FAMILIA....	107
11. PAPEL DEL PROFESIONAL DE LOS CENTROS DE APOYO A LA INTEGRACIÓN Y CENTROS OCUPACIONALES EN LA EDUCACIÓN SEXUAL.....	113
12. MANEJO EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL SEVERA.....	119
13. MANEJO EN CENTROS RESIDENCIALES	123
14. RECURSOS A NUESTRA DISPOSICIÓN.	129
15. BIBLIOGRAFÍA UTILIZADA PARA LA CONFECCIÓN DE ESTE DOCUMENTO.....	139

1

INTRODUCCIÓN

El objetivo que nos planteamos a la hora de elaborar el presente documento fue intentar crear una herramienta útil para los profesionales que trabajan en el ámbito de la discapacidad intelectual.

Para ello hemos querido profundizar en el manejo de unas conductas concretas que causan gran alarma y preocupación tanto entre los educadores como en la propia familia. Conductas que generan y alimentan los miedos y prejuicios sobre la sexualidad de las personas con discapacidad intelectual.

Hemos huido de elaborar un documento que aborde de forma superficial todos los temas que tienen que ver con la sexualidad de las personas con discapacidad psíquica, desde aspectos conceptuales pasando por el manejo de determinadas conductas al planteamiento de un programa educativo. Creemos que textos con un planteamiento general ya existen en el mercado, pero nuestra experiencia nos lleva a pensar que los educadores piden más, piden textos que aborden con detenimiento cada uno de estos campos, y con esa idea hemos elaborado el presente documento.

Veremos en las siguientes páginas como la sexualidad de las personas con discapacidad intelectual no se diferencia de forma importante de la sexualidad de las personas sin esa discapacidad, y que la mayor parte de las aparentes diferencias han sido creadas de forma artificial por la propia sociedad.

En el texto hemos explicitado algunos principios rectores que guían nuestro trabajo, principios que establecen el marco donde cualquier programa debe moverse, en definitiva, los principios expuestos se podrían resumir en que no debemos olvidar nunca que una persona con discapacidad intelectual es una persona, y que como persona sus bienes más preciados son la libertad y la autodeterminación; y como persona posee los mismos derechos que cualquier otra. En el ámbito educativo nuestros programas tendrán esencialmente los mismos objetivos que los programas educativos dirigidos a población sin discapacidad, los programas deberán buscar que la persona

crezca y desarrolle al máximo sus capacidades y su autonomía, permitiendo con ello que dirija su vida en búsqueda de su felicidad.

Aunque en este texto hayamos planteado como eje esencial el manejo de determinadas conductas no queremos olvidar que cualquier planteamiento de manejo de las mismas deberá ir enmarcado en un proyecto educativo que aborde la educación sexual, debido a que entendemos que es prácticamente imposible modificar determinadas conductas sin elaborar un proyecto educativo que aborde la sexualidad de estas personas como una dimensión positiva y a desarrollar.

Esta idea enlaza con la idea esencial que la persona con discapacidad intelectual tiene derecho como cualquier otra persona a disfrutar de su sexualidad; y para ello necesita recibir educación sexual como cualquier otra persona. En este sentido debemos recordar que la discapacidad intelectual no se puede conformar en rasgo definitorio exclusivo de la persona, todos somos, hemos sido o seremos personas con discapacidades más o menos importantes; es decir la discapacidad es un elemento pero nunca puede definir a la persona.

Esperando que al disponer de herramientas y estrategias para abordar las conductas más problemáticas y que más temores provocan consigamos ir perdiendo el miedo a abordar la socialización sexual de las personas con discapacidad intelectual de una vez por todas.



2

PRINCIPIOS RECTORES

La educación sexual en las personas con discapacidad psíquica pone a prueba muchas actitudes, creencias, opiniones y prejuicios sobre la consideración que socialmente e individualmente tenemos de las personas con discapacidad intelectual. En este sentido nos parece importante explicitar los principios rectores que entendemos deben guiar siempre cualquier actuación en el campo de la discapacidad intelectual en general y sobre la sexualidad en particular. En este sentido hemos deseado plasmar en este apartado algunos documentos que ilustran de forma clara esos principios rectores que no debemos perder de vista nunca. Los documentos expuestos son: El código ético elaborado por la Confederación Española de Organizaciones a favor de las Personas con Discapacidad Intelectual (FEAPS), en concreto el artículo que hace referencia concretamente a la persona con discapacidad y que giran entorno a los dos valores esenciales que dicho código quiere defender en su enunciado, la dignidad y valor de la persona, y la igualdad. Entendemos que este documento refleja las reflexiones de una organización que reúne a una gran parte de las asociaciones de familias y por ello resulta relevante conocer su contenido. Así mismo reflejamos la Declaración de la Conferencia sobre la discapacidad intelectual organizada por la Organización Panamericana de Salud y la Organización Mundial de Salud en octubre de 2004 en Montreal, y la Declaración Universal de los Derechos Sexuales aprobada por la Asamblea General de la Asociación Mundial de Sexología el 26 de agosto de 1999 en Hong Kong.

2.1 Código Ético de FEAPS

Capítulo I: de la persona

21. La esencia de lo humano se asienta en la consideración de cada persona como portadora de valor en sí misma, con poder de desarrollo y crecimiento permanentes sea en el grado que sea, y en la consideración del ser humano como tal ser en unión del otro. Ambos aspectos entrelazados en complejidad —la individualidad y la pertenencia al colectivo humano— configuran la vida de cada uno de nosotros.
22. La persona lo es; sin más, siempre y en toda circunstancia. Y nunca deja de serlo ni parcialmente por el hecho de disponer de mayor o menor competencia de ningún tipo o de mayor o menor poder sea de la clase que sea. Se es persona en plenitud permanentemente, en cualquier tiempo y lugar, y sin condiciones; no hay grados en la condición de la persona, nadie es más o menos persona que nadie, ser persona no admite grados, ser persona no depende de los contextos en los que uno se exprese.
23. Además la persona surge y forma parte indiscutible del colectivo de la humanidad; no es posible lo humano individual sin la humanidad, lo humano colectivo. El reconocimiento de la persona con discapacidad intelectual como igual es condición imprescindible para hacer realidad la dignidad. El ser humano despliega sus competencias no sólo por un mandato biológico predeterminado sino por el mandato de la interacción con sus congéneres asentados en entornos culturales concretos. El ser humano es expresión de la complejidad no sólo en cuanto a su potencialidad de desarrollo y expresión sino en cuanto a su potencialidad de relación.
24. Lo expresado configura dos valores esenciales con relación a toda persona y que el movimiento FEAPS hace suyos en referencia a la persona con discapacidad intelectual a la que sirve: el valor de la dignidad y el valor de la igualdad.
25. A continuación se muestra cada uno de ellos junto con los principios éticos que inspiran y junto con un conjunto no exhaustivo de normas éticas derivadas que constituyen guías, códigos éticos de conducta tanto en el plano de la Organización, como en el del Profesional, como en el de la Familia o en las relaciones entre ellos.

Dignidad y valor de la persona

26. La persona con discapacidad intelectual, como individuo, como persona, en cuanto tal ser humano, tiene valor en sí y por sí misma. Con sus limitaciones y capacidades es un ser humano con su dignidad, en esen-

cia como cualquier otro. Es, en consecuencia, un individuo con sus características, intereses y fines propios e irrepetibles, con dignidad y valor propio, equiparables a los de cualquier otra persona.

27. Desde el respeto a la dignidad y al valor intrínseco, entendemos que la persona está sujeta a un proceso dinámico de cambio que le va generando necesidades, deseos, creencias y opciones individuales. Buscamos la calidad de vida, garantizando el derecho a una vida digna y al autogobierno, tratando a cada persona siendo conscientes de las diferencias individuales.
28. En relación con este valor se desprende, por tanto, el principio de la autodeterminación entendida básicamente como el derecho de toda persona a ser agente causal, actor, al menos parcial, del propio destino. Otro principio orientador de normas éticas es el de la individualidad que orienta hacia acciones y actitudes de respeto a la diferencia, a la identidad propia, y de apoyo al perfil exclusivo de necesidad de cada persona; no cabe aquí un colectivo indiferenciado, homogeneizado, de personas con discapacidad, cabe cada persona, digna en sí, plena, demandando del entorno apoyos concretos individualizados y en momentos concretos.

En coherencia con estos principios,

29. Las organizaciones dispondrán los medios necesarios para que cada persona, con independencia de su capacidad, pueda expresarse por sí misma, facilitando oportunidades y medios para que exprese con libertad (sin mediaciones manipuladoras) sus quejas, deseos, necesidades, aspiraciones y creencias. En todo caso deben habilitarse canales adecuados que permitan el acceso de las opiniones, demandas, propuestas o críticas hasta los órganos de gobierno, reconociendo dichos canales en la reglamentación de régimen interno.
30. Velarán por una atención personalizada, individualizada y de calidad. Esta atención personalizada debe regir la práctica orientada a la persona y a su familia, huyendo de una programación genérica y de las respuestas o acciones que no tienen en cuenta las dificultades, el entorno o itinerario vital de cada persona.
31. Harán explícito en sus reglamentos, idearios o demás mecanismos de regulación y gestión su rechazo total al castigo físico y /o psicológico, expresando por lo tanto su no uso en ningún ámbito.
32. Garantizarán siempre el derecho a la intimidad de la persona tanto más si ella, no es capaz de defenderla, especialmente en el ámbito institucional: en residencias, pisos tutelados, centros tanto educativos como laborales o de prestación de otros servicios tales como programas de día, ocio...

33. Garantizarán la confidencialidad de la información en el ejercicio de nuestro trabajo, con normas explícitas en los reglamentos de régimen interno e informando siempre previamente a la propia persona o a la familia del uso que pudiera hacerse de las mismas (investigaciones, publicaciones...) El secreto institucional tiene carácter externo y corresponde gestionarlo a la organización de modo que no lesione derechos y oportunidades de mejora en la calidad de vida.
34. Los profesionales y los voluntarios han de ejecutar prácticas y estrategias que favorezcan y fomenten la capacidad de elección, de toma de decisiones, de establecimiento de planes y metas personales, de autonomía y, en general, de cualquier otro componente de la autodeterminación. En ocasiones, y con el consenso de equipo, pueden limitar cautelarmente el derecho a la autodeterminación cuando de forma real o potencial la acción o actividad de una persona presente un grave, previsible e inminente riesgo para sí misma o para otros.
35. Han de consultar a la persona en toda cuestión que le afecte. Cuando se considere, en consenso con la familia o tutores y con el equipo de profesionales, que no es posible realizar la consulta, se dispondrán de modo explícito mecanismos para asegurar que las decisiones que le afectan son tomadas en coherencia a sus intereses, deseos y necesidades.
36. Facilitarán a cada persona la información y comprensión acerca de los sistemas de apoyos y otras actuaciones (incluidas reclamaciones y denuncias) que se propongan para conseguir la mejora en su calidad de vida, de modo que dicha persona exprese o no su consentimiento informado tras conocer los objetivos de la acción, los posibles riesgos, las alternativas si las hubiera y cualquier otro asunto que sea considerado relevante. Cuando la persona no presente la capacidad de comprensión necesaria para este fin, el profesional buscará la autorización de personas cualificadas que habrán de actuar en coherencia con los intereses, deseos y necesidades de la persona a la que representan. En todo caso el profesional debería hacer un ejercicio de empatía constante, poniéndose en el lugar de la persona a la que presta apoyo y preguntándose qué es lo que él pensaría en tal situación.
37. Deben denunciar situaciones de injusticia manifiesta, malos tratos o tratos vejatorios y cualquier otra acción que conlleve el incumplimiento de este código ético.
38. Han de actuar y garantizar que se actúe con la persona mediante un trato digno y respetuoso en todo momento. El trato, las formas de llamar, dirigirse y designar a las personas han de estar basados en el respeto, teniendo en cuenta los deseos de la persona, sus opiniones, su edad y

el entorno sociocultural en el que se mueve, y sin realizar discriminación alguna por motivos de género, de capacidad, étnicos, religiosos y políticos o sexuales.

39. Fomentarán siempre la autoestima de la persona y su reconocimiento social, con independencia de los logros, de su productividad social o de las dificultades que manifieste.
40. La familia de la persona con discapacidad intelectual debe fomentar e impulsar la autodeterminación en todas las edades facilitando la toma de decisiones informada, la expresión de opiniones, intereses, creencias, expectativas y necesidades y ofreciendo las máximas oportunidades para que esta autodeterminación se exprese.
41. Facilitará el acceso a la información y conocimientos necesarios para lograr que la persona decida acerca de otorgar o no su consentimiento a aspectos que lo requieran. En el caso de que la persona no presente la capacidad necesaria para este fin, la familia habrá de actuar en coherencia con los intereses, deseos y necesidades de la persona a la que representan.
42. Utilizará, con relación a la persona con discapacidad, modos o lenguaje que no lesionen su dignidad y autoestima. Se han de tener siempre en cuenta los derechos de la persona aunque pueda no saber defenderse eficazmente.
43. Fomentará permanentemente una apariencia física respetuosa con los deseos y opiniones de la persona.
44. Velará por un uso digno y respetuoso de la utilización de la imagen de la persona cuando ésta no pueda expresar su consentimiento o defender sus derechos.
45. Garantizará en el ámbito familiar el derecho de la persona a la intimidad.

Igualdad

46. Por encima de sus diferencias, la persona con discapacidad intelectual, en tanto que miembro de la especie humana, es un ciudadano de pleno derecho, con necesidades, derechos y obligaciones como todos los demás.
47. Tiene derecho y necesidad de vivir en la comunidad, como los demás, y utilizar los mismos servicios y entornos que el resto de los ciudadanos. Esto es en suma la expresión del principio de inclusión, que alienta a la visión de toda persona como ser participante, por derecho propio, en todo contexto, entendiendo la participación como acción-interacción con poder de modelar parcialmente el contexto y con capacidad de aportar valor y riqueza al mismo.

48. Un segundo principio ético derivado del valor de la igualdad es el de igualdad de oportunidades de participación. La persona con discapacidad intelectual tiene potencial para crecer, desarrollarse y adaptarse al entorno. Para ello, y para ejercer sus derechos ya mencionados, necesita unos apoyos, desde un modelo de desarrollo y, si fuera necesario, con discriminación positiva.
49. Un tercer principio orientador de normas se refiere a la promoción necesaria de relaciones interpersonales de calidad y significativas, basadas en principios de reciprocidad, de empatía, de confianza mutua y de competencia: estas relaciones, ya sean con personas también con discapacidad, con familiares, con otras personas del entorno o con profesionales, son necesarias para la percepción personal de una vida de calidad, de satisfacción y de bienestar y felicidad. Especialmente en nuestro actual contexto sociocultural se ha de considerar la relevancia de las relaciones con personas sin discapacidad del entorno. El trato recibido por la persona con discapacidad intelectual en cualquier ámbito debe reflejar el reconocimiento de su dignidad e igualdad como persona y como ciudadano.

En coherencia con estos principios:

50. Las organizaciones promocionarán y apoyarán todo paso que contribuya a la vida más normalizada posible de cada persona, garantizando su calidad de vida y los apoyos necesarios en el ámbito familiar, escolar, laboral, de vivienda, de ocio o de la vida social en general.
51. Velarán para que toda práctica del entorno FEAPS esté orientada por el objetivo de reducir y eliminar cualquier traba que impida la igualdad de derechos de la persona con discapacidad intelectual.
52. Deberán prestar atención específica a la calidad del ambiente físico y humano que rodea a la persona con discapacidad intelectual.
53. Eliminarán barreras de todo tipo (físicas, sociales, de comunicación...) y contarán con edificios, instalaciones y equipamientos que cumplan los estándares generales y que además sean confortables y agradables. Los clientes o sus representantes participarán en su diseño y puesta en marcha.
54. Velarán para que cada persona con discapacidad intelectual tenga un comportamiento ético con el resto y dispondrán los procedimientos adecuados para conseguir este fin.
55. Fomentarán actividades, ritmos y rutinas adecuadas a la edad y a las condiciones socioculturales del entorno, buscando siempre el entorno menos restrictivo posible y fomentando el uso de los servicios comunitarios.

56. Los profesionales y los voluntarios considerarán permanentemente la actitud de que toda persona puede progresar si cuenta con el apoyo adecuado.
57. Proporcionarán los apoyos cuidando mantener permanentemente una relación interpersonal cálida y significativa; es decir, unirá a la calidad técnica calidez humana.
58. La familia fomentará permanentemente la inclusión social de la persona con discapacidad atendiendo a la edad y a las condiciones socioculturales del entorno.
59. Asumirá riesgos aceptables con la intención de promover el máximo desarrollo y participación social y ciudadana de la persona.
60. Velará para que permanentemente la persona con discapacidad tenga oportunidades de relaciones sociales significativas basadas en el afecto sincero.

2.2 Declaración de Montreal sobre la discapacidad intelectual

1. Las personas con discapacidades intelectuales, al igual que los otros seres humanos, nacen libres e iguales en dignidad y en derechos.
2. Al igual que otras características humanas, la discapacidad intelectual, constituye una parte integrante de la experiencia y la diversidad humanas. La discapacidad intelectual es entendida de manera diversa por las distintas culturas, por lo que la comunidad internacional debe reconocer que sus valores universales de dignidad, autodeterminación, igualdad y justicia social para todos se aplican a todas las personas con una discapacidad intelectual.
3. Los Estados tienen la obligación de proteger, respetar y garantizar que todos los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales, así como las libertades fundamentales de las personas con discapacidades intelectuales sean ejercidos de conformidad con las leyes nacionales y con las convenciones, declaraciones, normas y estándares internacionales de derechos humanos. Por lo tanto, los Estados tienen la obligación de proteger a las personas con discapacidades intelectuales contra la experimentación médica o científica sin su consentimiento libre e informado, como también contra cualquier forma de violencia, abuso, discriminación, segregación, estigmatización, explotación, trato o castigo cruel, inhumano o degradante.

4. Los derechos humanos son indivisibles, universales, interdependientes e interrelacionados. Consecuentemente, el derecho al máximo nivel posible de salud y bienestar físico y mental está ligado a los otros derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales y a las libertades fundamentales. Para las personas con discapacidades intelectuales, como para las otras personas, el ejercicio del derecho a la salud debe hacerse asegurando la presencia de la inclusión social, un nivel de vida adecuado y el acceso a una educación inclusiva, a un trabajo justamente remunerado y a servicios integrados dentro de la comunidad.
5.
 - a) Todas las personas con discapacidades intelectuales son ciudadanos plenos, iguales ante la ley y habilitados para ejercer sus derechos, en virtud del respeto a sus diferencias y a sus elecciones individuales.
 - b) El derecho a la igualdad para las personas con discapacidades intelectuales no se limita a la igualdad de oportunidades, sino que pueden requerir también, si las personas con discapacidad intelectual así lo eligen, adaptaciones apropiadas, acciones positivas, acomodaciones y apoyos. Los Estados deben garantizar la presencia, la disponibilidad, el acceso y el goce de servicios adecuados basados en las necesidades, así como en el consentimiento libre e informado de las personas con discapacidad intelectual;
 - c) El respeto de los derechos humanos y de las libertades fundamentales de las personas con discapacidades intelectuales requiere su plena inclusión en la comunidad. A tal efecto, todas las personas con discapacidades intelectuales deben tener acceso a educación, capacitación e información con respeto a sus derechos y sus deberes.
6.
 - a) Las personas con discapacidades intelectuales tienen el mismo derecho que las otras personas a tomar decisiones sobre sus propias vidas. Aún las personas que tienen dificultad para hacer elecciones, tomar decisiones y comunicar sus preferencias, pueden tomar decisiones acertadas para mejorar su desarrollo personal, la calidad de sus relaciones con otros y su participación comunitaria. Conforme con el deber de adecuación enunciado en el párrafo 5b, las personas con discapacidades intelectuales deben recibir el apoyo necesario para tomar esas decisiones, comunicar sus preferencias y que ambas sean respetadas. Las personas con discapacidad intelectual que tengan dificultades para realizar elecciones y tomar decisiones independientes deben poder beneficiarse de las leyes y políticas que reconozcan y promuevan el apoyo para tomar sus propias decisiones. Los Estados deben ofrecer los servicios y los apoyos necesarios a fin de facilitar que las personas con discapacidad in-

- telectual tomen decisiones sobre cuestiones significativas para sus propias vidas;
- b) Bajo ninguna circunstancia las personas con discapacidades intelectuales serán consideradas totalmente incompetentes para tomar decisiones en razón de su discapacidad. Solamente bajo circunstancias extraordinarias, el derecho de las personas con discapacidades intelectuales a tomar sus propias decisiones puede ser legalmente interrumpido. Una tal suspensión debe ser limitada en el tiempo, sujeta a revisiones periódicas y aplicada únicamente a las decisiones específicas para las cuales una autoridad competente e independiente haya determinado la falta de aptitud;
 - c) Esta autoridad debe establecer con evidencias claras y convincentes, que se han brindado los apoyos apropiados y se han considerado todas las alternativas menos restrictivas antes de nombrar un representante personal que ejerza el consentimiento sustitutivo. Ésta autoridad deberá actuar conforme a la ley, respetando el derecho de la persona con discapacidad intelectual a ser informada de los procedimientos, a ser oída, a presentar evidencias, a convocar a expertos para testificar en su favor, a ser representada por uno o más individuos de su confianza y elección, a confrontar cualquier evidencia en su contra a apelar cualquier decisión adversa ante una instancia judicial superior. El representante, tutor o curador que ejerza el consentimiento sustitutivo debe tomar en cuenta las preferencias que esa persona hubiera tomado si hubiera podido hacerlo por sí misma.

2.3 Declaración Universal de los Derechos Sexuales

La sexualidad es un parte integral de la personalidad de todo ser humano. Su desarrollo pleno depende de la satisfacción de las necesidades humanas básicas como el deseo de contacto, intimidad emocional, placer, ternura y amor.

La sexualidad se construye a través de la interacción entre el individuo y las estructuras sociales. El desarrollo pleno de la sexualidad es esencial para el bienestar individual, interpersonal y social. Los derechos sexuales son derechos humanos universales basados en la libertad, dignidad e igualdad para todos los seres humanos.

Los derechos sexuales deben ser reconocidos, promovidos, respetados y defendidos por todas las sociedades con todos los medios.

La salud sexual es resultado del reconocimiento y respeto de los derechos sexuales:

1. El derecho a la libertad Sexual.
La libertad sexual abarca la posibilidad de las personas a expresar su sexualidad y excluye todas las formas de coerción sexual, explotación y abuso en cualquier periodo y situación de la vida.
2. El derecho a la autonomía sexual, integridad sexual y seguridad del cuerpo sexual.
Incluye la capacidad de tomar decisiones autónomas sobre la vida sexual dentro de un contexto de la propia ética personal y social. También incluye el control y disfrute de nuestros cuerpos, libres de tortura, mutilación y violencia de cualquier tipo.
3. El derecho a la privacidad sexual.
Derecho a expresar las preferencias sexuales en la intimidad siempre que estas conductas no interfieran en los derechos sexuales de otros.
4. El derecho a la equidad sexual.
Este derecho se refiere a la oposición a todas las formas de discriminación, por razones de sexo, género, orientación sexual, edad, raza, clase social, religión o discapacidad física, psíquica o sensorial.
5. El derecho al placer sexual.
El placer sexual, incluyendo el autoerotismo, es una fuente de bienestar físico, psicológico, intelectual y espiritual.
6. El derecho a la expresión sexual emocional.
La expresión sexual es más que el placer erótico en los actos sexuales. Cada individuo tiene derecho a expresar su sexualidad a través de la comunicación, el contacto, la expresión emocional y el amor.
7. El derecho a la libre asociación sexual.
Significa la posibilidad de casarse o no, de divorciarse y establecer otros tipos de asociaciones sexuales.
8. El derecho a tomar decisiones reproductivas libres y responsables.
Derecho a decidir sobre tener descendencia o no, el número y el tiempo entre cada uno y el derecho al acceso de los métodos de la regulación de la fertilidad.
9. El derecho a la información basada en el conocimiento científico.
La información sexual debe ser generada a través de un proceso científico libre de presiones externas y difundido de forma apropiada en todos los niveles sociales.
10. El derecho a la educación sexual comprensiva.
Este es un proceso que dura toda la vida, desde el nacimiento y debería involucrar a todas las instituciones sociales.
11. El derecho a la atención clínica de la salud sexual.

La atención clínica de la salud sexual debe estar disponible para la prevención y el tratamiento de todos los problemas, preocupaciones y trastornos sexuales.

Los derechos sexuales son derechos humanos fundamentales y universales.



3

CONCEPTOS GENERALES

En este apartado deseamos hacer algunas consideraciones fundamentales a la hora de abordar la educación sexual de cualquier persona, y en este sentido también de las personas con discapacidad intelectual.

Aunque el objeto del presente documento no es abordar la educación sexual de las personas con discapacidad intelectual sino el abordaje de determinadas conductas que socialmente no son aceptadas y por tanto no nos ayudan a lograr uno de los objetivos esenciales de cualquier programa realizado en este ámbito que es el de la normalización e integración, deseamos definir algunos aspectos que entendemos esenciales de la educación sexual y del modelo que debe soportar cualquier intervención en este campo. Esto nos resulta de especial importancia, ya que cualquier intervención en el sentido de modificar conductas socialmente no aceptadas debe ser un aspecto, y si se me permite, un aspecto mínimo de un programa más amplio que pretenda abordar la educación sexual de forma general de las personas con discapacidad psíquica.

3.1 Educación sexual

El objetivo de la educación sexual no es otro que ayudar a que los hombres y las mujeres se conozcan como hombres y como mujeres, se acepten como tal y aprendan a expresar su erótica de forma que se sientan y vivan con felicidad y satisfacción.

Es evidente, que esto es lo que todos deseamos lograr, y este objetivo tan amplio no puede restringirse al simple trabajo de reforzar o inhibir unas conductas determinadas sino que aborda elementos esenciales de la educación de las personas con discapacidad psíquica.

Es importante dejar claro que la decisión esencial que debemos tomar es que tipo de educación sexual queremos hacer, y no si queremos o no hacerla; ya que siempre hacemos educación sexual, aún cuando hemos decidido

que no vamos a hablar de este tema ya podríamos estar transmitiendo la idea de la sexualidad como algo que se debe ocultar, de lo que no se debe hablar, algo "sucio", etc. o también podemos estar transmitiendo que los educadores o la familia no son recursos a los que consultar sobre este tema...

Por tanto, es esencial que dediquemos un poco de nuestro tiempo a reflexionar que es lo que deseamos transmitir.

3.2 Hecho Sexual Humano

Con el objeto de introducir mayor claridad en los conceptos a la hora de abordar el tema sexual, la teoría del Hecho Sexual Humano pretende aportar luz al tema definiendo y diferenciando realidades diferentes que en muchas ocasiones se entremezclan produciendo una gran sensación de confusión.

- **Sexo:** variable que diferencia a los individuos en hombres o mujeres provocando una afinidad por el encuentro. Esta dimensión se refiere a lo que somos, a la estructura, a la identidad. Esta construcción como hombres o como mujeres es fruto de un proceso que se da a lo largo de la vida desde la concepción hasta la muerte. De este concepto podemos extraer algunas ideas esenciales que van a influir claramente en nuestras estrategias de intervención:
 - Por un lado el sexo es algo que tienen que ver con lo que somos, y por tanto no podemos huir de ello, ni evitarlo, somos seres sexuados nos guste o no.
 - Que es fruto de un proceso de sexuación, y como tal proceso tiene múltiples expresiones individuales, siendo por tanto un proceso individual y biográfico (que se construye a lo largo de la vida). Lo cual condiciona que los objetivos educativos deban ajustarse las necesidades y características de cada etapa vital.
 - Que tiene una función de provocar la búsqueda del encuentro.
- **Sexualidad:** es la forma en que cada sujeto vive el hecho de ser sexuado, tiene por tanto una dimensión vivencial subjetiva, es la manera en que uno se ve, se siente y se vive como hombre o como mujer. Con este planteamiento individual y subjetivo parece razonable que este modelo nos habla desde una óptica de comprensión de los fenómenos que se producen y no desde una óptica normalizadora. No existe una sexualidad "normal" y otra "anormal", sino que la dimensión poblacional o grupal desaparece para poner el énfasis en la dimensión individual. Ya no importa la mayoría, sino que cada sujeto cobra igual importancia. La sexualidad, por tanto, es particular de cada uno. La vivencia del hecho

de ser seres sexuados tiene dos matices esenciales, homosexualidad y heterosexualidad. Podemos diferenciar tres funciones esenciales en la sexualidad: recreativa, reproductiva y relacional. Las ideas clave derivadas de este concepto son:

- Modelo integrador que no excluye a ningún individuo sino que todos tienen cabida. No normativiza, no hablamos de patología.
- Existen tres funciones en la sexualidad: recreativa, reproductiva y relacional.
- **Erótica:** Es la forma concreta de expresar lo que somos (hombre o mujer) y lo que vivimos (sexualidad). Tiene que ver con “lo que hacemos”; y en este sentido hablamos de preferencias, de gustos... Existen dos formas esenciales de expresarnos, la conducta y la fantasía. Como ideas a destacar:
 - Volvemos a reforzar la individualidad como eje central del tema, con lo que todo tiene cabida y nada se excluye.
 - La amplia variedad de la erótica.

Un elemento esencial que se deriva del planteamiento previo y que es importante destacar porque tiene incidencia en la forma en que planteamos las intervenciones educativas, es que hablamos de identidad, de vivencias, de expresión, etc. y no sólo de esto último, de la expresión. En no pocas ocasiones los planteamientos educativos existentes tienen una dimensión restrictiva de la sexualidad, centrando su óptica en la “expresión” en lo que se hace como sinónimo de sexualidad o de hecho sexual humano. Muchos planteamientos educativos tienen una visión de la sexualidad desde un punto de vista “coital”, y no se observa la dimensión vivencial o de identidad, se pierde la dimensión integral de esta realidad y se centra el tema en un aspecto concreto.

3.3 Actitudes

Podemos definir la actitud, siguiendo a Allport como un estado de disposición mental organizado a través de la experiencia y que ejerce una influencia directa o dinámica sobre la respuesta del sujeto. En la definición podemos distinguir los componentes de la actitud, el cognitivo (información sobre el objeto de la actitud), el afectivo-evaluativo (valoración positiva o negativa que se hace sobre el objeto de la actitud) y el conductual (la intención de conducta de la persona ante el objeto).

Las actitudes cumplen una serie de funciones como reducir la complejidad del medio en el que nos movemos, nos permite organizar estímulos, informaciones, valores. Permiten expresar y transmitir sistemas normativos en la sociedad, y con ello, la adaptación a un grupo social.

La sexualidad es un objeto más generador de actitudes; es importante, que tengamos claro este hecho y que como educadores seamos capaces de analizar las que existen en la sociedad y las que nosotros mismos tenemos. Las primeras porque en el mundo de la discapacidad hay un objetivo esencial que es la integración en la sociedad, y como hemos visto, las actitudes cumplen una función en este aspecto. Y las segundas, porque nuestras propias actitudes pueden interferir en la intervención educativa (se transmite más fácilmente las actitudes que los conocimientos) o en el abordaje de una situación concreta, confundiéndonos y evitando una resolución adecuada del mismo.

Las actitudes sobre la sexualidad se han establecido desde visiones negativas marcadas por actitudes de prohibición a visiones positivas marcadas por actitudes de permisividad como elemento reactivo a valores establecidos, etc.

El modelo sobre el que trabajamos en este caso, pretende que nos movamos en actitudes que tienen que ver con la búsqueda de la comprensión del fenómeno, desde la empatía a las diferentes manifestaciones existentes de este fenómeno. Permitiendo con ello, montar un modelo educativo basado en la inclusión y no la exclusión, y que favorezca el crecimiento personal y con ello unas vivencias positivas de nuestro ser sexuado.

IDEAS CLAVE

- El Hecho Sexual Humano tiene tres dimensiones esenciales que tienen que ver con lo que somos, con como nos vivimos y con lo que hacemos.
- No podemos dejar de ser seres sexuados.
- La función del sexo es la afinidad por el encuentro.
- Él hacernos hombres o mujeres es fruto de un proceso a lo largo de la vida, un proceso individual y biográfico.
- La sexualidad tiene tres dimensiones: recreativa, reproductiva y relacional.
- Modelo integrador, todos tienen cabida y todo tiene cabida; no normativiza ni patologiza.



4

PARTICULARIDADES SEXUALES DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL

Partiendo del modelo teórico expuesto anteriormente y entendiendo la erótica como la expresión personal mediante conductas o fantasías de nuestra sexualidad, podemos concluir que el título de este apartado es totalmente acertado, ya que las personas con discapacidad intelectual no tienen particularidades sexuales, no más que cualquier persona ya que por la propia definición la erótica es particular y propia. Queremos en este apartado expresar algunos aspectos diferenciales que entendemos influyen en las manifestaciones eróticas de las personas con discapacidad psíquica y que son esenciales a la hora de abordar las conductas que posteriormente vamos a ver.

Estos matices diferenciales se derivan de dos aspectos fundamentales: la deficiente socialización sexual y la imposibilidad de construir la propia intimidad.

4.1 Deficiente socialización sexual

Tras haber definido brevemente el sexo, la sexualidad y la erótica podemos entender fácilmente que el aprendizaje juega un papel extremadamente limitado en el sexo y la sexualidad, sin embargo su papel crece hasta ser protagonista en la dimensión de la erótica. La erótica suele adquirirse por procesos de aprendizaje (autoexploración, aprendizaje vicario, etc.) Las personas con discapacidad intelectual tienen de forma general una dificultad más o menos importante para el aprendizaje, y en este tema además, sufren una importante y marcada restricción en el acceso a cualquier aspecto de la esfera sexual, lo cual dificulta aún más el aprendizaje de aspectos en relación con la erótica.

Esta restricción se produce por un intento de protección de las personas con discapacidad intelectual de los peligros de lo sexual, peligros que tienen sentido si se parte de una actitud sobre la sexualidad marcada por una va-

loración negativa de la misma, y no entendiéndola como una dimensión de la persona a cultivar.

El mecanismo de protección se ha establecido mediante tres mecanismos esenciales:

- Negación de la sexualidad de las personas con discapacidad intelectual mediante una infantilización de los mismos, basándose en la idea previa que los niños no tienen sexualidad. En ocasiones, se produce otro mecanismo que consiste en que cuando la edad de las personas con discapacidad es avanzada pensar que eso ya no les interesa, en este caso basándose en la idea de que las personas ancianas ya no tienen sexualidad ni desarrollo erótico. El mecanismo base es el mismo, partir del mito de la sexualidad asociada a la adolescencia y madurez y que los niños y los ancianos no tienen nada que ver con esto; y luego asignar a la persona que quieres asexual a uno de estos grupos.
- Represión enérgica de cualquier manifestación erótica de estas personas. Intentamos inhibir cualquier conducta con contenido erótico.
- Impermeabilización sobre contenidos de naturaleza erótica. Estos dos últimos mecanismos se fundamentan en un mito contrario al anterior, pero que actúa de la misma forma evitando el acceso a los contenidos eróticos. La idea esencial es que las personas con discapacidad psíquica tienen una sexualidad incontrolable y por ello llena de peligros, y por tanto, la única opción es evitar su manifestación y que les lleguen contenidos que puedan despertar esa "furia de la naturaleza". Otro mito que refuerza este planteamiento es el pensar que la educación sexual "excita" e incrementa la conducta coital.

4.2 Restringido acceso a la construcción de la propia intimidad

Esto se deriva de una sobredimensión de la protección a estas personas. Al estar siempre pendientes y querer protegerlos tanto, estamos siempre con ellos, no deseamos dejarlos solos y así es imposible que se desarrolle la intimidad. No existe tiempo ni espacio privado para estas personas, siempre hay alguien vigilando, protegiendo... En este sentido sólo desarrollamos el universo público o social y por tanto no hay conductas que tienen cabida en un ámbito público y otras en un ámbito íntimo, ya que este último no existe. En este caso todas las conductas se producen en el único ámbito existente, el público.

Como resultado de todo ello obtenemos que las personas con discapacidad intelectual tienen una socialización sexual escasa y torpe lo que provoca que en no pocos casos exista un conflicto derivado de la pulsión priva-

da del sujeto (de sus deseos...) con las normas sociales que definen como deben resolverse esas pulsiones en nuestra sociedad (normas que son desconocidas debido a la deficiente socialización). Escudados bajo la idea de proteger a las personas con discapacidad de cualquier daño y de los riesgos del sexo, logramos promover conductas desajustadas y nos intentamos proteger de una sexualidad que no comprendemos y nos resulta amenazante por nuestros propios miedos.

Además de estas concepciones sobre los matices de la erótica, pensamos que existen otros mitos que se derivan de la concepción que existe sobre las personas con discapacidad intelectual y que influyen en las manifestaciones eróticas y en los planteamientos en el ámbito de educación sexual existentes actualmente:

- Cuando se habla de personas con discapacidad, podemos poner el énfasis en la persona o en la discapacidad. En general, la visión existente mayoritariamente se fija más en la discapacidad que en la persona. Así nos centramos en las limitaciones, en las dificultades y no en la potencialidad ni en las posibilidades. Pensamos que debido a esas dificultades “nunca van a tener pareja”, “no van a poder ser madres o padres” o “no son atractivos”... detrás de todas estas concepciones que influyen en entender que no es necesario abordar la educación sexual con las personas con discapacidad psíquica se esconde una visión que remarca, subraya y enfatiza la DISCAPACIDAD como elemento esencial y definitorio de estas personas. No se plantean que es lo que podemos hacer, que pueden hacer para ser felices sino que nos fijamos en lo que no pueden hacer.
- Privan a las personas con discapacidad psíquica de voluntad, de capacidad de decisión y con ello los cosifican. Plantean una visión de estas personas como sujetos pasivos, sujetos que se dejan hacer pero no que buscan, hacen o deciden. Así no se plantea que puedan tener relaciones sexuales consentidas, deseadas y satisfactorias; si no que se les etiqueta de víctimas de abusos ya que son personas que no saben decir que no... pero ¿pensamos que pueden decir que sí?
- Se les etiqueta como sujetos a proteger, y ello despierta todos los instintos de protección, de cuidado y cercena el desarrollo de la autonomía y la independencia. Llegamos a protegerlos en todo, los abusos sexuales, evitar conductas eróticas por miedo al embarazo... pero incluso no queremos que se enamoren porque se ilusionan y luego vienen las frustraciones... los queremos proteger tanto que los protegemos de la propia vida, ¿quién no ha tenido un desengaño amoroso? Además con esta protección estamos volviendo a dirigir la mirada a sus limitaciones, porque de base no los consideramos capaces de superar esta situación... Debemos

reflexionar si en ocasiones a pesar de luchar y trabajar por la normalización y la integración, con nuestra hiperprotección no estamos generando el efecto contrario, y somos nosotros mismos los que los queremos hacer diferentes (no queremos que se enamoren, no queremos que tengan desengaños amorosos, etc.). ¿Nuestro afán de protección no estará generando e incrementando sus propias limitaciones?

Es evidente que el camino sólo ha comenzado, que se requieren cambios en la percepción social de las PERSONAS con discapacidad intelectual para lograr que tengan un desarrollo adecuado de su sexualidad. Necesitan que se favorezcan espacios, tiempo y formas para que puedan expresarse, para que puedan encontrarse, en definitiva, para que puedan vivir su sexualidad.



5

ASPECTOS GENERALES DE LAS CONDUCTAS SEXUALES SOCIALMENTE NO ACEPTADAS



Creemos que es esencial no perder de vista que cuando hablamos de educación en el ámbito de la discapacidad psíquica no existen, simplificando el tema, diferencias esenciales frente a la educación en otro colectivo. Así lo que esencialmente buscamos es ayudar a que la persona madure, crezca y desarrolle sus potencialidades todo lo que pueda, de forma que se convierta en una persona autónoma y feliz, para lo cual es esencial, evidentemente, que este integrado en la sociedad que le rodea.

Cualquier intervención no debe olvidar esta reflexión inicial, y aunque en el documento estamos abordando la modificación de conductas que socialmente no son aceptables y por tanto influyen en el grado de integración social de estas personas, recordamos que dichas conductas tienen mucho que ver con una deficiente socialización en esta esfera como vimos anteriormente; y que el objetivo esencial no es que dejen de realizar una conducta determinada y por tanto, nuestro campo de trabajo no debe restringirse a la extinción de esa conducta sino que debemos trabajar en el sentido de contribuir a su desarrollo y crecimiento como persona. Como elementos a tener en cuenta:

- Todas las personas son sexuadas, y expresan su sexualidad de una u otra forma; las personas con discapacidad intelectual también.
- La sexualidad es una dimensión de la persona a cultivar.
- Siempre se hace educación sexual, debemos decidir que tipo hacemos.
- El manejo de conductas desajustadas socialmente no es un programa de educación sexual, y es imprescindible que forme parte de un programa de educación sexual para buscar el objetivo esencial de promover que la persona viva de forma positiva y feliz su sexualidad.
- Pretendemos que cada persona se desarrolle y desarrolle sus vivencias y su forma de expresarse; no de imponer una forma de vivir o una forma de actuar.

- Debemos poner el protagonismo en la persona, cada persona es diferente, tanto en su erótica, en su forma de vivir su sexualidad, en su identidad, pero también en el ámbito pedagógico debemos basarnos en diseñar una intervención personalizada y ajustada a las necesidades, posibilidades y capacidades de cada uno.
- La integración es un elemento esencial que nunca debemos olvidar. Nada debe entrar en conflicto con la socialización.
- Cada uno de nosotros constituye un modelo, una referencia, transmitimos más con lo que no hacemos o decimos que con lo que se hace o dice, el análisis de nuestras actitudes es esencial.
- La coordinación conjunta de actividades y programas entre educadores y familias es esencial y fundamental para lograr intervenciones con éxito, tanto en la modificación de conductas como en la educación sexual. Establecer puentes de comunicación sobre este tema y alinear objetivos constituye una tarea esencial de cualquier programa de intervención.
- Es esencial mantener coherencia en el abordaje de estas situaciones por parte de todos los profesionales del centro. Una herramienta, mas que útil imprescindible, es elaborar un documento donde reflexionemos acerca del procedimiento de actuación en el centro ante estas conductas. Este procedimiento nos dotará de coherencia interna como equipo, de seguridad a la hora de intervenir ya que proviene de un trabajo y reflexión en equipo, y por tanto plural y multidisciplinar.



6

MODIFICACIÓN DE CONDUCTA

La modificación de conducta refleja un enfoque de tratamiento de la disfunción clínica y de la conducta desadaptativa, que resulta especialmente útil en el manejo de las conductas socialmente no aceptadas que vamos a ver en las páginas siguientes. Esto no quiere decir que sea la única vía de abordaje, aunque sí la más utilizada por sus resultados. Kazdin en 1978 señalaba las siguientes características esenciales de la terapia de conducta:

- Pone el énfasis en los determinantes actuales de la conducta, en lugar de poner la atención en el pasado, en los determinantes históricos.
- Pone el acento en el cambio de la conducta como criterio esencial para medir y evaluar la efectividad del tratamiento.
- Se debe especificar el tratamiento de forma objetiva, permitiendo con ello replicar lo más exactamente posible el proceso.
- Confía en la investigación como elemento generador de hipótesis sobre tratamiento y técnicas específicas.

6.1 Técnicas de modificación de conducta

Las técnicas de modificación de la conducta pueden perseguir diferentes objetivos, por un lado, podemos querer que la persona con discapacidad psíquica adquiera una conducta que no se encuentra en su repertorio conductual; o podemos desear perfeccionar una conducta que ya tiene adquirida; o como no, podemos querer eliminar o reducir una determinada conducta que presenta.

En función del objetivo que nos estemos planteando debemos escoger unos u otros procedimientos.

Los procedimientos, por tanto, difieren en función de objetivo perseguido:

1. Si deseamos fortalecer una conducta:
 - Reforzamiento positivo
 - Reforzamiento negativo
 - Control de estímulos
 - Preparación de la respuesta
2. Si buscamos la eliminación:
 - Control aversivo
 - Reforzamiento diferencial de conductas incompatibles.
 - Extinción
 - Tiempo fuera
 - Costo Respuesta
 - Estimulación contingente a la respuesta.
3. Si deseamos adquirir una conducta:
 - Modelamiento
 - Moldeamiento
 - Encadenamiento

1. Procedimientos para fortalecer una conducta ya adquirida

a. Reforzamiento positivo

Entendemos que se ha producido un reforzamiento positivo cuando la frecuencia, duración y/o intensidad de la conducta aumenta cuando la aparición de la conducta se sigue de un acontecimiento estimular. Sólo cuando esto ocurre decimos que existe un refuerzo positivo, por tanto el reforzamiento positivo se define por su efecto sobre la conducta. Debemos dejar claro, que un estímulo sea un reforzador positivo solo lo sabemos a posteriori, si ha tenido el efecto en la conducta que hemos establecido.

La aparición del reforzador sólo se produce si se ha producido la conducta, sólo tras la emisión de la misma.

Tipos de reforzadores

Factores a tener en cuenta

Los factores esenciales que debemos tener presentes para optimizar la intervención con reforzadores son la inmediatez, la frecuencia, la consistencia, la calidad del reforzamiento y su magnitud.

Entendemos que se da un reforzador de forma inmediata cuando lo administramos en el mismo momento en que el sujeto está emitiendo la respuesta. En los primeros momentos de la intervención, suele resultar conveniente utilizar el reforzador de forma inmediata a la emisión de la respuesta, para asegurarnos que estamos reforzando, efectivamente, la conducta que deseamos y no cualquier otra que apareciese posteriormente entre la emisión de la respuesta y la administración del reforzador. Una vez que la

persona ha aprendido cual es la conducta deseable, debemos progresivamente ir demorando la aparición del reforzador; ya que lo que deseamos es que al final de la intervención se produzca la respuesta, la conducta deseada, de forma estable y no dependiendo de la existencia de un reforzador inmediato. Deseamos por tanto que la conducta se mantenga siempre y no sea dependiente de la existencia de reforzadores inmediatos.

Cuando nos referimos a frecuencia, nos estamos refiriendo al número de veces que una respuesta es reforzada. Observamos que existe una relación directa entre el fortalecimiento de la respuesta y el número de veces en que reforzamos dicha conducta. Cuantas más veces se refuerce más probable es su aparición, tanto en frecuencia como en duración e intensidad de la misma. Al inicio del programa con el objeto de fortalecer la conducta, debemos reforzar cada vez que se produzca la respuesta buscada. Una vez alcanzado el nivel de aparición de la conducta, debemos ir reduciendo de forma progresiva la frecuencia de reforzamiento para ir adecuando el programa a la situación real donde no se va a producir un reforzamiento cada vez que se produzca la conducta. De esta forma intentamos que la conducta se mantenga y consolide en la vida real.

Cuando se habla de consistencia nos estamos refiriendo a ser coherentes en el mensaje que estamos dando. Coherentes reforzando la conducta que deseamos fortalecer, y no reforzando las conductas no adecuadas. Esto que puede parecer sencillo, se complica si no se produce una sistemática clara en el reforzamiento, si se ha decidido reforzar cada una de las respuestas correctas, no se nos debe olvidar ninguna; si reforzamos cada cinco, no puede ser cada cuatro, cada seis o cada tres. Esto dará consistencia al reforzador.

Por último, la calidad y magnitud del reforzador. Es fundamental en este procedimiento que el reforzador funcione como tal y sea un poderoso motivador para la emisión de la conducta objetivo. Pero estos factores dependerán de otros aspectos como: la privación, el nivel de saciedad y la cantidad de trabajo que es preciso realizar para lograr el reforzador.

Los reforzadores tienen un mayor poder reforzante cuanto más difícil sea el acceso a este reforzador por otro medio, cuanto más privado este del mismo. La saciedad es el efecto contrario, la persona ha estado mucho en contacto con el reforzador, de forma que ya ha perdido interés por el mismo y, por tanto, ha dejado de tener efecto motivador. Los reforzadores comestibles y tangibles son los más susceptibles de sufrir el fenómeno de la saciedad. Podemos controlar este fenómeno, variando el reforzador; o utilizando estrategias que eviten esta "sobredosis" de reforzador, si es un comestible dar el reforzador en pequeñas dosis, y no después de la comida. Si es tangible, dar partes que al final constituyan un todo que sea el verdadero reforzador.

Podemos utilizar diferentes estrategias con el objeto de optimizar el efecto del programa de reforzamiento. Por un lado, interesa poder seleccionar adecuadamente el reforzador utilizado, como hemos visto necesitamos un estímulo que funcione como elemento motivador. Este hecho depende mucho del sujeto, lo que puede ser un estímulo para un sujeto puede no serlo para otro. Es necesario seleccionar adecuadamente el reforzador, para ello es conveniente conocer a la persona, conocer sus intereses o gustos, e incluso preparar un listado con posibles reforzadores para esa persona. En ocasiones nos podemos encontrar, que la persona desconoce la propiedad reforzante del estímulo que le daríamos si emitiese la conducta. Si desconoce los efectos del reforzador, el reforzador dejará de serlo. En este caso, podemos seguir la estrategia de hacer un muestreo del reforzador, que sirve para que el sujeto experimente las propiedades del estímulo. En definitiva, consiste en dejar que este en contacto con el estímulo independientemente de la conducta, dejamos por tanto que pruebe el estímulo. Parecido a esto, es la presentación del reforzador que consiste en mostrar el mismo antes de la emisión de la conducta. Esta estrategia tiene efecto cuando ya se conocen los efectos del mismo, pero no si es un estímulo nuevo.

Con el objetivo de lograr una generalización de la conducta debemos ir sustituyendo los ambientes artificiales, creados para la emisión de esta conducta, por ambientes naturales. Sería conveniente que el refuerzo se emitiera en diferentes ambientes naturales y por diferentes personas (en casa y en el centro, por la familia y los amigos...)

El reforzamiento vicario que consiste en que la persona observa como otra persona es reforzada al emitir la conducta que deseamos. Este reforzamiento no tiene claros beneficios en personas con discapacidad psíquica importante. Otra estrategia a utilizar es que el reforzador lo administre el grupo de iguales, el cual posee un importante poder reforzador. Llegados a este punto, tenemos que tener en cuenta que el grupo de iguales puede ser utilizado como un elemento reforzante en el sentido deseado por nosotros, pero también puede estar reforzando conductas no deseadas, incluso conductas que se contraponen a la que buscamos. Es fundamental, por tanto, intentar controlar otros elementos que funcionen como reforzadores de conductas que no son adecuadas.

Programas de reforzamiento

Existen diferentes programas de reforzamiento, reforzamiento continuo, reforzamiento intermitente y reforzamiento diferencial de altas tasas de respuesta. En el primer caso, cuando deseamos enseñar una conducta nueva, en los primeros ensayos debemos reforzar cada respuesta correcta. Posteriormente, cuando ya se ha adquirido la conducta de forma consistente pasamos a un reforzamiento intermitente, reforzando algunas de las respues-

tas positivas. Los programas intermitentes son más resistentes a la extinción por parecerse más al ambiente natural. El reforzamiento continuo es ideal para adquirir conductas que no se encuentran en el repertorio de la persona. A cambio, es un programa que esta sujeto fácilmente a la extinción de la conducta aprendida en cuanto desaparece el reforzador. El reforzamiento intermitente es eficaz para el mantenimiento de la conducta y generalización de la misma a otros ambientes. Dentro de los programas de reforzamiento intermitente podemos optar por dar el reforzador tras la emisión de un número específico de respuestas correctas o si se ha emitido la respuesta en un tiempo concreto. El reforzamiento diferencial de altas tasas de respuestas, consiste en dar el reforzador cuando se ha producido la conducta adecuada en una tasa superior a la establecida previamente. Solo conseguimos el reforzador cuando pasamos de esa tasa, y no se consigue si no se alcanza la tasa aunque se hayan emitido de forma correcta las respuestas.

b. Reforzamiento negativo

Consiste en retirar un evento aversivo o la amenaza de su aplicación, tras la emisión de la conducta que queremos fortalecer.

c. Control de estímulos

En este caso en lugar de trabajar sobre las consecuencias de la conducta nos planteamos trabajar sobre los elementos que ocurren previamente a la aparición de la misma. Esta estrategia resulta útil cuando buscamos que la persona emita una conducta que ya posee en su repertorio en el lugar y momento adecuados, y cuando deseamos que adquiera conductas que no dispone.

Existen conductas que pueden ser adecuadas en un momento y lugar e inadecuadas en otro lugar y momento diferentes. En este caso, conocer los estímulos antecedentes pueden ayudar a la persona a emitir la conducta en el lugar y momento adecuado.

El procedimiento consiste en reforzar la conducta cuando se emite ante los estímulos antecedentes adecuados, y no reforzarla en cualquier otra circunstancia. En definitiva, se pretende que a través de la identificación de estímulos existentes, la persona identifique que es o no adecuado que realice la citada conducta.

d. Preparación de la respuesta

Se utiliza cuando la probabilidad de ocurrencia de una conducta es baja, y por tanto los programas de reforzamiento no funcionan ya que la conducta apenas se produce y por tanto, apenas se refuerza. La preparación de respuesta es un procedimiento que pretende que se estimule al sujeto para que

se implique en los primeros pasos de una secuencia de conducta. Como medios podemos utilizar los instigadores, el modelamiento y la guía física. Los instigadores son eventos que ayudan a comenzar una respuesta. Si se aplica el instigador, el sujeto emite la conducta y se suministra un reforzador. Los instigadores pueden ser por ejemplo, verbales (instrucciones claras, concisas y precisas). El modelamiento es útil cuando los instigadores no han sido eficaces. Para utilizar este medio es preciso comprobar que el sujeto tiene en su repertorio conductual la imitación. Así podemos modelar la conducta y el sujeto imita al modelo, tras lo cual se le proporciona un reforzador. Algunos aspectos a valorar en este caso, es que es más fácil que se produzca la imitación si el observador y el modelo comparten características permitiendo una mejor identificación entre ambos, el prestigio del modelo para el observador, la conducta a imitar (mejor sencillas y mostradas lentamente), el reforzamiento vicario, uso de instigadores, etc.

La guía física se suele utilizar en el caso de que los anteriores procedimientos no hayan resultado eficaces o en casos de una discapacidad severa. Este medio consiste en ayudar físicamente al sujeto a emitir la respuesta. Es importante combinar este medio con la utilización de instigadores, sobre todo, verbales. Es importante tener en cuenta que a medida que el sujeto va emitiendo la respuesta le vamos retirando la ayuda y los instigadores de forma progresiva.

2. Procedimientos para eliminar una conducta existente

Dentro de las técnicas utilizadas podemos encontrar el tiempo fuera, el costo respuesta, la estimulación contingente a la respuesta y el reforzamiento diferencial de conductas incompatibles. El tiempo fuera consiste en eliminar un reforzador o eliminar el acceso del individuo al reforzador durante un tiempo, cuando se produce la conducta que deseamos eliminar o reducir. Debemos establecer que en esta técnica resulta fundamental que el sujeto no tenga acceso a ambientes que le refuercen la conducta a eliminar. Este aspecto es fundamental para lograr que la técnica sea exitosa. El tiempo fuera no es eficaz si el ambiente que rodea al sujeto es poco estimulante, en cambio si es muy estimulante para el sujeto el tiempo fuera resulta una técnica de gran interés. Algunos aspectos a tener en cuenta al aplicar la técnica del tiempo fuera, es que son más efectivas las duraciones cortas que las prolongadas, es preferible retirar al sujeto de la habitación que hacerlo en la misma habitación.

El costo respuesta requiere retirar un reforzador positivo cuando se produce la conducta inapropiada. Se suele utilizar con un sistema de economía de fichas, es decir se dan fichas cuando se producen conductas apropiadas y se quitan al producirse la que queremos eliminar.

La estimulación contingente a la respuesta pretende eliminar la conducta mediante la aplicación de un estímulo aversivo cuando se produce la conducta que deseamos eliminar. La estimulación contingente se define por el efecto que tiene sobre la conducta, inhibiéndola. Los estímulos aversivos pueden ser variados, entre ellos elementos verbales, bloqueo facial (cubrir durante un breve período de tiempo la cara). Esta técnica debe estar reservada para casos en los que las demás técnicas han sido absolutamente ineficaces o para casos donde la seguridad del sujeto o de terceros está en riesgo.

El reforzamiento diferencial de conductas incompatibles consiste en reforzar una conducta que es incompatible con la realización de aquella que deseamos eliminar.

Existen otros medios como la extinción, procedimiento que consiste en la retirada permanente del reforzador de la conducta que deseamos eliminar, de difícil aplicación en el medio que deseamos abordar debido a que determinadas conductas tienen más de un reforzador y son difíciles de eliminar algunos de ellos, como puede ser la obtención de placer.

3. Procedimientos para adquirir una conducta

Para utilizar el modelamiento es imprescindible que el sujeto sea capaz de ejecutar los distintos componentes de la conducta que deseamos que adquiera. En caso negativo se utilizará el moldeamiento o el encadenamiento.

En la aplicación de este método haremos una fase de prueba donde podemos valorar la capacidad de ejecución del sujeto. Posteriormente comienza la fase de entrenamiento donde se presenta la conducta, se observa la respuesta del sujeto y se aplica el reforzamiento si la respuesta ha sido correcta. Debemos continuar los ensayos hasta que se imite al modelo durante cinco veces consecutivas. Si presenta dificultades podemos ayudarlo durante la emisión de toda la cadena conductual y reforzar posteriormente. Una vez adquirido se deben realizar nuevos ensayos de mantenimiento de la conducta que serán alternados con los procedimientos de adquisición de nuevas conductas, es decir, tras emitir cinco veces la conducta no podemos finalizar la repetición de la misma, debemos realizar un mantenimiento.

En este método se pueden utilizar medios audiovisuales que sirvan de modelo, fragmentos de películas, etc.

Es importante que las sesiones de entrenamiento sean cortas (diez minutos más o menos).

El moldeamiento pretende ir enseñando aproximaciones sucesivas a una conducta compleja hasta que el sujeto pueda realizarla. Vamos reforzando conductas que se parecen parcialmente a la deseada de forma progresiva. En este método es importante definir la secuencia de respuestas que van a conducir a la respuesta deseada, de forma que vayamos reforzando de for-

ma progresiva las conductas que se vayan acercando a la deseada según esa secuencia predeterminada.

En el encadenamiento es importante tener claro que una conducta esta conformada por una serie de tareas ordenadas de forma secuencial. Debemos analizar cada uno de esos componentes de la conducta (análisis de tareas). En el encadenamiento hacia delante, se enseñan las tareas que componen la conducta según el orden lógico. El sujeto emite al principio la primera tarea, esto se refuerza hasta que se considere adquirido, posteriormente se emite la primera y segunda tarea y se hace lo mismo, y así de forma consecutiva, hasta que al final emite la conducta completa. Otra forma es el encadenamiento hacia atrás, el educador realiza toda la secuencia excepto la última tarea, el sujeto emite esta última tarea, posteriormente el educador emite toda la secuencia excepto las dos últimas, etc.



7

DISEÑO DE LA INTERVENCIÓN

Antes de comenzar a actuar debemos pensar y planificar adecuadamente toda la intervención, sin una planificación adecuada nos veremos abocados al fracaso en la mayoría de las ocasiones. Existen numerosos modelos que podemos utilizar, nosotros por la claridad del mismo nos apoyamos en el expuesto por Verdugo en su Programa de Habilidades Sociales (1997). Las etapas que debemos realizar en cualquier planificación son las siguientes:

1. Definir claramente los objetivos operativos de la intervención. Debemos enunciarlos de forma explícita.
2. Analizar la conducta que se presenta, como, cuando, donde y con quién. Factores facilitadores, estímulos, reforzadores, etc. Nos darán pistas de cómo realizar la intervención de forma más exitosa. Cuando hablamos de analizar debemos tener claro que es imprescindible registrar estas conductas y los factores asociados.
3. Definir la conducta que queremos que el alumno adquiera o que extinga.
4. Planificar la intervención y colaboración de los padres. Debemos recordar que es esencial para la generalización de la conducta la participación de las familias.
5. Diseñar la estrategia de intervención:
 - a. Seleccionar las técnicas de modificación de conducta más adecuadas.
 - b. Descomponer la conducta a adquirir en tareas simples que el alumno debe realizar para adquirir la conducta, para lograr el objetivo operativo.
 - c. Preparación de los materiales necesarios.
 - d. Definir el número de entrenamientos que debe realizar.
 - e. Definir el número de entrenamientos correctos para entender que se ha superado el objetivo (habitualmente un 75%, 3 de 4 ensayos).
 - f. Establecer el mecanismo para reforzar la conducta.
6. Diseñar una hoja de registro para el seguimiento de los ensayos (con los errores, éxitos, etc.)



8

CONDUCTAS SEXUALES SOCIALMENTE NO ACEPTADAS MÁS FRECUENTES



8.1 Masturbación individual en público

Definición

Entendemos la masturbación en público como aquella conducta definida por la estimulación de los genitales en lugares públicos. Esta estimulación puede producirse tanto por encima como por debajo de la ropa.

Aspectos generales

Los estudios clásicos de Kinsey (Kinsey et al., 1948, 1953) apuntaban que casi la totalidad de los hombres adultos y cerca de dos tercios de las mujeres adultas manifestaron que se habían masturbado alguna vez. El estudio de la NHSLS apunta que el 37% de los varones y el 58% de las mujeres no se habían masturbado en los últimos 12 meses. Independientemente de la cifra exacta de prevalencia de esta conducta de autoerotismo en la población, lo que queda claro es que no es una conducta poco frecuente en la población general. Existen estudios que apuntan que la frecuencia de masturbación no son significativamente más altas en población con Síndrome de Down frente a la población general (Myers y Pueschel, 1991).

En la siguiente tabla se exponen los motivos para la masturbación según el estudio de la NHSLS:

MOTIVOS PARA LA MASTURBACIÓN	HOMBRES (%)	MUJERES (%)
Relajarse	26	32
Aliviar la tensión	73	63
No disponer de pareja	32	32
La pareja no quiere tener relaciones sexuales	16	6
Aburrimiento	11	5

Obtener placer sexual	40	42
Para poder dormir	16	12
Temor al SIDA y otras ETS	7	5
Otras razones	5	5

La masturbación ha sido una de las conductas sexuales que han tenido peor prensa en nuestra sociedad. En la tradición judeo-cristiana ha sido fuertemente condenada como acto pecaminoso (Bullogh, 2002). Esta condena se asocia con probabilidad al hecho de ser un acto sexual que no busca la reproducción. Este hecho y la visión del coito como única práctica sexual moralmente aceptable en el matrimonio, han contribuido a la imagen de la masturbación como conducta prohibida.

Estas ideas llegaron a la ciencia, y los motivos espirituales fueron sustituidos por razones “científicas”; y el concepto “pecado” se tradujo en no pocas ocasiones por “trastorno”. Así múltiples médicos pensaban que la masturbación provocaba numerosos males, así el Dr. Rush, médico del siglo XVIII y firmante de la Declaración de Independencia, creía que provocaba tuberculosis, pérdida de visión y memoria, e incluso epilepsia. En el siglo XIX se desarrollaron métodos para lograr evitar que los jóvenes se masturbaran. Así se recomendaba que los padres vendaran o cubrieran los genitales, o que les ataran las manos.

Aunque ahora sabemos que no hay ninguna evidencia científica de que la masturbación sea perjudicial, todas estas creencias e ideas han provocado una actitud de rechazo a la masturbación en no pocos miembros de la sociedad. Es importante tener en cuenta que estas actitudes pueden presentarse y sería conveniente poder identificarlas, en nosotros mismos y en personas cercanas al entorno de la persona con discapacidad, porque de ello puede depender el éxito de la intervención.

Factores implicados

Existen diversos factores que contribuyen a la adquisición y mantenimiento de la presente conducta. Por un lado, existen factores educativos de gran importancia, como el restringido acceso al universo íntimo. En este sentido, a las personas con discapacidad intelectual se les ha privado de un adecuado desarrollo de su intimidad. El motivo fundamental de este hecho es la protección que los seres queridos le han brindado desde el comienzo de sus días. Esta protección ha implicado en ocasiones un freno al desarrollo de su propia autonomía, fomentando su dependencia al no arriesgarnos a que vayan adquiriendo mayor grado de competencia en su cuidado y en su propia

vida. Además también ha provocado que para protegerles y evitar que se produzca cualquier daño, siempre hemos estado presentes, no se les ha permitido disponer de ambientes privados, íntimos, en gran número de ocasiones se ha producido una invasión de la esfera íntima, y por tanto la hemos convertido en pública.

Si no hemos educado en la diferenciación de la dimensión de la intimidad frente a la dimensión de lo público, si lo único que hemos creado es una vida con una sola dimensión, todas las formas de expresión se producirán en esa dimensión.

En definitiva, no podemos diferenciar que conductas pertenecen a la esfera de lo íntimo y cuales pertenecen a la esfera de lo público, porque dicha diferenciación no existe.

En el caso de la masturbación en público, lo que se produce es esto precisamente; una conducta que pertenece a la dimensión de la intimidad tiene lugar en una dimensión que no le corresponde, en la dimensión pública. Y es esto precisamente lo que provoca la inadaptación social, es esto lo que provoca que la sociedad no acepte dicha conducta.

Según Kinsey (1948) cuando los hombres se masturbaban, típicamente, tardaban uno o dos minutos en alcanzar el orgasmo. Pero esto se producía gracias a una técnica de masturbación "eficiente", cuando no se dispone de una adecuada técnica de masturbación, más que adecuada eficiente, el tiempo necesario para alcanzar el orgasmo se va incrementando, e incluso puede que no se produzca; siendo en este caso la técnica claramente ineficiente. A esta ineficiencia pueden contribuir diversos factores, por un lado dificultades motrices, por otro un déficit de aprendizaje, el cual puede estar incrementado por la existencia de una deficiente socialización sexual, como vimos anteriormente.

Esta ineficiencia en la práctica de la masturbación provoca que las personas con discapacidad psíquica tengan que emplear más tiempo en esta conducta para lograr satisfacer cualquiera de los variados motivos que existen para realizar esta conducta, como vimos en la tabla anterior. Este hecho provoca o contribuye a fortalecer un mito sobre la sexualidad de las personas con discapacidad intelectual, el mito de que las personas con discapacidad intelectual tienen una "sexualidad exacerbada", una sexualidad "incontrolable" ... lo cual provoca miedo y rechazo.

En el centro es fundamental establecer unas normas claras y entendibles por todos, y una vez establecidas es fundamental hacer que se cumplan. Ello es importante si no perdemos de vista el último objetivo de cualquier programa en el ámbito de la discapacidad, trabajar por un desarrollo personal permitiendo el máximo de autonomía y logrando una adecuada integración social. En este sentido, para integrarnos en una sociedad debemos

ser capaces de entender que existen normas de convivencia y respetarlas. En este sentido, permitir una masturbación individual en el ámbito público tiene un efecto no sólo sobre la persona que la ejerce sino también sobre el público. Es decir, el mensaje que pretende diferenciar el ámbito privado o íntimo del ámbito público pierde fuerza y consistencia tanto en el sujeto que realiza la conducta como en el público que la observa, por ello debemos evitar que esto se produzca. En este sentido puede ser importante, en casos de grave discapacidad que se retire el público presente, llevando a la persona al baño, habiendo por su puesto emitido el mensaje que posteriormente exponemos.

Intervención

Objetivo de la intervención

Lo primero que es imprescindible definir claramente es el objetivo de la intervención. Para ello tenemos que ser conscientes de las actitudes que tenemos sobre el tema de la masturbación, ya que sin duda pueden condicionar tanto el objetivo inicial como el desarrollo de la intervención. Desde el punto de vista sexológico como hemos expuesto, la masturbación individual es una conducta de autoestimulación erótica con una alta prevalencia en la población. Sabemos que no existe ninguna evidencia científica sobre la existencia de efectos negativos para la salud de la citada conducta, y por tanto constituye una conducta más para experimentar la sexualidad. Por todo ello, entendemos que el objetivo no debe pasar por evitar o erradicar esta conducta, la masturbación sino por enmarcarla en un ámbito socialmente aceptable, el ámbito íntimo.

En resumen, no nos planteamos evitar que la persona se masturbe sino que lo deje de hacer en público.

En este sentido, el objetivo es que la persona sepa “donde” y “cuando” puede realizar esta conducta.

En este sentido, podemos diferenciar dos líneas de trabajo claramente definidas y que ambas contribuyen a lograr nuestros objetivos. Por un lado, tenemos una línea de trabajo marcada por el protagonismo de los procedimientos de modificación de la conducta y cuyo objetivo es la erradicación de una conducta socialmente no aceptada; y por otro, tenemos otra línea más global marcada por la educación sexual en el sentido de trabajar en el desarrollo de las dimensiones de lo íntimo y de lo público. Esta última línea nos va a ayudar a erradicar muchas otras conductas pero sobre todo nos va a permitir desarrollar un trabajo positivo con el objetivo de lograr un mayor desarrollo personal y mayor grado de autonomía.

Descripción de la intervención

Objetivos operativos:

- Extinción de la conducta de masturbación en público.
- Extinción de la conducta de masturbación durante las actividades.
- Adquisición de la conducta de masturbarse en el baño durante el tiempo libre.
- Adquisición de la conducta del lavado de manos tras la masturbación.

Fases de la intervención:

1. Evaluación y registro de la conducta existente.
Es fundamental conocer las características de la conducta, frecuencia, cuando aparece, en que situaciones, posibles refuerzos que se están produciendo, respuesta que damos como educadores a la misma...
2. Descomponer la conducta en pasos educables, en tareas.
El objetivo es dividir la conducta en fases o etapas identificables y que sean independientemente educables y evaluables. En el caso que nos trata podrían ser:
 - a) Dejar de masturbarse en público.
 - b) Se masturba en el baño durante el tiempo libre.
 - c) Higiene tras la masturbación. Lavado de manos.
3. Instrucciones verbales.

Cuando aparece la conducta en un ámbito público el educador que se encuentre presente se acercará y con gesto neutro le dirá "Esto aquí no se hace, esto cuando estés tú sólo en el baño".

El gesto neutro tiene importancia para intentar no transmitir que culpabilizamos esta conducta, que pensamos que la conducta no esta bien, es negativa, etc. sino que lo que se pretende es enseñar a realizar esta conducta de una forma socialmente aceptable y que permita con ello una adecuada integración social, o más bien que no la dificulte. Es por ello esencial identificar y trabajar las actitudes propias sobre este tema, ya que las actitudes se transmiten de forma esencial en el lenguaje no verbal.

Plantearnos como objetivo evitar la masturbación en sentido general, sería un objetivo ligeramente difícil de cumplir, no es azar que sea una conducta tan prevalente y debemos plantearnos que en algunos casos, la masturbación es una de las escasas formas en que las personas con discapacidad psíquica pueden expresar su sexualidad.

Es importante definir el lugar donde consideramos que esta conducta esta permitida por ser socialmente aceptada, y sin duda, tiene que ser

un lugar de la esfera íntima. Lo habitual son dos lugares el baño y el dormitorio (en caso de no ser compartido). En los centros ocupacionales el sitio, por tanto, que queda es el baño.

Debemos explicar las condiciones higiénicas básicas tras la conducta, que consisten en un lavado de manos. Esta explicación debería ser realizada posteriormente, no en el momento de producirse la conducta en público ya que en este momento debemos priorizar el objetivo de extinguir esa conducta y adquirir la de la realización de la misma en el ámbito privado.

4. Ayuda gestual.

En caso de que la conducta se este produciendo en un momento dedicado al ocio o tiempo libre, a la frase anterior se puede acompañar con un gesto de apoyo, llevando a la persona al baño. En este momento se debería reforzar el mensaje educativo sobre las medidas higiénicas, exponiendo que después debe lavarse las manos.

Si se esta produciendo durante un período de actividad docente, no podemos suspender la actividad por esta conducta, con lo cual en ese momento no hay apoyo gestual, sino que simplemente se da la instrucción verbal "Esto aquí no se hace, esto cuando estés tu sólo en el baño".

5. Reforzamiento.

En una fase posterior, y entendiendo que se ha interiorizado el mensaje del "donde" y "cuando" podemos utilizar reforzadores negativos como estrategia para incrementar una conducta, que la masturbación se realice en el ámbito de la intimidad. Este procedimiento consiste en retirar un elemento aversivo o eliminar la amenaza de su aplicación al producirse la conducta que se desea incrementar (en este caso cuando dejan de masturbarse).

Los reforzadores negativos pueden ser muy variados, pero deben ser sin duda relevantes para la persona a la que pretendemos reforzar. Es fundamental por tanto que a la hora de aplicar un reforzador negativo, tiene que ser conocido por la persona (el elemento aversivo y su aplicación si realiza esta conducta).

Existen también reforzadores positivos que aplicaríamos cuando se da la conducta que queremos incrementar. En este caso son más difíciles de aplicar ya que la conducta a reforzar, masturbación en el espacio íntimo, por ser en la intimidad no siempre la vamos a detectar.

En este caso, se podría intentar reforzar positivamente, de forma verbal, por ejemplo, cuando dejen de realizar la conducta que se pretende erradicar.

En un primer momento puede que se nos comunique la realización de la conducta en el baño y en el momento adecuado, esta conducta que

es la adecuada debe recibir nuestra aprobación pero no debemos utilizar reforzadores en este sentido ya que podemos llegar a la paradoja de reforzar la conducta de masturbación en el baño y sobre todo, que dicha conducta nos sea comunicada para obtener el refuerzo. Esta situación no se orienta al objetivo de plantear la masturbación individual en el ámbito íntimo; es decir, no estamos consiguiendo obtener una conducta socialmente aceptada si conseguimos que la masturbación se realice en el baño pero tras la misma dicha conducta es comentada en público. La Estimulación contingente a la respuesta, estrategia de modificación de la conducta que pretende lograr la eliminación de una conducta no adecuada, podría ser aplicada en este caso, pero es de difícil manejo debido a que el estímulo aversivo puede ser asociado a la conducta masturbatoria exclusivamente y no al hecho de realizarse en público.

En personas con alto grado de discapacidad y que no puede comprender el razonamiento y adquirir la diferenciación íntimo/público o sin capacidad de autocontrol. Se debe afrontar la situación llevándolos a lugares con privacidad o usando estrategias de distracción, proponer actividades incompatibles con la masturbación, etc. En este caso debemos evitar que se produzca la conducta en el aula ya que esto tiene sin duda un efecto sobre el resto de alumnos ya que se estarían vulnerando las reglas establecidas para todos.

6. Evaluación.

Es importante realizar un registro de las conductas y las ayudas (instrucción verbal, apoyo gestual, reforzamiento, etc.) que ha precisado y el resultado, es decir si el objetivo esta conseguido o no. Dicha evaluación debe realizarse para cada una de las tareas de forma independiente, con el objeto de evaluar adecuadamente el proceso de adquisición de la nueva conducta y eliminación de la previa. Como hemos dicho con el tema del reforzamiento, la primera tarea es fácilmente observable y evaluable, la segunda es más difícil de evaluar y la tercera se encuentra en un puesto intermedio. Entendemos que si conseguimos lograr los objetivos planteados en la primera tarea, estaremos avanzando por buen camino y probablemente se correlaciona con la segunda tarea; ya que creemos difícil obtener una anulación de la conducta masturbatoria absoluta, así que probablemente la citada conducta se ha desplazado de un ámbito público a un ámbito que desconocemos y que sospechamos, por tanto, privado.

7. Coordinación con la familia.

Es fundamental que esta situación y la intervención se plantee de forma coordinada con la familia, ya que en el ámbito familiar deberán seguir trabajando en mantener y fortalecer la conducta que deseamos que se adquiera.

Para que la intervención resulte fortalecida y mensaje educativo sea coherente, la intervención debería prolongarse en el ámbito familiar. Realizando unas tareas similares y una forma de trabajo similar. En esta conducta es especialmente importante ya que es en el ámbito familiar donde el concepto de intimidad tiene un mayor protagonismo.

8.2 Realización de gestos obscenos o utilización de lenguaje obsceno

Definición

Nos estamos refiriendo al uso excesivo e indiscriminado de palabras y gestos que socialmente se consideren obscenos y por ello no adecuados en sociedad.

Factores implicados

La sociedad ha mantenido una serie de mitos y creencias sobre la sexualidad de las personas con discapacidad psíquica. Por un lado se ha pensado que estas personas son asexuadas, es decir no tienen sexualidad ni erótica; se les considera un niño o una niña "eternamente", y además se considera que los niños no tienen sexualidad. Esta negación de la sexualidad de las personas con discapacidad intelectual, esta "asexualización" provoca que se considere que este tema no va con ellos, que no es preciso realizar educación sexual y que tengan acceso a información sobre este campo de conocimiento.

Otro mito o creencia, es pensar que la sexualidad de las personas con discapacidad intelectual es una sexualidad sin control, una fuerza de la naturaleza ingobernable e inmanejable, con lo cual lo mejor para él/ella y para todos, es que dicha fuerza incontrolable nunca llegue a despertar; y por tanto, debemos evitar todos los estímulos que pudieran desencadenar dicha fuerza.

Estas visiones desencadenan una misma estrategia educativa, la impermeabilización de la sociedad a cualquier información o educación con contenido sexual. Evitamos que cualquier elemento que tenga que ver con la sexualidad o la erótica llegue a ellos; en ocasiones porque consideramos que no les incumbe y en otras porque queremos protegerles de los riesgos de lo "sexual".

Si a esta impermeabilización de contenidos le sumamos la dificultad propia del aprendizaje derivado de su discapacidad psíquica, nos encontramos con que existe una deficiente o mejor dicho inexistente socialización sexual.

A parte de estos elementos, otros factores contribuyen a eliminar cualquier socialización sobre el tema; entre ellos y de forma más relevante, el

miedo a que sean víctimas de los “riesgos de lo sexual” (abusos, embarazos no deseados, etc). Por este miedo tendemos a realizar una sobreprotección de la persona, evitando también cualquier conato de aparición de una conducta sexual, reprimiendo las expresiones sexuales y evitando el acceso a contenidos de este tema.

Pero no podemos evitar el desarrollo sexual ni el acceso a determinada información, películas de amor, etc.

Existen otras ideas que ahondan en este problema, la concepción de que una persona con discapacidad intelectual nunca va a poder tener una relación sexual con otra persona, nunca va a poder disfrutar de su sexualidad, y educar en este plano, lo único que va a provocar es la génesis de expectativas nuevas, de ilusiones, sueños, esperanzas, etc. sueños y expectativas que no se van a cumplir y por tanto, van a generar desilusión, desengaño y frustración. Con el objeto de evitar este sufrimiento intentamos proteger a la persona, evitando el acceso a esta educación, intentando evitar que se alimenten estos sueños y luego se frustren. En esta idea, aparecen varios conceptos sobre la sexualidad que contribuyen a su mantenimiento; la pareja como ámbito de expresión adecuado de la erótica, el coito como práctica sexual esencial, siendo cualquier otra expresión una conducta de sustitución y desde luego de menor valor, restringir el Hecho Sexual Humano a la erótica y no considerar que es una dimensión de la personalidad, una dimensión del ser humano, una dimensión de la que no podemos escapar ni huir. En definitiva, es una parte de nosotros que no va a desaparecer porque no la queramos ver. Y otros conceptos que tienen que ver con la concepción que tenemos de la persona con discapacidad intelectual que contribuye a esta idea. En este sentido, estamos considerando que una persona con discapacidad intelectual nunca va a tener autonomía suficiente para poder establecer una relación afectiva. En este sentido generalizamos y tratamos a todas las personas con discapacidad intelectual como si todas fuesen iguales, y no valoramos su situación y sus capacidades.

Por otra parte, en casi todos los programas educativos y de intervención en el ámbito de la discapacidad intelectual, buscamos con énfasis lograr el mayor grado posible de integración. Es decir, deseamos que no sufran marginación, que no sean tratados como personas “diferentes” por la sociedad y que se puedan integrar en la misma con absoluta normalidad. En definitiva, buscamos “normalidad”, pero con nuestras actitudes, con nuestra hiperprotección, con nuestro comportamiento logramos lo contrario, conseguimos reafirmar la diferencia, y los tratamos como diferentes. En este caso pasa algo de esto. ¿Quién de nosotros no ha sufrido desengaños amorosos? ¿Quién de nosotros no ha sufrido expectativas frustradas en el campo afectivo? ¿Quién no ha tenido sueños, ilusiones o expectativas, en ocasiones di-

fácilmente alcanzables? Las personas con discapacidad intelectual también. No son diferentes, y no siempre vamos a poder evitar su sufrimiento, porque es un sufrimiento que va asociado a la propia vida; como nuestros padres no pudieron evitar que nos ilusionásemos con aquella chica o chico...

En este marco de inadecuada socialización sexual, nos encontramos que los únicos términos que han adquirido para referirse a conductas sexuales, o a partes anatómicas son palabras que podríamos considerar como "obscenas". En un taller que realizamos en Avilés en el 2001 nos encontramos que al realizar una dinámica sobre el conocimiento del cuerpo en la que utilizábamos dibujos del cuerpo humano, donde aparecía el cuerpo desnudo de una mujer y de un hombre, y en la que tenían que ir poniendo nombre a las distintas partes corporales, todos conseguían definir con un lenguaje adecuado todas las partes corporales, con excepción de los genitales. Para definir estas partes corporales se utilizaban nombres "obscenos" o "populares" (Ej. "polla" o "pilila").

Otra forma de reforzamiento que se puede producir es mediante la escandalización ante la emisión de determinada conducta. Si la persona con discapacidad busca llamar la atención, lo consigue; y por tanto, reforzamos la adquisición de esta conducta cuando quiere ser el centro de atención. Este fenómeno se correlaciona con la actitud de ver la sexualidad como algo oculto, de lo que no se puede hablar, o por miedo a despertar la fuerza de la naturaleza, o por la propia actitud marcada por pensar que "de esto no se habla". En este caso, estas palabras son dotadas de un significado de "misterio", de "algo prohibido" y con ello incrementamos la curiosidad y las caracterizamos por tener un efecto trasgresor.

Este hecho incrementa el problema, ya que resulta muy difícil explicar que no se debe usar el único término que conozco para definir una cosa, o que en ciertas ocasiones sí puedo usarlo y en ciertas ocasiones no. Las normas deben ser claras y deben cumplirse siempre, sino generamos confusión y dejan de ser útiles.

En muchas ocasiones, esta conducta es reforzada por parte del círculo más cercano a la persona con discapacidad, porque resulta gracioso, simpático lo que ha dicho el "niño" y nos reímos con "la ocurrencia" sobre todo en edades tempranas. Esto pasa con las personas con discapacidad y con las que no la tienen; el problema es que cuando crecen las personas con discapacidad intelectual no han tenido acceso a otra formación e información sobre este tema; y lo que ha quedado es la "gracia". Este comportamiento es reforzado por amigos, compañeros, etc.

En ocasiones, las personas con discapacidad intelectual acceden a material pornográfico (videos, revistas, etc.), siendo este una de las escasas fuentes de información sobre el tema sexual; ya que la familia, el sistema educa-

tivo y las fuentes formales de educación le han vetado la formación e información sobre este campo. El material pornográfico no es un material educativo, no es su función, no la busca y no la consigue, por tanto. En este caso, el lenguaje utilizado refuerza esta conducta que deseamos eliminar.

Un elemento esencial es la función de modelo que realizamos tanto los educadores de los centros, como la familia. En este sentido, si el lenguaje que utilizamos viene caracterizado por el empleo de gestos y palabras “obscenas” o “malsonantes”, va a resultar muy complicado que dicha conducta no sea imitada por la persona con discapacidad.

Intervención

Objetivo de la intervención

Debemos ser realistas en el planteamiento del objetivo. Pretender eliminar completamente el uso de palabras obscenas es, francamente, difícil en la sociedad en la que nos encontramos. El objetivo es reducir la frecuencia de uso de estas palabras y/o gestos.

Descripción de la intervención

Objetivos operativos:

- Adquisición de lenguaje adecuado para definir partes corporales relacionadas con la sexualidad.
- Reducir la frecuencia de aparición de la emisión de lenguaje obsceno o gestos obscenos.

Fases de la intervención:

1. Evaluación y registro de la conducta existente.
Al igual que en el anterior caso es fundamental realizar una evaluación previa de la situación y registrar la misma. En este caso, es aún mucho más importante ya que en ocasiones el objetivo de la presente conducta es provocar a alguien en concreto o llamar la atención, por lo que el contexto cobra un significado especial.
2. Descomponer la conducta en pasos educables, en tareas.
 - a) Dotar de un adecuado conocimiento del cuerpo y de los términos adecuados, ampliando el registro.
 - b) Reducir la frecuencia de emisión de palabras o gestos obscenos.
La primera de estas tareas conlleva un esfuerzo educativo con el objeto de abordar distintos aspectos de la educación sexual entre los que se encuentra el conocimiento del cuerpo.
3. Instrucciones verbales.
En primer lugar debemos explicar que dichas palabras/gestos no son adecuados y que pueden ofender. Y ofrecer alternativas si lo que de-

sean es comentarnos algo que les ocurre, utilizando palabras adecuadas que habrán ido adquiriendo en el programa educativo.

4. Técnicas de modificación de la conducta.
Cuando la conducta se mantiene a pesar de las explicaciones y además consideramos que existe un elemento importante de provocación, podemos establecer las siguientes técnicas:
 - a) No prestar atención siempre que sea posible. Esto no suele ser posible ya que suele producirse en ambientes donde existe público y por tanto la atención se la prestan los otros miembros del grupo.
 - b) Tiempo fuera de reforzamiento positivo
 - c) Costo de respuesta.
 - d) Estimulación contingente a la respuesta. Es un procedimiento que reduce la conducta mediante la aplicación de un estímulo aversivo tras la realización de la conducta inadecuada. El estímulo aversivo puede ser un gesto o elemento verbal de desaprobación.
 - e) Reforzamiento positivo. Tenemos que ser conscientes que debemos reforzar de forma positiva la progresiva adquisición del lenguaje adecuado que hemos intentado incorporar mediante el programa educativo desarrollado.
5. Evaluación
No difiere de lo expuesto en el caso anterior.
6. Coordinación con la familia.
Como hemos observado, en la adquisición, mantenimiento y eliminación de esta conducta, la familia tiene un papel esencial y fundamental. No solo estableciendo estrategias similares a las que exponemos anteriormente para el centro sino también por ser un modelo de gran significado para la persona con discapacidad, y por tanto, tienen una gran responsabilidad en el modelo que se da a la persona.

8.3 Tocamientos en pareja

Definición

Todas aquellas conductas de estimulación a otra persona con la intención de buscar gratificación erótica. Es importante destacar que dicho comportamiento se produce con pleno consentimiento de ambas partes y de forma absolutamente voluntaria.

Factores implicados

En esta conducta más que en cualquier otra debemos tener presente cual es

nuestra meta. En este sentido debemos recordar que lo fundamental y esencial es trabajar para lograr una adecuada integración social. Esto nos ayudará siempre a no perder la orientación de nuestro trabajo y de las intervenciones. Es por tanto, el criterio de lo socialmente aceptable el que debe guiar nuestros pasos.

Es evidente que en este criterio pueden entrar subjetividades derivadas de nuestra propia experiencia, de nuestra propia ideología, etc. Siempre deberemos intentar abstraernos un poco de nuestra propia opinión y observar lo que ocurre en la sociedad donde vivimos... que piensan nuestros vecinos, amigos, compañeros de trabajo...

Otros aspectos a destacar, son las especiales características que se dan en nuestros centros. En muchas ocasiones las personas con discapacidad intelectual no tienen otros ámbitos, en especial en la zona rural, donde establecer relaciones personales de tipo afectivo. Siendo el centro el único lugar de encuentro. Sin duda esto abre una importante reflexión, estamos planteando la necesidad de realizar educación sexual pero no dejamos la posibilidad o limitamos al máximo la posibilidad de cualquier expresión erótica.

En ocasiones, aunque teóricamente deseamos una adecuada integración y que las personas con discapacidad psíquica sean consideradas como cualquier otra, cuando extremamos nuestra protección sobre ellos nos alejamos progresivamente de esta integración y somos nosotros los que los hacemos diferentes.

La mayor parte de los adolescentes, nosotros incluidos, comienzan sus primeras experiencias de cortejo y noviazgo en los centros educativos, con tal o cual compañero, etc. Sin embargo, esperamos que en las personas con discapacidad no sea así. Limitamos al máximo las expresiones afectivas y las prácticas de cortejo y noviazgo, siempre por el miedo a lo que pueda pasar. En definitiva, todos nosotros aprendimos y pusimos en práctica estas conductas que nos permiten establecer relaciones afectivo-sexuales en el ámbito educativo inicialmente y en el grupo de iguales posteriormente. Sin embargo, en las personas con discapacidad psíquica les restringimos una vez más cualquier experiencia de aprendizaje en este campo.

Intervención

Objetivo de la intervención

Debemos destacar que el objetivo de la intervención será evitar aquellos tocamientos que nuestra sociedad no acepte su realización en público. Siempre debemos tener en cuenta que el último objetivo de cualquier intervención no puede dejar de pasar por contribuir a lograr una mayor integración en la sociedad. En definitiva, podemos aceptar las conductas de amistad y

de preferencia sexual y evitar aquellas conductas que impliquen una búsqueda de excitación sexual explícita.

Descripción de la intervención

Objetivos operativos:

- Eliminar las conductas de expresión erótica en público que socialmente no sean aceptables.
- Adquirir formas de expresión de sentimientos y afectos socialmente aceptables.

Procedimiento

1. Evaluación y registro de la conducta existente.
Como siempre es fundamental registrar la conducta y los factores que se producen en torno a la misma. En este caso es fundamental registrar a los protagonistas de la acción, ya que nos permitirá establecer un programa de intervención ajustado a las características de estas personas.
2. Descomponer la conducta en pasos educables, en tareas.
 - a) Evitar la expresión de conductas en público que pertenecen al ámbito privado.
 - b) Adquirir formas de expresión afectiva adecuadas (pareja, amistad, presentación, etc.)
3. Instrucciones verbales.

En este caso es fundamental diferenciar el qué, el dónde y el cómo. No puede dar igual ninguno de estos factores en la valoración de la conducta. El planteamiento inicial, es similar al caso de la masturbación en público, ciertas conductas de expresión erótica corresponden al ámbito de lo íntimo y no de lo público. No se debería cargar de valoración a la propia conducta, ya que esta conducta no es mala e incluso se ajustaría de forma adecuada a la esfera de lo íntimo.

Debemos establecer unas normas claras en el centro, y conocidas por todos y todas. El centro no es el lugar de expresión de determinadas conductas eróticas que pertenecen al ámbito privado. En segundo lugar, pueden existir conductas que se pueden permitir durante el tiempo de ocio o descanso; y no durante actividades formativas si distraen la atención de los protagonistas o del resto.

Es preciso explicitar, que en este caso y en caso de residencias no nos sirve el criterio que establecimos en la masturbación; ya que estas prácticas aunque pertenecen al ámbito de lo privado en este caso no se pueden mantener en ningún espacio del centro, tampoco en la habitación si son compartidas.

Estas instrucciones y normas deben ser conocidos por todos.

4. Algunas estrategias:

- Con el objetivo de eliminar las conductas no aceptables socialmente Mantener la coherencia del mensaje, cada vez que se dé la conducta debemos comunicarle que eso no se puede realizar en el centro; y que además estas conductas no pueden darse en público. Es imprescindible reforzar el mensaje.

En segundo lugar, podemos utilizar cualquiera de las técnicas de modificación de conducta que hemos visto en las anteriores conductas:

- a) Costo de respuesta.
 - b) Estimulación contingente a la respuesta. Se emitiría cuando acudimos a cortar la conducta y transmitir las instrucciones verbales.
 - c) Tiempo fuera de reforzamiento positivo: En este caso funcionaría, retirando al individuo del ambiente reforzador, es decir separaríamos a la pareja.
- Con el objetivo de adquirir formas de expresión de la afectividad en público socialmente aceptables.
Dentro del programa educativo del centro, debemos trabajar para que se produzca una adquisición de las formas de expresión de los distintos afectos en público.

Entre las técnicas de adquisición de conductas tenemos:

a) Modelamiento:

En este caso, el individuo debe ser capaz de ejecutar los diferentes componentes de la conducta que queremos que adquiera.

- Fase de prueba: Evaluamos el nivel de ejecución en un primer momento. Consiste en presentar las conductas que queremos que adquiera y tras cada presentación, la persona la ejecuta. Si puede ejecutarla perfectamente tras cada presentación podríamos no incluirla en la fase de entrenamiento y pensar que ha adquirido dicha respuesta.
- Ensayos de entrenamiento: Cada ensayo se compone de una serie de presentaciones consecutivas de la conducta modelada. Posteriormente la persona que observa repite la conducta que ha observado. Se refuerza la respuesta correcta o aproximaciones a la misma. La primera conducta a trabajar debería ser aquella que más cerca estuvo de repetirla correctamente en la fase de prueba (sin que llegase a cumplir el criterio de ejecución). Se recomienda que se continúe el ensayo hasta que la persona imite 5 veces consecutivas la conducta. Si responde de forma inadecuada tres veces sucesivas o no responde, se deben utilizar instigadores físicos.

- Cuando tiene dificultades para ejecutar la conducta, podemos ayudarlo durante toda la cadena conductual y reforzarle tras emitirla. Poco a poco vamos retirando estas ayudas hasta que el sujeto sea capaz de emitir la conducta sin ayuda.
- Evaluación: Una vez que es capaz de ejecutar la conducta en 5 ensayos consecutivos, se evalúa la ejecución del mismo y se mantienen algunos ensayos adicionales para asegurar el mantenimiento de la conducta. En este momento, se van introduciendo nuevas conductas, pero alternamos algún ensayo sobre las conductas ya adquiridas para asegurar el mantenimiento.

Debemos contemplar algunos aspectos, por un lado las sesiones deben ser cortas, ya que son más eficaces las sesiones de 10 minutos que las de mayor duración. Es preciso planificar estrategias de generalización, utilizando varios modelos y ambientes.

b) Moldeamiento:

Indicado para enseñar aproximaciones sucesivas a una conducta compleja hasta que la persona sea capaz de ejecutarla. Al inicio reforzamos una conducta que sólo se parece en parte al objetivo. Cuando aquella se ejecuta de modo consistente, se van reforzando consecutivamente conductas que se parecen cada vez más a lo que buscamos; en este momento dejamos de reforzar a las menos parecidas. Esta técnica como la siguiente son utilizadas cuando pensamos que la persona no puede ejecutar los diferentes componentes de la conducta inicialmente.

Algunos aspectos que debemos tener en cuenta: debemos definir la conducta objetivo, definir la respuesta que el sujeto pueda emitir y este relacionada con la conducta objetivo, establecer la secuencia de aquellas respuestas que nos conducirán al objetivo, establecer un criterio de éxito para cada uno de los pasos de la secuencia, y debemos proceder de forma gradual.

c) Encadenamiento:

En muchas ocasiones podemos descomponer la conducta en una serie de tareas que tienen un orden secuencial.

El encadenamiento hacia delante consiste en que una vez definida la serie de tareas que componen la conducta, se enseñan estas tareas de acuerdo con la secuencia. Comenzando por la primera tarea de la secuencia. Cada tarea se somete a un reforzamiento hasta que se alcance el criterio establecido. En la siguiente etapa, se emite el primer y segundo componente. A medida que avanzamos la persona emite todas la secuencia de tareas antes de ser reforzado.

Una variante consiste en entrenar en todas las tareas a la persona en todas las sesiones. Después de cada uno de los pasos de la secuencia se da el reforzamiento. De esta forma se practican todos los elementos de la secuencia de igual manera, en la anterior se trabajan más veces los primeros elementos que los últimos.

El encadenamiento hacia atrás, consiste en que el educador realiza todas las tareas excepto la última. La persona ejecuta esta última tarea y recibe el reforzador. Posteriormente el educador ejecuta todas las tareas menos las dos últimas, que son ejecutadas por la persona, recibiendo el reforzador posteriormente. Y así hasta que la persona emita toda la secuencia.

Para presentar la conducta que deseamos se adquiera por parte de los usuarios, podemos utilizar una representación que realice el propio educador o otros usuarios, o en este caso es fácil que encontremos fragmentos cinematográficos donde se vea conductas de expresión afectiva adecuadas.

5. Evaluación

Como vimos anteriormente es fundamental registrar la evolución de los ensayos, si han sido exitosos o no y porque, etc.

6. Coordinación con la familia.

Como hemos visto en otras conductas, la familia cobra un papel esencial en la educación sexual.

En esta conducta en concreto, el diálogo entre familia y centro debe ser intenso y sincero. Un diálogo en el que se expongan los temas claramente, donde aparezcan los miedos, y donde se reflexione sobre el tema de las relaciones afectivas en las personas con discapacidad intelectual y sobre las actitudes que tenemos sobre las mismas.

8.4 Tocamientos a educadores

Definición

Son todos aquellos contactos físicos que realiza la persona con discapacidad psíquica al profesional del centro dotándoles de un contenido erótico.

Aspectos generales

Esta conducta es relativamente frecuente, tanto por las carencias que algunas de estas personas tienen como por el hecho de que los profesionales pueden resultarles muy atractivos o atractivas. Que exista esa atracción no es algo excepcional del ámbito de la discapacidad intelectual. En los centros

educativos para la población general, ¿cuántos alumnos y alumnas se habrán enamorado de sus profesores o profesoras?

El contenido erótico de una determinada conducta es, sin duda, interpretable y no deja de tener un importante componente subjetivo. Existen algunas conductas en las que la mayoría estaríamos de acuerdo con que poseen ese contenido erótico, pero en otras seguramente no estaríamos de acuerdo. Por todo ello, será el profesional el que establezca los límites. En este sentido debemos tener claro que como en cualquier otro ámbito de la vida, el profesional tiene derecho a manifestar su incomodidad con determinados contactos o muestras de afecto; y que no tiene porque permitir determinadas conductas, aunque para otras personas o compañeros no fuesen conductas molestas. En este sentido, debemos tener en cuenta que aunque hemos intentado establecer la máxima homogeneidad en la forma de abordar las situaciones previas, con objeto de que el mensaje sea coherente y consistente; en este caso, la diversidad es la norma. Cada profesional es una persona diferente y cada uno tolerará lo que estime oportuno; y será también parte de la formación hacer comprender a la persona con discapacidad intelectual que tiene que aprender a respetar a cada persona, y que cada uno de nosotros somos diferentes. En este sentido, el profesional no tiene porque ser condescendiente con estas situaciones.

Otro elemento esencial que cabe introducir en la reflexión es sobre el trato que damos desde los centros a las personas con discapacidad intelectual, y si en la forma de tratarles tanto en el contacto verbal como en el físico no podemos estar generando malos entendidos o equívocos, quizás por partir del mito de la asexualización por entender que las personas con discapacidad intelectual son eternos niños.

A pesar de esta subjetividad latente, creemos que es necesario tener claro que un profesional tiene unas funciones claramente definidas y en las que no entran resolver de ninguna forma este tipo de necesidades de las personas a las que cuida y educa. Si esto no se establece se podrían crear rivalidades y celos de difícil manejo.

Intervención

Objetivo

Evitar que se produzcan conductas de tocamientos a profesionales del centro.

Descripción de la intervención

Se deben establecer una serie de recomendaciones generales en la forma de abordar el trabajo diario con el objeto de evitar estas situaciones en lo posible:

1. Establecer de forma clara los límites entre el profesional y los usuarios del centro.

2. Evitar situaciones o relaciones que puedan producir confusión.
3. Prestar atenciones y cuidados similares a unas personas y otras, sin diferencias que puedan ser entendidas como preferencias afectivas por las personas con discapacidad.

Las instrucciones verbales deben explicitar claramente que no le agrada que le besen o toquen así.

En el caso de que ya se hayan producido estas conductas y que alguno de los usuarios parezca estar obsesionado con uno/a de los educadores o educadoras, sería conveniente cambiar a los profesionales de lugar, clase o actividad, y hacer que sea otro el profesional que atiende al citado usuario. Debemos dejar claro que dicha situación molesta al educador y que no se está dispuesto a ese tipo de conductas o relaciones.

Una vez que creemos que se ha producido la interiorización del mensaje, se pueden utilizar las técnicas de modificación de conducta como el costo de respuesta o la estimulación contingente a la respuesta.

8.5 desnudez en público

Definición

Entendemos por desnudez en público, aquellas conductas en las que el desnudo total o parcial resulta inadecuada por ser realizado en lugares donde pueden encontrarse otras personas y resultarles molesto.

Aspectos generales

En esta conducta nos encontramos de nuevo ante la importancia de la adquisición de la diferenciación de espacio público frente al íntimo, como vimos en el caso de la masturbación.

La desnudez es inapropiada en lugares públicos, pero es adecuada en espacios privados como el baño o la habitación. En este sentido, de nuevo la sobreprotección nos ha llevado a que no dispongan de este espacio privado, y que en múltiples ocasiones les hayamos acostumbrado a que es normal estar desnudos en presencia de otras personas. Esto ocurre sobre todo cuando son niños, pero se mantiene en la edad adulta en no pocas ocasiones con las personas con discapacidad psíquica posiblemente por esta consideración de la persona con discapacidad intelectual como un eterno niño.

En muchos centros y residencias con el objetivo de poder vigilar y cuidar mejor a los usuarios nos encontramos con duchas y baños colectivos. En ocasiones es necesario que incluso las puertas estén abiertas para que un profesional pueda cuidar y vigilar a varios usuarios.

Todas estas situaciones hacen que no estemos educando en la línea del respeto al desnudo y a la intimidad.

Intentar trabajar en la adquisición de este respeto al desnudo y a la intimidad es fundamental para lograr modificar estas conductas, pero también nos ayudará a establecer las bases para poder intentar evitar posibles situaciones de abuso. Si conseguimos que entiendan que su cuerpo y el acceso al mismo les pertenecen a ellos exclusivamente, y ellos son los dueños de su propio cuerpo sería el primer y fundamental paso para que aprendieran a rechazar determinadas conductas abusivas.

Otro elemento esencial es trabajar el desarrollo de la auto imagen y de la autoestima, todos deseamos sentirnos bien con nuestra propia imagen y vamos aprendiendo a lo largo de la vida a cuidarla y sacar el mejor partido posible de la misma. Esto nos ayuda también a que nos acepten y sentirnos aceptados y con ello mejorar nuestra autoestima. Todos estos elementos conforman un aspecto importante a trabajar con las personas con discapacidad intelectual, el cuidado de la imagen propia.

En estas conductas también pueden estar dándose componentes de conductas exhibicionistas para llamar la atención y/o provocar a los profesionales del centro, las cuales deberían recibir el mismo abordaje que las vistas anteriormente.

Intervención

Objetivos

- Eliminar conductas de desnudez en público.
- Adquirir la conducta de ir adecuadamente vestido en los lugares públicos.

Descripción de la intervención

Con el objetivo de eliminar las conductas de desnudez en público debemos en primer lugar establecer las normas del centro, donde se explicitará que esas conductas no tienen cabida en los espacios públicos del mismo; y solo podrán realizarse en el baño y en la habitación (si estamos en una residencia).

En segundo lugar debemos utilizar las técnicas de modificación de conducta encaminadas a eliminar la citada conducta: así las técnicas de tiempo fuera, costo respuesta, y la estimulación contingente a la respuesta serían técnicas útiles en este caso.

Respecto al segundo objetivo, debemos diseñar intervenciones educativas dirigidas a que aprendan unos adecuados hábitos higiénicos, y que vayan adecuadamente vestidos, peinados y aseados.

Es importante hacerles conscientes de cómo van, y debemos asesorarles de cómo vestirse de forma adecuada. Esto también influirá en su propia autoestima, elemento fundamental también para trabajar.

En este sentido debemos utilizar estrategias de adquisición de conductas como hemos visto anteriormente de modelado, o moldeamiento. Y reforzar la adquisición de estas conductas mediante reforzamientos positivos.

Coordinación con la familia

Es esencial establecer una adecuada coordinación con la familia en el abordaje educativo de este problema, no sólo a nivel de la modificación de la conducta, sino también por el aspecto del trabajo en el cuidado de la imagen de la persona con discapacidad intelectual, el trabajo con la autoestima y la autoimagen. El papel en la familia en este aspecto es esencial, en el cuidado de la ropa que viste, el peinado, etc... y en la heterovaloración y en la autovaloración de la imagen propia de las personas con discapacidad intelectual.

8.6 Preguntas sobre sexualidad

Definición

Situaciones en las que las personas con discapacidad psíquica se dirigen a los profesionales para que les resuelvan dudas sobre cualquier aspecto en relación con la sexualidad.

Aspectos generales

Las personas con discapacidad psíquica pasan una gran parte de su tiempo entre el hogar y el centro. Esto hace que los educadores se conviertan en personas de referencia para ellos, formen por ello parte de lo que hemos llamado unidad educativas diádica por la gran relevancia que tienen en el plano educativo para los usuarios del centro.

Creemos que en esta situación, los educadores tienen un protagonismo esencial en la formación de estas personas en múltiples planos de la vida y también en este.

Este rol genera una importante inquietud ya que estamos abordando un tema muy importante y sobre el que tenemos múltiples miedos... y sobre todo uno, que opinará la familia sobre este tema.

Como hemos expuesto anteriormente, las personas con discapacidad psíquica han tenido una deficiente socialización social, motivados por el miedo hemos intentado evitar cualquier acceso a información formal sobre sexualidad. Con ello lo que hemos conseguido es promover conductas desajustadas, y evitar que pudieran progresar en tener una vivencia feliz de su sexualidad.

En muchas ocasiones, las familias piensan que sus hijos son eternos niños y que esto de la sexualidad no tiene nada que ver con ellos. Comentan

que no realizan preguntas sobre estos temas en casa... pero en múltiples casos, lo que ha ocurrido es que fruto de esa negación que hemos establecido sobre la sexualidad de nuestro hijo con discapacidad intelectual con el objeto de protegerle y protegernos de los peligros del "sexo", hemos dejado de ser un referente en este campo para nuestro propio hijo.

Con lo cual existen pocos canales formales que puedan informar a una persona con discapacidad psíquica en muchas ocasiones, siendo su única vía los propios educadores del centro.

Intervención

Algunos aspectos que cabe destacar a la hora de abordar estas situaciones:

- No siempre se pregunta lo que se desea saber, debemos ir más allá de las palabras y buscar lo que de verdad se quiere saber.
- No respondemos preguntas sino a quién nos pregunta. Debemos contemplar quién nos pregunta, el contexto, etc. y no responder de forma automática, como para salir del paso. Es imprescindible ver porque se genera esa pregunta, y responder adaptándonos a quién nos pregunta. Contemplar sus intereses, necesidades y capacidades.
- Huir de la reactividad, pregunta- respuesta. Intentar construir un diálogo, donde podremos ver y apreciar los aspectos anteriormente explicados; y mediante el cual mostraremos nuestra disposición a hablar del tema.
- Esta disposición a hablar del tema es fundamental, nos confirma como personas de referencia para ellos y ellas; y educamos en la idea de que se puede hablar de este tema, que no es algo oculto o prohibido. La naturalidad como forma de aproximarnos al tema.
- Asumir que no todo lo sabemos y reconocerlo sin miedo. No es necesario disimular.
- Si se producen preguntas personales, en este caso como en el caso de los tocamientos a los profesionales; es el profesional, el que pone el límite. No tenemos porque responder a todo, existen temas que entran dentro de nuestra propia intimidad y como hemos observado anteriormente educar en el respeto a la intimidad se conforma como un eje vertebrador de cualquier intervención en el ámbito de la educación sexual en las personas con discapacidad intelectual.

8.7 Relaciones de pareja

Definición

Establecimiento de relaciones de pareja estables en el centro.

Aspectos generales

Las personas con discapacidad intelectual tienen grandes dificultades para poder establecer relaciones de pareja debido a varios elementos, como las dificultades para acceder a lugares donde se suelen establecer esas relaciones habitualmente. En muchas ocasiones, su vida se limita al contexto familiar y acudir a algún centro especial; y cuando se encuentran en contextos más amplios están vigilados de forma estrecha y no se da la posibilidad de establecer relaciones con otras personas.

Las familias intentando proteger al máximo a las personas con discapacidad intelectual provocan una limitación en su autonomía, un empobrecimiento del entorno y un alto control de las conductas de riesgo, como las sexuales. En este marco no disponen de espacio ni de tiempo privado como ya hemos visto anteriormente. Muchos de los miedos que causan esta hiperprotección tienen que ver con el riesgo a un embarazo, y para evitar el citado “mal” utilizamos la estrategia de intentar evitar o dificultar al máximo las posibles relaciones sexuales.

Con todo ello, parece que el centro se convierte en uno de los únicos lugares donde puede surgir la posibilidad de una relación de pareja.

Las relaciones de pareja en el centro provocan situaciones en las que ambos miembros de la pareja se buscan, intentan buscar espacios para estar solos, sienten celos si se interpone un tercero, etc.

Las personas tienen derecho a establecer relaciones afectivas; en el caso de las personas con discapacidad intelectual existen diversos problemas que no podemos obviar.

Intervención

Existen diversas situaciones a valorar y que provocarán diferentes medidas:

1. En caso de existir una clara asimetría de edad, nivel de desarrollo, etc. se considera una relación que debe ser desaconsejada; y por tanto, intentaremos evitar que se de. Esta asimetría es un factor de riesgo importante.
2. Si los dos buscan una relación durante un tiempo y de forma claramente estable y diferenciada; y son personas con niveles de desarrollo similares y que no existan riesgos de manipulación o sumisión de una persona por la otra, los educadores deben hablar con los padres de ambos para:
 - a) Que conozcan que su hijo o hija está viviendo este tipo de relación.

- b) Se planteen con los educadores como afrontar la situación. Entre las decisiones que se deben tomar nos encontramos con las siguientes: Si es o no conveniente que continúen con la relación, para continuar deben estar de acuerdo los padres de ambos. Si se les permite que tengan tiempo para estar más tiempo juntos, siempre fuera del centro (celebración de cumpleaños conjuntamente las dos familias...), si se les da cierta autonomía si fuese posible (salidas solos), si existe posibilidad de que mantengan prácticas sexuales de riesgo, y como evitar el riesgo.

Es esencial para el abordaje de este tema conseguir que todos reflexionemos sobre las razones, los motivos y las motivaciones que nos llevan a tomar una decisión u otra en este campo. Conseguir que podamos identificar claramente que nos lleva a evitar la existencia de relaciones entre personas con discapacidad intelectual es el primer paso para lograr poder definir estrategias que desbloqueen la situación. Como hemos visto, el miedo más importante es a que se produzca una gestación, y no tanto a que existan relaciones sexuales. Si esto lo identificamos nosotros y la familia de esta forma, podremos plantear como estrategia de solución una adecuada planificación familiar y no evitar que existan relaciones sexuales o afectivas, lo cual sería cercenar la posibilidad de desarrollar una dimensión de la persona, con sus tres funciones (recreativa, relacional y reproductiva) por intentar evitar, exclusivamente, una de estas funciones, la reproductiva; cuando lo que podemos es evitar esta función no deseada en este momento y permitir que desarrolle su sexualidad y cumpla con las otras funciones, recreativa y relacional.

8.8 Homosexualidad

Definición

La orientación sexual homosexual se puede definir como la atracción erótica y el deseo de mantener relaciones sexuales con personas del mismo sexo.

Aspectos generales

Como hemos expuesto en los capítulos iniciales la homosexualidad y la heterosexualidad son las dos formas esenciales de vivir la sexualidad.

Kinsey apuntó que aproximadamente el 4% de los varones y entre el 1 y el 3% de las mujeres de su estudio eran exclusivamente homosexuales; y un porcentaje mayor era predominantemente homosexual. En definitiva, Kinsey apuntó que cerca del 10% de la población norteamericana era homosexual. En 1993 Louis Harris realizó una encuesta en la que encontró que el 4,4% de

los hombres y el 3,6% de las mujeres dijeron haber mantenido algún tipo de relación sexual con personas de su propio sexo en los cinco años previos. June Reinish en 1990, director del Instituto Kinsey, estimó que más del 25% de los hombres en Estados Unidos habían tenido alguna experiencia sexual con otro hombre durante su adolescencia o en la edad adulta. La discapacidad intelectual no influye en la orientación sexual, es decir no es esperable encontrar ni mayor ni menor frecuencia de personas homosexuales entre las personas con discapacidad intelectual frente a la población general.

Debemos recordar que el tratamiento social de la homosexualidad ha sido marcado durante mucho tiempo por la intolerancia, persecución y marginación. En la sociedad occidental la homosexualidad fue considerada como una enfermedad, así debemos recordar que la Asociación Americana de Psiquiatría en su *Diagnostic and statistical manual of mental diseases (DSM-II)* de 1968 catalogaba a la homosexualidad como una patología bien definida, y fue en 1973 cuando por votación dejó de ser considerada como enfermedad y ya no se incluyó en la nueva versión del manual (*DSM-III*). La Organización Mundial de la Salud incluía la homosexualidad desde 1948 en el *Código Internacional de Enfermedades (CIE)* como un "Trastorno o desviación sexual", fue en 1991 cuando la OMS suprime la homosexualidad como enfermedad de la nueva versión del *Código Internacional de Enfermedades*. La homosexualidad a lo largo de la historia también fue perseguida a nivel jurídico, como un delito. Debemos recordar que la reforma de la Ley de Peligrosidad Social de 1954 castigaba la homosexualidad y destinaba a los condenados a centros de reeducación. Como ejemplo citamos un texto de una sentencia del 15 de octubre de 1951 del Tribunal Supremo sacado del texto de Arturo Arnalte "Redada de violetas", en la citada sentencia calificaba la homosexualidad como "un vicio repugnante en lo social, aberración en lo sexual, perversión en lo psicológico y déficit en lo endocrino".

Otra cita que nos puede servir como ejemplo, sacada del mismo texto, es la del magistrado Luis Vivas Marzal que en 1963 aborda este tema en su discurso de entrada en la Academia Valenciana de Jurisprudencia y Legislación, y dice así "En fin, propugno el castigo de ciertas formas de homosexualidad, la implantación de medidas dirigidas a evitar su propagación y a curar o recuperar a los invertidos cuyas circunstancias lo permitan. Rigor en ocasiones, caridad siempre, simpatía nunca. He dicho".

Las personas homosexuales fueron perseguidas durante el régimen nazi en Alemania e internados en campos de concentración donde se les identificaba con un triángulo rosa cosido a la ropa, símbolo que posteriormente fue reivindicado por las asociaciones en pro de los derechos de las personas homosexuales. Como ejemplo podemos citar un fragmento del discurso de Himmler sobre la homosexualidad en 1937, "Todavía hoy se presenta un caso

al mes de homosexualidad en la SS, tenemos unos diez al año. He decidido lo siguiente: en todos los casos, estos individuos serán oficialmente degradados, excluidos de la SS y llevados ante un tribunal. Después de haber cumplido la pena impuesta por el Tribunal serán internados en campos de concentración y abatidos en “intentos de fuga” [...]. Espero así extirpar de esta gente a la SS. Hay que preservar la sangre noble de nuestra organización y la obra de recuperación racial que perseguimos para Alemania”. También ha sido considerada como un vicio y un pecado a nivel de la Iglesia Católica.

Esta homofobia existente en el pasado ha ido construyendo una imagen social de la homosexualidad como algo negativo, perverso, patológico que provocaba el rechazo, la compasión, pero no la empatía o la comprensión. Este rechazo provocó la invisibilidad de la homosexualidad, no aparecía en medios de comunicación y cuando lo hacía eran objetos de mofa o burla. Además debido al rechazo social, muchas personas homosexuales vivían su sexualidad de una forma clandestina.

En nuestra sociedad, por tanto, se ha establecido un modelo de sexualidad, se normativizó la sexualidad de las personas. Una sexualidad adecuada, sana o “normal” era fundamentalmente heterosexual, y en un segundo plano tenía que producirse dentro del matrimonio, con el objetivo de la reproducción, y por consiguiente con una dimensión esencial en la erótica que era la búsqueda del coito. Todo lo que no encajaba con esto era una enfermedad, un vicio, un pecado...

Esta visión imperante de la sexualidad y por ello que marginaba y excluía otras muchas formas de vivir la sexualidad, provocó en muchas personas homosexuales grandes problemas de aceptación de su orientación sexual.

Esta situación, sin duda, tiene relevancia en el ámbito de la discapacidad intelectual. Por un lado, hemos comentado la deficiente socialización en la esfera sexual que sufren las personas con discapacidad intelectual, en el caso de personas con discapacidad intelectual homosexuales se incrementa enormemente ya que apenas disponen de modelos homosexuales con los que se puedan identificar. Por otro lado y no menos importante, la imagen social de la homosexualidad como algo negativo persiste en el subconsciente de muchas personas, y podemos encontrarnos con problemas de aceptación de la homosexualidad de las personas con discapacidad intelectual, negando dicha situación. Para la negación de esta situación también se dan mecanismos, semejantes a los que se producen cuando se intenta negar la sexualidad de las personas con discapacidad intelectual. En el caso de la homosexualidad, la justificación más frecuente cuando es evidente la situación es negar la capacidad de decisión y la capacidad de elección... “no saben lo que hacen”.

Intervención

Objetivo

En primer lugar debemos dejar claro que el objetivo nunca será cambiar la orientación sexual de la persona. La homosexualidad y la heterosexualidad son dos formas diferentes de vivir la sexualidad, y por tanto, no hay nada que modificar.

En este caso sólo debemos valorar aspectos relacionados con la expresión de la sexualidad y nos sirven los casos anteriores tanto en lo que se refiere a tocamientos como a relaciones de pareja.

Sólo deseamos introducir unos matices que pueden resultar de interés:

- Es muy probable que las familias no acepten la relación, y en muchos casos la orientación de la persona con discapacidad intelectual. Debemos tener en cuenta, que nuestro trabajo deberá orientarse hacia la familia, pero ser conscientes de la dificultad de cambiar la actitud de estas familias y no dejarnos llevar por la frustración.
- Aunque las pautas deberían ser las mismas para personas homosexuales y para personas heterosexuales, también es cierto que no debemos perder de vista que el objetivo esencial es la integración de estas personas, y por tanto debemos tener en cuenta el marco social en el que nos movemos, evaluar y reflexionar si quizás debemos ser un poco más restrictivos en las manifestaciones eróticas públicas, reservando un mayor número de expresiones afectivas para el ámbito de lo íntimo, de lo privado; siempre con el objetivo de intentar lograr el mayor grado de integración posible. Deseamos explicitar que esta situación nos resulta incómoda por lo injusta, pero también pensamos que debemos diferenciar el ámbito de la reivindicación social y el de la educación. Así, creemos que se debe seguir luchando por la igualdad real de derechos y por la aceptación total por parte de la sociedad de las personas homosexuales; pero creemos prudente, no utilizar el ámbito de la discapacidad para realizar reivindicaciones sociales. Como hemos comentado, es preciso evaluar el marco social que envuelve a la persona con discapacidad, ya que no se nos escapa la diferencia de vivir en un pueblo frente a vivir en el barrio madrileño de Chueca, donde evidentemente no se producirá tal problema de aceptación social por la orientación.
- A nivel educativo, debemos comenzar a paliar la falta de modelos y contribuir a una más fácil comprensión y aceptación de la orientación sexual de cada uno. Para ello en los planteamientos educativos que hagamos debemos partir de la consideración de la existencia de la homosexualidad en las personas con discapacidad intelectual.

8.9 Abusos sexuales

Definición

Entendemos por abusos sexuales cuando una persona impone su voluntad a otra, valiéndose para ello de una mayor fuerza física, o superioridad intelectual o con algún tipo de chantaje emocional o de otro tipo, con objeto de mantener algún tipo de relación erótica.

Aspectos generales

Se desconoce con exactitud la prevalencia de abusos sexuales en el caso de las personas con discapacidad intelectual, aunque los escasos estudios existentes apuntan que es más frecuente que en la población sin discapacidad. Así un estudio de Sullivan y Knutson (2000) señala que la prevalencia del maltrato es del 9% en población general y del 31% en la población con discapacidad. En este estudio reflejan que la forma más frecuente de maltrato es la actitud negligente, seguida de maltrato físico, emocional y sexual. Las mujeres sufren, según este estudio, una mayor frecuencia de maltrato sexual que los hombres.

Factores facilitadores

Existen numerosas creencias que sin duda facilitan, de alguna manera, que se produzcan estos hechos.

- Las personas con discapacidad intelectual no son atractivas, y por tanto, nadie se interesa por ellas sexualmente, con lo que están a salvo de sufrir abusos sexuales.
- Los abusos son difíciles de evitar, y no podemos hacer nada más que protegerlos.
- No comprenden ni sienten el daño, por lo que es menos grave.
- No pueden aprender nada sobre este tema.

Otros elementos que están influyendo son:

- Menor grado de autonomía, dependen más de los demás.
- Menor grado de discriminación, para darse cuenta de las intenciones del agresor.
- Menor capacidad de defensa, menor capacidad de negarse a hacer algo que no les gusta.
- Se les educa para confiar y depender de los adultos.
- Se les educa para que obedezcan a los adultos con formas de disciplina autoritaria, sin explicarles los motivos de las normas.

- No tienen formación sobre sexualidad, es fácil que no lleguen a etiquetar un abuso sexual como tal.
- Están acostumbrados a que muchas personas accedan a su intimidad, a su cuerpo para ayudarles.
- Convivencia en centros donde existen personas de diferentes características, asimetría de edad y de capacidad.
- Escasas posibilidades de expresar su sexualidad.

Intervención

Objetivo

Evitar que estas conductas se produzcan, y en caso de haberse producido lograr su extinción.

Descripción de la intervención

Vamos a diferenciar en este caso dos situaciones con matices diferentes:

1. Si somos testigos.

El primer paso es evidente y claro, separar al agresor de la víctima inmediatamente.

Posteriormente, debemos tener en cuenta que nuestro objetivo esencial va marcado por reparar el daño que la víctima ha sufrido, y sobre todo, no incrementarlo. Debemos escuchar y mostrar el apoyo a la víctima, permitiendo que exprese sus sentimientos, que llore si lo precisa, o que este en silencio... Debemos tener cuidado con dejarnos llevar por nuestras propias emociones, y centrarnos más en la persona que ha sufrido el daño y no en el propio acontecimiento del abuso sexual.

Queremos decir con ello, que lo importante es atender a la persona agredida, y no centrar la atención en lo que ha ocurrido, como ha ocurrido, desde cuando, etc. en un primer momento debemos escuchar y acompañar física y emocionalmente.

Es importante que la persona perciba que nuestra relación con ella no ha cambiado, que ella misma no ha cambiado y que no se la considera culpable de nada, y que puede contar con nosotros si desea hablar del tema.

Es evidente que estamos hablando de una conducta que no puede quedar en el ámbito de los testigos, el educador debe poner en conocimiento de la dirección del centro esta situación. Será en este plano, cuando lleguen las preguntas que pretendan definir que ocurrió, como, etc. Las preguntas encaminadas a conocer que ocurrió, hacen revivir de nuevo la situación traumática, por ello, debemos ser prudentes a la hora de realizar las preguntas precisas, y que las formule únicamente aque-

lla persona que tenga la responsabilidad de estudiar el caso y tomar las medidas oportunas... y que no se repitan por parte de todos los que tengamos relación con la víctima (educadores, familiares, etc..).

Es esencial, así mismo, a la hora de plantearse las preguntas, huir de preguntas culpabilizadoras... "¿y no pudiste evitarlo?", "¿cómo no gritaste?", "¿no pudiste pedir ayuda?", "¿no lo provocarías?", etc. Debemos entender que el objetivo es reparar el daño producido, y este tipo de expresiones culpabilizan aún más a la víctima de lo ocurrido, ya que se pone el énfasis en lo que hizo y no hizo para evitar el fenómeno; así como en lo que hizo que pudiese desencadenarlo. En este sentido, tanto por un lado como por el otro, el efecto en la víctima es el mismo; lo transforman de víctima en culpable o al menos en cooperador necesario. Somos conscientes que el objetivo de este tipo de preguntas no es culpabilizar, y que en muchas ocasiones encierran sentimientos de rabia y de incompreensión de lo ocurrido, pero tenemos que hacer conscientes estos sentimientos y dominar las expresiones.

2. Si nos lo cuentan.

En este caso debemos garantizar el hecho de que esta situación no volverá a ocurrir, y debemos establecer las medidas necesarias para evitar este hecho. En segundo lugar debemos escuchar, y debemos mostrar que escuchamos. Evidentemente cuando nos hacen confidentes de una situación así nos están mostrando que confían en nosotros; y debemos demostrar que somos merecedores de dicha confianza escuchando activamente, y, como en el caso anterior, debemos escuchar y no tanto preguntar. En este caso debemos huir también de expresiones culpabilizadoras como "como no me lo has dicho antes" ...

Como en el caso anterior, no es este el momento de indagar rigurosamente en lo que ocurrió... en si es cierto o no, etc. Debemos mostrar que pueden confiar en nosotros, que lo escuchamos, que lo acompañamos y que no volverá a ocurrir. En este momento, si es importante que sepa que este hecho se debe comunicar a la dirección. En este sentido es mejor acompañar al usuario y que sea el mismo quién lo cuente.

Debemos tener en cuenta que será posteriormente el momento de intentar estudiar lo que ocurrió y establecer las medidas oportunas que variarán según el caso. Es fundamental es estos casos, que las decisiones sean tomadas por el equipo, no olvidando que el objetivo es proteger al usuario y reparar el daño causado.

En este sentido debemos tener en cuenta que la confidencialidad es un elemento esencial a tener en cuenta. Debemos evitar por todos los medios las situaciones de escándalo, ya que podemos incrementar un problema para la víctima en lugar de repararlo.

Creemos esencial en cualquier caso que tenemos que tener en cuenta que debe imperar la prudencia, la sensatez y no dejarnos llevar por la angustia, la preocupación y tomar decisiones no meditadas. En ocasiones podemos dejarnos llevar por apariencias, por lo que creemos o parece que pasa... y crear un problema donde quizás no lo hay.

Debemos intentar ir más allá de las apariencias y ver lo que ocurre, identificando situaciones de abuso, de otras situaciones.

En este caso entendemos que es esencial disponer de un proyecto educativo en el centro, ya que muchos aspectos son claramente abordables desde un proyecto de educación sexual, ya que en el manejo de las situaciones de abuso, ya hay un componente de fracaso, porque ya se ha producido dicha situación.

A nivel educativo creemos esencial establecer un programa que trabaje los siguientes aspectos:

1. Conocimiento del cuerpo, respeto y cuidado del mismo; y reconocimiento del mismo como propio y cuyo acceso al mismo depende de su voluntad.
2. Desarrollo del concepto de intimidad, tanto en los espacios, como en la corporeidad.
3. Identificar las emociones, los sentimientos.
4. Aprender a rechazar lo que no se desea. Establecer estrategias para decir no. Establecer conductas de protección, de búsqueda de ayuda...
5. Creer en la autonomía, intentar explicar las normas, de cualquier tipo. Las personas con discapacidad tienen opinión, pueden y deben opinar. En definitiva, no desarrollamos una obediencia ciega en el adulto, sino una obediencia razonada, que les vaya dotando de recursos para poder negarse a determinadas ordenes.
6. Trabajar la autoestima, y la autoimagen.
7. Aprender a respetar a otras personas y a que nos respeten.

Como hemos hablado en los apartados iniciales, debemos desarrollar un proyecto educativo que contemple a las personas con discapacidad desde la óptica del desarrollo de sus cualidades y no teniendo siempre presente sus dificultades o limitaciones. Considerarlos sujetos activos y protagonistas de su propia vida, y no sujetos pasivos. Entenderlos como sujetos autónomos a los que acompañar y no sujetos a proteger, como relación esencial con ellos.

8.10 Material pornográfico en el centro

Aspectos generales

En un estudio de la NHLS (Michael et al. 1994) observó que un 23% de los hombres y un 11% de las mujeres habían alquilado una película pornográfica en el último año. El 16% de los hombres y el 4% de las mujeres habían comprado libros o revistas sexualmente explícitos. La proliferación de páginas web en internet con contenidos pornográficos ha sido exponencial en los últimos años, entre 20.000 y 60.000 sitios web de orientación sexual según Lane (2000).

La pornografía se utiliza generalmente para provocar o aumentar la excitación sexual y a menudo como ayuda a la masturbación (Boies, 2002 ; Strager, 2003), aunque también es utilizado por parejas durante las relaciones sexuales con objeto de aumentar la excitación sexual.

Peplau en el 2003, encontró que tanto los hombres como las mujeres respondían fisiológicamente a los estímulos pornográficos. Hay autores que encuentran diferencias sexuales en el interés por la pornografía y en la respuesta a la misma, los hombres muestran mayor interés y respuesta por materiales visuales de contenido explícito, y las mujeres prefieren materiales de contenido romántico (Hardy, 2001).

En un intento de definir material pornográfico, podemos decir que es el material escrito, visual y audiovisual sexualmente explícito y realizado con la intención de provocar o aumentar la excitación sexual. Es evidente la complejidad de definir el tema, ya que con la definición expresada anteriormente nos encontramos con numerosos matices subjetivos que pueden intervenir a la hora de definir un material como pornográfico o no; ya que podemos estar ante manifestaciones artísticas donde el artista busque en un momento provocar o excitar al público, igual que en otro momento (por ejemplo, de la película) puede intentar causar miedo... y por ello ¿puede ser considerado pornográfico?

En nuestro caso no deseamos seguir profundizando en consideraciones teóricas, sino que deseamos abordar el tema de la pornografía en la discapacidad intelectual planteando algunas cuestiones para reflexionar:

- Como hemos observado la utilización de material pornográfico es amplio en la población. En ocasiones, ante el citado material podemos estar manifestando actitudes personales de rechazo o de aceptación.
- En ocasiones la persona con discapacidad psíquica puede tener acceso al citado material a través de hermanos o amigos. En ocasiones incluso se dota al material pornográfico de una función educativa. Debemos dejar claro que el material pornográfico no tiene una función educativa, sino siempre busca aumentar la excitación sexual.

Intervención

Entendemos que lo esencial es que el equipo de trabajo defina claramente las normas de funcionamiento del centro y que las mismas sean conocidas por todos los protagonistas, usuarios, familias y educadores. En este sentido entendemos que las líneas generales deben apuntar por:

- No se permite disponer de material pornográfico en el centro. No es un material educativo, y su función no tiene sentido en el centro.
- Entendemos que este no es un problema que se mantenga en el tiempo, ya que el acceso al material citado es restringido; y no creemos que la conducta se mantenga en el tiempo y haya que utilizar técnicas de modificación de conducta. Creemos que en este caso simplemente requerirá una conversación con la familia sobre el tema, donde le explicaremos la situación y las normas del centro. En general esto será suficiente en la amplia mayoría de los casos.



9

PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Aspectos generales

A la hora de abordar este tema en el presente libro pretendemos hablar sobre uno de los principales miedos de las familias a la hora de hablar de la sexualidad de las personas con discapacidad intelectual.

Como hemos visto en páginas anteriores podemos decir que la sexualidad tiene tres funciones esenciales, la reproductiva, la recreativa y la relacional. Esas tres funciones no tienen porque ir unidas en todo momento y para todas las personas. El desarrollo de la planificación familiar ha intentado precisamente que podamos separar la función reproductiva del resto de las funciones, y que podamos ejercer dicha función cuando lo deseemos.

En muchas ocasiones detrás del miedo que muestran las familias a la sexualidad de las personas con discapacidad intelectual está otro miedo, el miedo a un embarazo no deseado. Si conseguimos identificar este miedo hemos dado un paso esencial para poder lograr en algún momento que la persona con discapacidad intelectual pueda disfrutar de su sexualidad; ya que existen mecanismos para que no se produzcan embarazos no deseados, no siendo por tanto ya una excusa para evitar que la persona con discapacidad intelectual pueda disfrutar de su sexualidad.

Otro debate social que en algún momento se desarrollará es la capacidad de la persona con discapacidad intelectual para ejercer una maternidad o paternidad responsable, es decir la capacidad de poder elegir libremente ser padre o madre. Cuando sale este tema ocurre que volvemos a ver a la persona con discapacidad intelectual desde la óptica de la discapacidad y no de la persona, pensamos que no podrá cuidar de su hijo, etc. en definitiva, volvemos a pensar en lo que no puede hacer y no en lo que podría hacer o aprender. Otro elemento que subyace es la visión de la persona con discapacidad intelectual como una persona que nunca va a tener un desarrollo autónomo pleno. Y en definitiva, en todo ello subyace uno de los principa-

les problemas existentes en la visión social de las personas con discapacidad intelectual, la generalización. Plantearnos que todas las personas con discapacidad intelectual son iguales es aniquilar cualquier posible intervención educativa basada en planteamientos positivos, racionales y que busquen el crecimiento de la persona. Hemos dicho en numerosas ocasiones que es fundamental planificar intervenciones educativas que partan del conocimiento de la persona en concreto, de sus limitaciones y de sus potencialidades, y tener claro que nunca encontraremos dos personas iguales. Quizás en un futuro el debate ya no sea sobre la sexualidad sino sobre la maternidad/paternidad.

Una situación parecida la han sufrido otros colectivos, así el debate social sobre la homosexualidad ha seguido un desarrollo parecido. Inicialmente como hemos visto fue perseguida esta orientación sexual, el debate social prosiguió y consiguió que la vivencia de la sexualidad desde la homosexualidad fuese aceptada, y posteriormente, comenzó el debate sobre si las personas con orientación sexual homosexual pueden o no ser padres y madres, y en el momento actual la adopción por parejas homosexuales es posible y legalmente regulada.

El objetivo a la hora de abordar este tema es lograr evitar los embarazos no deseados sin necesidad de impedir las relaciones sexuales de las personas con discapacidad intelectual.

9.1 Métodos anticonceptivos

Los métodos anticonceptivos se pueden clasificar:

- Métodos naturales.
- Métodos artificiales.
 - Métodos de barrera.
 - Métodos químicos.
 - Métodos hormonales.
 - Métodos quirúrgicos.

Métodos naturales

Los métodos naturales se basan en que no se produzca el coito los días fértiles del ciclo menstrual. Debido a su escasa efectividad como métodos anticonceptivos y a la gran dificultad para su aplicación en el ámbito de la discapacidad intelectual no vamos a proceder a explicar detalladamente estos métodos, simplemente comentar que entre ellos está el método Ogino-Knaus basado en el cálculo de los días fértiles en base a las duraciones de los ciclos, el método Billings, basado en detectar los días fértiles en función de

los cambios que sufre el moco cervical cuando se produce la ovulación, el método de la temperatura basal, basado en detectar los cambios térmicos corporales asociados a los cambios hormonales en la ovulación, etc...

Métodos artificiales

Métodos de barrera

- **Barreras mecánicas**

- **Preservativo masculino**

Definición: Consiste en una funda de látex lubricada que se coloca en el pene en erección.

Mecanismo de acción: Evita que el semen se deposite en la vagina.

Eficacia: Oscila del 88% al 96%, la mayor parte de los fallos se deben a un uso inadecuado del mismo.

Uso y empleo:

1. **Adquisición:** Recomendable adquirirlos en lugares que aseguren su calidad, farmacias, centro con dispensación gratuita... evitar maquinas expendedoras que se encuentren al sol. El sol y el calor dañan el látex. Las maquinas no deben tener los preservativos arrugados, eso puede dañar el envase exterior, y no se puede asegurar el estado del látex en el interior.
2. **Conservación:** No en lugares al sol, o que estén expuestos a gran temperatura. El calor y el sol dañan el látex. Tampoco en lugares con gran humedad.

Recordar que el preservativo tiene una caducidad.

4. **Utilización:**

- a) Comprobar la caducidad del preservativo.

- b) Apertura del envase.

Desplazar el contenido del envase con la yema de los dedos, tener cuidado al abrir el envase de no dañar el látex del preservativo con las uñas. Los envases suelen tener una muesca para facilitar su apertura, evitar apertura con objetos punzantes (tijeras, dientes, etc.)

- c) Colocación

Es imprescindible colocar el preservativo antes de realizar ninguna penetración. Se coloca con el pene en erección. Se sujeta el depósito con los dedos de una mano evitando que quede aire en su interior, se coloca en el glande y con la otra mano se va desenrollando el preservativo a lo largo del pene. Es importante dejar espacio suficiente en el depósito con objeto

de que allí se acumule el semen tras la eyaculación. Si se deja aire en el mismo se puede romper el preservativo con la eyaculación.

d) Utilización.

Si se utiliza lubricante debemos utilizar lubricante hidrosolubles (geles específicos, etc.), evitando lubricantes cuya base sea grasa (vaselina, aceites, etc.), estos últimos pueden dañar el látex haciéndolo menos resistente.

No se debe utilizar el mismo preservativo más de una vez.

e) Retirada.

Tras la eyaculación se debe retirar el preservativo de la vagina o del ano antes de perder la erección, sujetando el preservativo por la base.

f) Basura.

Se hace un nudo al preservativo y se tira el preservativo usado a la basura y nunca al water. No es biodegradable.

Comentarios: Junto con el preservativo femenino son los únicos métodos que sirven para prevenir la transmisión de infecciones de transmisión sexual.

Su uso es recomendable para personas con discapacidad intelectual con importante autonomía y que mantengan relaciones sexuales esporádicas. Se debería enseñar un uso adecuado del mismo, descomponiendo la conducta en las tareas simples, para el aprendizaje se pueden utilizar objetos creados al efecto para su colocación.

o **Preservativo femenino**

Definición: Funda de poliuretano lubricada que se coloca en el interior de la vagina.

Mecanismo de acción: Impide que el semen se deposite en la vagina.

Eficacia: similar al masculino.

Uso y empleo: La adquisición, y conservación es similar al anterior.

Debemos colocarlo en la vagina antes de que se produzca ninguna penetración. Se introduce apretando el anillo interior por el centro del mismo, como un ocho, y se introduce en el interior de la vagina como si fuese un tampón. Para extraerlo se retuerce el anillo externo para evitar la salida del semen y se tira con suavidad del mismo. También se debe tirar a la basura.

Es de un único uso.

Comentarios: Las personas alérgicas al látex podrían utilizar este preservativo al ser de otro material. Como dijimos anteriormente protege de las infecciones de transmisión sexual.

Su utilización es ligeramente más compleja, y quizás no es un método muy utilizado en el ámbito de la discapacidad intelectual.

- **Diafragma**

Definición: es un capuchón de caucho que se ajusta al cervix.

Mecanismo de acción: Impide el paso de los espermatozoides al útero.

Eficacia: 95%.

Uso y empleo: Existen tallas, y por tanto debemos consultar al ginecólogo para que nos diga que talla es la que nos corresponde. Se usan conjuntamente con cremas espermicidas. Se coloca en el interior de la vagina antes de la penetración y se debe retirar pasadas varias horas tras el coito.

Comentarios: por su complejidad no resulta un método anticonceptivo muy apropiado en el ámbito de la discapacidad intelectual.

Métodos químicos

- **Espermicidas y óvulos vaginales**

Definición: Sustancias químicas que se aplican en el interior de la vagina. Uno de los compuestos más frecuentes es el nonoxinol-9.

Mecanismo de acción: Destruye o inhibe la movilidad de los espermatozoides.

Eficacia: se deben utilizar combinados con otros métodos anticonceptivos de barrera para lograr una eficacia aceptable, por ejemplo con el diafragma.

Uso y empleo: Existen dos formatos crema que se introduce en la vagina mediante un aplicador y óvulos que son semejantes a supositorios. Se debe introducir el espermicida unos 15 minutos antes del coito. No se debe lavar con jabón hasta 8 horas después del coito para no inactivar el espermicida. Se usa una aplicación u óvulo en cada relación.

Comentarios: Su uso es combinado con otros métodos, ejemplo el diafragma siendo la utilización de este último la que marca su escasa utilización en el ámbito de la discapacidad.

- **Dispositivo Intrauterino**

Definición: Objeto pequeño de material flexible, plástico, cobre o plata y dos hilos.

Mecanismo de acción: Su mecanismo fundamental es conseguir una reacción en el endometrio de forma que no este preparado para recibir al óvulo. Los que liberan hormonas también pueden funcionar como un método hormonal.

Eficacia: 98%.

Uso y empleo: Se debe colocar por un médico durante la menstruación (para facilitar su colocación). Se introduce en el interior del útero. La retirada también la realiza un médico. Duración: 3-5 años. Existen diversos tipos algunos liberan hormonas.

Comentarios: Es un método que se suele indicar más a mujeres que han tenido ya algún embarazo. No protege de infecciones de transmisión sexual. Debido a la complejidad de su uso (tanto por la colocación y retirada) como por sus características no suele ser un método demasiado usado en el ámbito que nos trata.

Métodos hormonales

- **Anticonceptivo hormonal oral**

Definición: Comprimidos cuyo contenido son hormonas en diferente concentración y con diferente composición según el tipo (estrógenos y gestágenos, o sólo estrógenos).

Mecanismo de acción: Hormonas que impiden que se produzca la ovulación, espesa el moco cervical y adelgaza el endometrio.

Eficacia: 99%.

Uso y empleo: Existen preparados con 21 comprimidos (una semana no se toman pastillas, semana en la que aparece la menstruación) y otros con 28 comprimidos (se toman comprimidos diariamente).

Comentarios: Problemas derivados de posibles olvidos, también problemas derivados de la absorción si se han producido vómitos. Existen problemas secundarios que dependen de la concentración hormonal existente en cada preparado, los más actuales tienen cada vez una menor concentración permitiendo reducir los efectos secundarios. Por todo ello puede no ser el método ideal en el ámbito de la discapacidad intelectual.

- **Anillo vaginal**

Definición: Anillo de etinil-vinil-acetato que contiene hormonas (etongestrel y etinilestradiol).

Mecanismo de acción: El mecanismo de acción fundamental es como otros métodos hormonales evitando la ovulación.

Eficacia: 99.7%

Uso y empleo: El anillo se utiliza durante tres semanas, se retira y se descansa una semana. En esta semana aparece la menstruación. La duración de la protección es mensual. Se introduce como un tampón en el interior de la vagina, para retirarlo se introduce los dedos y se tira del extremo.

Comentarios: Presenta como ventajas respecto a la píldora oral que tiene una cobertura de un mes, evitándose olvidos. Su forma de introducción es similar al tampón, preservativo femenino o diafragma. No especialmente utilizado en el ámbito de la discapacidad intelectual, quizás su cobertura mensual favorece que pueda ser utilizado en este ámbito pero la forma de utilización puede dificultar su uso por las mujeres con discapacidad intelectual.

- **Parche anticonceptivo**

Definición: Parche de 20,25 mm² que contiene norelgestromina y etinilestradiol.

Mecanismo de acción: El mecanismo es como el resto de anticonceptivos hormonales.

Eficacia: 99%.

Uso y empleo: Se coloca un parche cada semana durante tres semanas, la cuarta se descansa. La protección es todo el mes. La menstruación aparece la semana de descanso. Se debe colocar sobre piel limpia, seca y sin vello (glúteos, abdomen, parte superior externa del brazo o torso). Se puede duchar, nadar o hacer ejercicio sin problemas.

Comentarios: La principal ventaja es su facilidad de uso. Por esta razón y por la eficacia podría ser usado en el mundo de la discapacidad intelectual.

- **Implante hormonal**

Definición: pequeña varilla de etinil-vanil-acetato flexible que libera una cantidad constante de etonogestrel.

Mecanismo de acción: semejante a otros métodos anticonceptivos hormonales.

Eficacia: 99%.

Uso y empleo: Se implanta bajo la piel del antebrazo mediante una sencilla intervención de una duración de minutos (1 minuto-6 minutos). La duración es de 3 a 5 años.

Comentarios: Debido a la gran duración de la protección puede constituir un método anticonceptivo alternativo en el mundo de la discapacidad intelectual.

- **Inyección de progestágeno**

Definición: Método hormonal que se aplica mediante inyección, existen preparados con gestágeno sólo o con gestágeno y estrógeno.

Mecanismo de acción: Como todos los métodos hormonales se producen la inhibición de la ovulación y las modificaciones en el moco cervical y en el endometrio.

Eficacia: similar a otros métodos hormonales.

Uso y empleo: Los que tienen gestágeno sólo se aplican mediante una inyección intramuscular trimestral y los combinados mediante inyección intramuscular mensual.

Comentarios: Por la facilidad de uso y la gran duración de la protección puede ser un método de interés en el ámbito en el que estamos trabajando.

Métodos quirúrgicos

- **Vasectomía**

Definición: Se interrumpen los conductos deferentes del varón.

Mecanismo de acción: Al interrumpir estos conductos se evita que los espermatozoides lleguen al semen con lo que el semen eyaculado no tiene espermatozoides.

Eficacia: Muy alta, prácticamente el 100%.

Uso y empleo: Se realiza mediante una intervención quirúrgica sencilla ambulatoria (no precisa ingreso). Puede realizarse con anestesia local. Es permanente.

Comentarios: No protege, evidentemente, de las infecciones de transmisión sexual. Es muy eficaz como método anticonceptivo. Su carácter de irreversibilidad es un aspecto a tener en cuenta. Por la alta eficacia y por la irreversibilidad suele ser un método muy utilizado en el medio en que nos encontramos.

- **Ligadura tubárica**

Definición: Se interrumpen mediante sección las Trompas de Falopio en la mujer.

Mecanismo de acción: Se impide el paso de los óvulos desde el ovario al útero impidiendo con ello su posible unión a los espermatozoides y por tanto la fecundación del óvulo.

Eficacia: Muy alta, prácticamente el 100%.

Uso y empleo: Se hace mediante cirugía laparoscópica ambulatoria. Se precisa anestesia.

Comentarios: Este método está concebido como permanente, es posible intentar la restauración de la continuidad de las trompas mediante otra intervención, el éxito de esta intervención oscila entre el 50 y el 80%. Suele ser un método muy utilizado en el ámbito en que nos encontramos.

- **Dispositivos intratubáricos**

Es un método de interrumpir la conducción a lo largo de las trompas de Falopio que consiste en introducir un dispositivo en el interior de las trompas de Falopio provocando su obturación. La principal ventaja es que se realiza mediante histeroscopia, sin necesidad de intervención quirúrgica (no hay incisiones, ni punciones, ni suturas, etc.) y se tarda unos 35 minutos en realizar, a los 45 minutos la mujer puede abandonar el Hospital. La eficacia es similar a los otros procedimientos, alrededor del 99.8%.

9.2 Contracepción de emergencia

Definición: En caso de que se haya producido un coito sin utilización de un método anticonceptivo o que el mismo haya fallado; queda como opción para evitar el embarazo la contracepción de emergencia. La más frecuente es mediante la administración de levonorgestrel (2 comprimidos).

Mecanismo de acción: El mecanismo de acción es inhibiendo o retrasando la ovulación, altera el transporte de espermatozoides e impide la implantación en el endometrio.

Eficacia: Es muy eficaz, evitando el embarazo en un 94 a 98% de las ocasiones.

Uso y empleo: La eficacia depende del momento en que se tomen los comprimidos siendo eficaz hasta las 72 horas después del coito. Su mayor eficacia ocurre en las primeras 24 horas para ir posteriormente perdiendo eficacia de forma progresiva.

Comentarios: Desde el 2005 el Servicio de Salud del Principado de Asturias dispensa de forma gratuita este fármaco en los diferentes centros de la red pública (ver recursos).

9.3 Interrupción voluntaria del embarazo

Las interrupciones voluntarias del embarazo en España quedan despenalizadas mediante la Ley Orgánica 9/1985 en tres supuestos concretos:

- Evitar un grave peligro para la vida o la salud física o psíquica de la embarazada.

La documentación precisada es un informe o dictamen firmado por un médico de la especialidad correspondiente.

- Si el embarazo es consecuencia de un hecho constitutivo de un delito de violación y el aborto se practique dentro de las primeras 12 semanas de embarazo.

La documentación precisada es la denuncia del hecho.

- Presunción de graves taras físicas o psíquicas en el feto, siempre que el aborto se practique dentro de las primeras 22 semanas de gestación. La documentación precisa son dos informes de dos especialistas diferentes.

En este caso debemos tener en cuenta que es la mujer embarazada la que tiene la capacidad para decidir seguir o no con el embarazo, es decir que en caso de que la mujer con discapacidad intelectual no este incapacitada legalmente es ella la que tiene la potestad de decidir que hacer con su gestación; y para quitarle esa potestad sólo existe la posibilidad de iniciar un proceso legal para incapacitarla.

Los trabajadores sociales de los Centros de Salud y de los Servicios Municipales son profesionales que podrán orientar adecuadamente en los procesos a seguir en caso de precisar una interrupción del embarazo.

Dentro de los diversos métodos para producir una interrupción del embarazo, entendemos que sería conveniente comentar en este documento la interrupción voluntaria del embarazo farmacológica, la famosa RU486. Esta pastilla esta compuesta por mifepristona que es un esteroide sintético de acción antiprogestagénica que se utiliza para la interrupción del embarazo. Se toma vía oral en uso secuencial con un compuesto prostaglandínico, hasta el día 49 de amenorrea. Se emplea una dosis única de 600 mg seguido de un análogo prostaglandínico 36-48 horas más tarde. Como efectos secundarios tiene contracciones uterinas, metrorragias que pudieran ser importantes requiriendo en ocasiones legrado uterino, cefalea, malestar, fiebre, náuseas, vómitos, hipotensión. El nombre comercial es Mifegyne. Este compuesto se utiliza en centros especializados, y no esta disponible para la venta al público en oficinas de farmacia.

Intervención

Creemos que un programa de educación sexual debe incorporar entre sus contenidos, conocimientos y habilidades sobre planificación familiar; con objeto de que las personas con discapacidad intelectual puedan disfrutar de su sexualidad sin que conlleve una gestación no deseada. Si el grado de autonomía es importante, el preservativo es el método cuyo manejo debemos intentar que adquieran, por ser el único que protege de las enfermedades de transmisión sexual.

Otro aspecto esencial que debemos tener en cuenta es que existen métodos que pueden ayudarnos a realizar una adecuada planificación familiar;

y que el miedo al embarazo debemos combatirlo con métodos que nos ayuden a evitarlo, y no tenemos porque evitar las relaciones sexuales. Esto debe constituir un eje esencial del plan de coordinación con la familia.

Los nuevos métodos anticonceptivos abren nuevas posibilidades para el manejo de la planificación familiar en las personas con discapacidad intelectual, métodos que no son irreversibles pero que por su amplia duración evitan posibles olvidos o errores (implantes, inyectables, parches...)



Masters y Jonson en el libro titulado "Incompatibilidad sexual Humana", plantea como conceptos básicos de la terapia sexual la necesidad de trabajar en terapia con la pareja, se comienza a hablar de la pareja como unidad diádica de intervención. Estos autores plantean algunos aspectos justificativos de esta forma de entender la terapia:

- "No hay nada peor en un matrimonio que padezca alguna forma de incompatibilidad sexual que la ignorancia del problema por parte de uno de los cónyuges".
- Si se interviene con uno sólo de los cónyuges, se ignora la mitad del problema. Conseguimos, además, señalar a uno de ellos como culpable del problema, problematizando aún más la situación, y quitando responsabilidad a otro de los miembros de la pareja.
- El miembro de la pareja que no participa en la intervención puede interferir de forma negativa en el proceso terapéutico.

Reflejando algunas similitudes, entendemos que en la educación sexual de las personas con discapacidad intelectual existe también otra unidad diádica, la compuesta por la familia y el centro educativo. Hablamos de unidad educativa diádica, intentando reflejar la gran importancia que tienen estos dos agentes en la educación de las personas con discapacidad intelectual. En todas las personas existen diferentes agentes educativos, familia, centros educativos, grupo de iguales, sociedad en general (medios de comunicación, etc.); las personas sin discapacidad intelectual tienen un mayor número de agentes educativos influyendo, mayor variabilidad debido a la socialización del sujeto. En el caso que tratamos y fruto de la escasa socialización existente, la influencia educativa de la familia y los educadores es mucho mayor que en el resto de la población; siendo en algunos casos casi inexistente la influencia de otros agentes. En numerosas ocasiones, la persona con discapacidad intelectual no se le permite disponer de grupo de iguales, trascu-

rriendo su vida del centro al domicilio y del domicilio al centro. Así entendemos que la única intervención exitosa viene de la mano de conseguir la participación de los agentes educativos esenciales en las personas con discapacidad intelectual, los educadores y la familia.

Así al igual que en terapia de pareja se plantea que no existe un problema mayor que si existe un problema, uno de los miembros de la pareja lo desconozca. De igual forma, en el manejo de conductas sexuales socialmente no aceptadas en las personas con discapacidad intelectual no hay nada peor que si existe una conducta de este tipo lo desconozca el centro educativo o la familia. Si planteamos una intervención en uno sólo de los ámbitos parece que exoneramos a una de las partes de la responsabilidad de contribuir a su resolución, algo que no va a dar consistencia a la intervención y perjudicará su éxito.

Como en la terapia de pareja si un miembro de la unidad de intervención no participa en la misma, puede interferir de forma negativa en el proceso de resolución de la conducta socialmente no aceptada.

La familia como vemos es una de las dos columnas en que se basa la construcción de la intervención en el manejo de las conductas socialmente no aceptadas. No debemos olvidar que el objetivo último es lograr que las conductas que hemos modificado se mantengan estables en cualquier ambiente, sobre todo en la vida real y no exclusivamente en el centro educativo; y por ello, en el mantenimiento de las conductas en condiciones reales es esencial la participación de la familia.

Por ello, desde el centro educativo debemos ser conscientes que debemos establecer una estrategia de intervención en conjunto con la familia, consensuar las medidas a tomar y llegar a acuerdos sobre la forma de intervenir tanto en el centro como en la unidad familiar. Somos conscientes de las dificultades de comunicación y de las diferencias de criterio que pueden existir entre unos y otros, pero es imprescindible establecer esta comunicación con estos objetivos como eje central de la intervención, ya que debemos saber que una intervención que vaya en contra de los planteamientos de la familia, aunque nos pueda parecer que consigue mayores avances, por entender que es más progresista; puede que los resultados sean todo lo contrario y avancemos menos que con intervenciones que nos pueden parecer menos avanzadas pero que se apliquen conjuntamente entre la familia y el centro. Para avanzar es imprescindible que vayamos de la mano, debe avanzar la unidad educativa diádica, la familia y el centro, y no es posible avanzar en este campo, si para hacerlo rompemos esa unidad.

No debemos olvidar, así mismo, que la persona con discapacidad intelectual vive en un entorno social donde es fundamental la familia, y el centro educativo no deja de ser un medio que debería preparar a la persona para enfrentarse al medio social.

Debemos tener en cuenta, que nuestra función no es juzgar actitudes frente a la sexualidad de la familia, y debemos ser respetuosos con los planteamientos familiares. Si tenemos claro que el objetivo esencial es mantener la unidad de intervención (familia-educadores), entenderemos que el enfrentamiento con la familia no lleva a ninguna parte, y sería el comienzo del fracaso de nuestra intervención. Hay que ser conscientes que el camino se hace al andar, como decía el poeta, y que no hay mal acuerdo de intervención si lo hacemos con la familia, el mal acuerdo es no llegar al mismo. Un acuerdo, que nos parezca malo inicialmente por no profundizar en el tema o plantear una visión de control sobre las posibles relaciones, es un buen acuerdo por varios motivos:

- Hemos establecido un canal de comunicación sobre el tema con la familia.
- Hemos llegado a un acuerdo de intervención, y por tanto, hemos comenzado a corresponsabilizar a la familia en la educación sexual de la persona con discapacidad intelectual.
- Se realizará un seguimiento de los avances logrados, y se replantearán las intervenciones. Quizás al ver los escasos avances la familia este más permeable a otras formas de intervenir.
- Confiarán en nosotros, perderán miedos ya que sabrán que no se hará nada sin ellos; ellos son parte esencial de la educación y participarán en todo el proceso.

No debemos olvidar que la familia también precisará un tiempo para reflexionar y madurar ideas, actitudes, concepciones previas sobre el tema; y las prisas en este caso llevan a la precipitación.

Como aspectos generales a la hora de establecer la comunicación con la familia podemos reseñar los siguientes:

- Conocer la familia, sería interesante recabar información sobre la familia, conocer actitudes y creencias sobre el tema de la sexualidad, con objeto de que nos ayude a planificar mejor la estrategia para abordar la entrevista.
- Naturalidad en el abordaje. Tener claro lo que deseamos comunicar y hacerlo.
- Comprensión de la familia. No se juzgan actitudes sobre la sexualidad.
- Debemos escuchar a la familia, nos puede dar pistas para entender mejor sus ideas, actitudes y miedos; e intentar ofertar una intervención que solvete estos miedos.
- El eje central de la conversación será siempre el bienestar de la persona con discapacidad intelectual, lograr que sea feliz. Esta referencia nos

puede ayudar a la hora de salvar desencuentros en la forma de entender el problema o la vivencia de la sexualidad.

- Reducir miedos, dejar claro que lo que se haga se hará de mutuo acuerdo con la familia.
- No tener prisas. El camino se hace poco a poco, la educación se lleva mal con la urgencia.
- La familia puede necesitar tiempo para aceptar la situación, tener presente que los temas que afectan a la esfera afectivo-sexual remueve sentimientos, actitudes, creencias propias que pueden provocar diferentes reacciones, de rechazo, de negación, de bloqueo, etc... Debemos plantear el proceso de comunicación como un proceso gradual, y no resolver todo en un único encuentro.

10.1 Algunos aspectos teóricos sobre comunicación

- **Tener presente los objetivos básicos de cualquier entrevista:**
 - Enganchar: establecer un buen contacto con la familia. Cuidar las formas. Saludo cordial al inicio. Escuchar y que sientan que les escuchamos.
 - Empatía: Reconocer las emociones de la familia y transmitir que nos importan.
 - Educar: Ofrecer la información adecuada para comprender la situación. Para ello debemos tener presente al interlocutor, y evaluar la comprensión del mismo, permitir que nos pregunten (dando tiempos y actitud).
 - Enrolar: Como hemos expresado anteriormente es imprescindible para lograr nuestros objetivos implicar a la familia.
 - Expectativas: En muchas ocasiones la familia llega a la entrevista con una opinión diferente a la de los educadores, tanto en lo que se refiere a la situación y a las medidas a adoptar. Debemos mostrar que entendemos lo que nos plantean y que lo tomamos en consideración.
- **Técnicas básicas de entrevista**
 - Contexto: Debemos establecer un contexto que favorezca la comunicación. Debemos cuidar especialmente:
 - a) Proxémica: Cuidar el espacio donde se produce la entrevista, lugar tranquilo libre de interrupciones. Evitar barreras físicas que den imagen de separarnos de la familia o enfrentarnos a ella (mejor mesas redondas o sin mesas).

- b) Lenguaje no verbal: Cuidar el lenguaje propio, estar y mostrarnos tranquilos; y observar las señales no verbales que ofrecen los miembros de la familia.
- c) El contacto visual: mirar a la familia cuando hablan y cuando hablamos.
- Escucha: Debemos procurar que la familia se exprese, para conocer opiniones, actitudes, miedos, etc. y desmontar si fuese preciso alguno de ellos. Para ello podemos formular alguna pregunta abierta, facilitar la comunicación mediante silencios, frases sencillas que apoyen la narración de la familia, repetir palabras clave que permitan mostrar que seguimos el relato, y clarificar lo dicho por el paciente, etc. Tener cuidado con las interrupciones.
- Comprensión: Debemos hacer un esfuerzo por comprender a la familia incluido el contenido emocional. Es fundamental esta última parte, y debemos intentar identificar la emoción y la causa de la misma. Así podemos intentar normalizar la respuesta emocional de la familia tras comprender la misma (la reacción ante los miedos, etc.), reconocer la respuesta emocional sin necesidad de compartir el punto de vista.
- Estrategia: Establecer un plan de acción. Conocer cual es la mejor intervención posible desde nuestra óptica. Conocer las expectativas de la familia, y llegar a un consenso, teniendo en cuenta que más deberemos ceder si las expectativas iniciales se alejan mucho. Hacer una propuesta de intervención, analizar el efecto que causa en la familia la propuesta. En la estrategia hay que diseñar un plan de seguimiento conjunto del proceso, estableciendo otras reuniones conjuntas.
- Resumir la entrevista, resaltando conclusiones y acuerdos.



PAPEL DEL PROFESIONAL DE LOS CENTROS DE APOYO A LA INTEGRACIÓN Y CENTROS OCUPACIONALES EN LA EDUCACIÓN SEXUAL

Como hemos expuesto anteriormente en la educación de las personas con discapacidad intelectual el protagonismo de la familia y del centro educativo es esencial. El grupo de iguales habitualmente se restringe a los compañeros existentes en el propio centro, y la vida social que tienen es muy limitada en la mayor parte de los casos.

Con este panorama podemos entender que queramos o no queramos la influencia educativa de los profesionales en los centros de apoyo es evidente y afecta a todas las dimensiones de la persona. La educación sexual no es diferente en este aspecto, es similar a otras esferas de la personalidad.

En general, la decisión de realizar educación sexual en los centros o no hacerla es una cuestión ficticia, no tenemos capacidad de decisión sobre este tema; siempre vamos a hacer educación sexual, siempre. No podemos dejar de hacerla, podemos decidir no hablar del tema, no querer ver manifestaciones, dejar claro que ese tema no tiene cabida en el centro, no abordar las conductas que hemos comentado en el documento... en definitiva, inhibirnos o dejar de hacer una educación sexual explícita.. pero con ello también estamos haciendo educación sexual, quizás estamos transmitiendo la idea de la sexualidad como algo oscuro, negativo, de lo que no se puede hablar, ayudaremos a mantener y reforzar mitos y falsas ideas, indicaremos que la institución educativa formal no es una fuente de información fidedigna para este tema...

Pero además, no podemos evitar ser modelos... y con ello estamos transmitiendo, sobre todo, actitudes sobre la sexualidad.

Entendemos que nuestra decisión, realmente, es si deseamos reflexionar acerca de qué educación sexual estamos realizando en nuestro centro y cada uno de nosotros, y si es esa la educación que queremos realizar.

Posteriormente, vendrá cómo queremos hacerla, cómo diseñar un programa educativo, qué valores, conocimientos, habilidades y actitudes transmitir.

Existen otra serie de características importantes que señalan porque consideramos que los educadores son unos agentes perfectos en educación sexual:

- Los educadores son profesionales con formación básica esencial para la educación y la formación en valores, siendo esto lo verdaderamente importante a la hora de abordar la formación en educación sexual. Como se comprueba a través de la experiencia hacer educación sexual no es más que educar en otros campos. Lo específico de la formación en educación sexual es una parte mínima de los conocimientos y habilidades necesarios para realizarla, lo esencial es saber educar.
- La experiencia con personas con discapacidad es esencial para desarrollar este trabajo. Las familias tienen la perspectiva de un caso concreto, los educadores tienen la perspectiva de haber trabajado con muchas personas durante muchos años.
- Como profesionales pueden analizar y plantear los temas con una adecuada distancia emocional, imprescindible para tener un adecuado acercamiento al tema. En este sentido debemos recalcar que la distancia profesional es imprescindible, no creemos conveniente que se utilicen (para ejemplificar) aspectos de la vida privada de los educadores, etc... debemos tener en cuenta que somos profesionales y tenemos una relación profesional.
- Conocen cómo se relacionan en grupo, elemento esencial en el abordaje de la dimensión afectivo-sexual. El único ámbito de relación social existente para las personas con discapacidad intelectual suele ser el propio centro.
- Disponen de una relación privilegiada con los usuarios y con las familias, ganada a lo largo de muchos años de relación. Con esta relación es más fácil llegar a acuerdos y consensos.
- Son modelos para las personas con discapacidad intelectual.

Otro elemento que entendemos esencial a la hora de plantearnos la educación sexual en los centros, viene de la necesidad de ajustar las expectativas que tenemos sobre las posibilidades del programa. Esto es esencial para evitar frustraciones futuras. Así debemos plantearnos los siguientes aspectos:

- Debemos tener en cuenta nuestra importancia en el tema, pero también reconocer la importancia del otro agente educativo esencial, la familia. No debemos invadir las competencias del otro agente. Debemos partir de intentar comprender, entender y conocer las motivaciones reales de los familiares; y plantear actuaciones consensuadas y aceptadas por ellos.

- Tener claro que es un largo camino, y que no debemos frustrarnos por no llegar donde nos gustaría en los primeros intentos. Los profesionales deben desarrollar una función de motor de arrastre que provoque que la familia avance poco a poco. No intentar hacer todo en el primer momento, y no olvidar que tenemos que avanzar de la mano.
- La educación no puede convertirse en una batalla, sino en un compromiso por el entendimiento, por la negociación, por el consenso.
- Debemos ser conscientes del ámbito social donde nos movemos, debemos tener cuidado con el efecto burbuja (como nosotros tenemos una idea clara de los derechos de las personas con discapacidad intelectual y de sus capacidades y potencialidades; pensar que toda la sociedad tiene esa misma visión). La sociedad no tiene aceptado, ni asumido que las personas con discapacidad intelectual son personas sexuadas, ni que tienen derecho y pueden tener una expresión feliz y placentera de su sexualidad. Hacer educación sexual es educar a la persona con discapacidad intelectual desde la perspectiva de ser una persona sexuada con sus derechos, apoyándonos en sus capacidades y potencialidades, creer en ellos y ayudarles a desarrollar su autonomía todo cuanto podamos... Si no vigilamos el efecto burbuja, podemos frustrarnos con determinadas respuestas que se pueden dar en nuestra sociedad.
- Respecto a tener en cuenta este contexto social, nos podemos encontrar con la paradoja de plantearnos estar educando a las personas en el ámbito de la sexualidad; y sin embargo, que estas personas sigan sin tener ninguna posibilidad real de poder expresar su sexualidad, no disponen de espacios ni tiempos para el encuentro, etc. Debemos tener claro nuestras posibilidades, que estamos ante el comienzo de un largo camino, y que las actitudes cambian con el tiempo, y en el mundo de las discapacidad intelectual han cambiado mucho en muchos aspectos a lo largo de los años, y en esto ocurrirá, pero necesita su tiempo.

Con todas estas barreras y limitaciones pueden asaltarnos dudas acerca de lo que conseguimos realizando programas de educación sexual en los centros. En este sentido debemos tener claro que **SIN DUDA CONSEGUIMOS ALGO:**

- Comentábamos que uno de los problemas subyacentes es la deficiente socialización sexual que tienen las personas con discapacidad intelectual, como intento de protegerles del miedo a lo sexual. Los mecanismos era mediante la negación de la sexualidad, la represión de manifestaciones eróticas y la impermeabilización sobre contenidos sexuales. Mediante un programa de educación sexual, aunque sea rudimentario, comenzamos minando este primer problema, y mejoramos su socializa-

ción sexual. Con ello desactivamos miedos (miedos a lo sexual), hablamos de la sexualidad de las personas con discapacidad psíquica y por tanto RECONOCEMOS que son sexuadas. La represión absoluta se desvanece, aumenta la permeabilización sobre contenidos sexuales, conseguimos reducir la culpabilización de las personas con discapacidad intelectual por sentir y hacer cosas que parecen ocultas, anormales, y que no deben sentir o hacer. Disminuimos la culpabilización de la familia al poder hablar del tema, de sus miedos, hacerles ver que no se han equivocado en la educación y que esas manifestaciones son normales en cualquier persona, aunque tenga discapacidad intelectual. Introducimos la reflexión sobre la intimidad, sobre la necesidad de educar en la intimidad.

- Educar sobre sexualidad refuerza el debate de autonomía frente a protección, debate esencial en todos los aspectos o dimensiones de la vida, debate que si no se afronta claramente, coarta las posibilidades de crecimiento personal de las personas con discapacidad intelectual.



12

MANEJO EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL SEVERA

A la hora de abordar cualquier intervención educativa o de modificación de conducta es imprescindible valorar previamente la situación y la persona; es necesario conocer las capacidades, habilidades y diseñar una intervención ajustada a estas dimensiones. En el manejo de estas conductas y en la educación sexual no es diferente.

Si como hemos visto en los capítulos generales, que en el ámbito de la sexualidad cada persona es diferente, y que no existen normas que se puedan generalizar, sino que aquí lo esencial, lo importante verdaderamente es el individuo... esto cobra aún más importancia y mayor relevancia cuando hablamos de la discapacidad intelectual, ya que de la misma forma cada persona con discapacidad es diferente, con diferentes capacidades, potencialidades y limitaciones. Por tanto, tenemos que tener presente que cualquier plan desarrollado debe tener presente que en el mundo de la discapacidad cada persona es un mundo y más cuando hablamos de la esfera afectivo sexual. En definitiva estamos trabajando con la diversidad y desde la diversidad, para ayudar a desarrollarse dentro de esa diversidad.

En las personas con discapacidad severa tenemos que ser conscientes de que los objetivos deben estar ajustados para evitar frustraciones innecesarias.

En este sentido, debemos tener claro que son personas que dependen mucho más de otras personas y donde la dimensión de la autonomía es muy limitada o inexistente en ocasiones, y la dimensión del cuidado está y debe estar muy desarrollada; debemos por tanto, protegerlos de los riesgos, que sean queridos, acariciados afectivamente y cuidados.

Las posibilidades de que expresen su sexualidad de una forma buscada y deseada es muy limitada. El manejo de las conductas socialmente no aceptadas deben perseguir como objetivo esencial la erradicación de las mismas para facilitar su aceptación, integración y cuidado. En este caso debemos tener en cuenta otro aspecto, la influencia en el resto de usuarios del centro.

Debemos mantener coherencia en el centro a la hora de establecer las normas dentro del centro, aunque pensemos que no se interiorizan, por la influencia sobre los otros usuarios.

Como ejemplo, recordemos el caso de la masturbación en público (ya comentado anteriormente).

Una última reflexión viene del hecho de tener especial cuidado a la hora de evaluar capacidades y potencialidades, y que evitemos ser nosotros los que incrementemos la discapacidad al no darles la oportunidad de aprender y crecer.

Las personas con un grado de discapacidad moderado, podemos plantearnos que pueden existir dificultades para que tengan una sexualidad "normalizada", pudiendo aprender a tener conductas autoeróticas en privado, si así lo desean, controlar deseos y emociones, respetar a los demás y hacerse respetar. La dimensión de la autonomía crece y la de la protección disminuye aunque sigue siendo muy importante.

En grados leves podrían disfrutar de una sexualidad "normalizada", la autonomía tiene su máximo desarrollo, y la protección nunca debería cercenar el desarrollo de su autonomía. En estos casos, donde más podríamos aportar, se produce precisamente el contrasentido de ser la propia sociedad la que cercena su desarrollo personal, impidiendo su crecimiento autónomo y la vivencia de una sexualidad feliz y satisfactoria.



Los Centros Residenciales son un servicio para las personas con discapacidad gravemente afectadas que, careciendo de posibilidades razonables de recuperación profesional, encuentran serias dificultades para conseguir la integración laboral y para ser atendidos en régimen familiar o social. Este servicio tiene como finalidad dar alojamiento, manutención y convivencia a quienes por sus características no puedan permanecer en su hogar.

Estos centros, debido al extenso y generalizado nivel de apoyo que requieren sus residentes, atienden permanentemente a personas que padecen una discapacidad intelectual grave, con o sin trastornos asociados y nula o muy reducida independencia personal. Son centros que desarrollan programas de carácter habilitador, cuyo objetivo básico es prestar a sus residentes una atención integral de modo que alcance el mayor grado posible de autonomía personal y de integración social.

Las peculiaridades que tiene este recurso con relación a los programas de educación sexual y en lo que se refiere a las conductas socialmente no adaptadas, se refieren fundamentalmente a lo que supone residir en el centro, en contacto continuo con los profesionales del centro y con una presencia escasa o nula de apoyo familiar.

Esta situación centra el mundo relacional de estas personas en los profesionales, los compañeros de residencia y los compañeros de los centros de día u otros recursos de tiempo libre a los que pueda acudir.

Los equipos de profesionales, que trabajan con ellos y en muchas ocasiones en largos periodos de tiempo, son los agentes educativos fundamentales en su vida mientras están en la residencia.

De las personas que llegan a la residencia, en la mayoría de los casos se sabe poco en lo que se refiere a su biografía sexual, además es un tema por el que no se pregunta a las familias o a los recursos de los que vienen derivados. Como ya hemos visto en otras situaciones y con otras personas con

discapacidad en situaciones menos graves, la sexualidad no se tiene en cuenta, de su sexualidad no se habla, no se pregunta.

Entonces y según cada persona puede seguir silenciosa, sin manifestar estridencias o irrumpir de forma llamativa, conductas no apropiadas en contextos públicos como pueden ser la masturbación o el desnudo, o palabras o gestos obscenos.

El planteamiento de trabajo en equipo es la clave fundamental de intervención. En ocasiones y al no saber muy bien que hacer, se mira hacia otro lado, y por lo tanto no se ve lo que está ocurriendo o cada uno, e incluso en cada momento, responde según su criterio personal con toda la mejor intención.

Y así y dependiendo de la actitud de los profesionales, ante una misma conducta y en un mismo contexto se puede dejar pasar, se puede castigar, se puede orientar hacia otra situación, se puede culpabilizar a la persona.

Se repite así el esquema de educación sexual "oculta" y no desde un planteamiento explícito, teniendo en cuenta cada persona, su biografía sexual, sus capacidades, sus posibilidades y recursos de relación.

En muchos casos las personas que residen en estos recursos tienen su capacidad de aprendizaje muy reducida, al igual que su comunicación verbal y su capacidad de movimiento y de relación. Pero como ya hemos comentado independientemente de las capacidades son personas sexuadas, con emociones, sentimientos, y con cuerpos que siguen siendo, como en el resto, elementos de relación y capaces de sentir y de expresarse.

Como en otros recursos es fundamental tener en cuenta la realidad, la biografía, las necesidades y las capacidades de cada persona que está en la residencia. Esto supone un planteamiento de trabajo educativo con cada persona y desde el equipo.

En los equipos de profesionales de residencias, es importante tener en cuenta en qué podemos apoyarnos cada uno de nosotros, por una parte los profesionales de atención directa que trabajan en el espacio y tiempo cotidiano, donde hay que ir dando respuestas a las situaciones que surgen. También están los profesionales de apoyo técnico y especializado a estos equipos de atención directa que suponen un apoyo a éstos, fundamentalmente en el trabajo de programación individual en educación sexual, estableciendo protocolos de intervención del equipo con las diferentes personas con las que trabajan.

Por otra parte para los profesionales de atención directa es importante llegar a acuerdos con su equipo, sentirse respaldados en sus intervenciones y poder comunicar sus dificultades e inquietudes.

Dentro de esas programaciones educativas a nivel individual se tendrá en cuenta los mundos de relación fuera del centro (centros de día, acompa-

ñamiento por voluntarios, programas de ocio y tiempo libre...) de cara a establecer formas de coordinación y seguimiento del programa planteado.

Como proceso de trabajo partiremos de la forma de ver del equipo en lo que tiene que ver con la sexualidad de las personas con discapacidad y plantear programas educativos o protocolos de intervención sobre casos concretos que se planteen en el centro. Se trata de establecer criterios comunes para trabajar desde lo individual y desde lo cotidiano en los casos concretos.

En el caso que sea posible es importante trabajar con las familias, con las figuras de referencia, y con otros recursos que estén trabajando con la persona residente.

Según lo que hemos recogido por parte de los profesionales, son necesarios programas de educación sexual. Por una parte están los temores y las dudas de las familias a la hora de abordar este tema. La sexualidad en muchas ocasiones se entiende como genitalidad y si esta conducta no es posible por la situación de la persona, se desentienden de este aspecto. Como mucho se les permite, jamás se les propicia, es difícil ver una sexualidad bien llevada. Como dificultad se plantea “enseñar” algo que no se puede intelectualizar. Es importante no separar la afectividad de la sexualidad y tener en cuenta la relación afectiva, las emociones y los sentidos como fuente de placer y de bienestar.

“No tienen una información sexual. Aprendieron mucha represión. Es una sexualidad incompleta, desinhibida, fuera de lugar, se les prohíbe y se les niega. También está mediatizada por carencias motoras, intelectuales y de otro tipo. Se produce un desconocimiento impuesto, como una ignorancia de si mismo y de la sexualidad.”

“Las personas que están en la residencia expresan su sexualidad tal y como la sienten, no tienen pudor, está solapado y no saben como expresarla de otra manera, y los profesionales acaban por entenderlo hay otros que ni se acercan. Están las dos partes. Falta de conexión.”

Las dificultades que se plantean en este contexto tienen que ver con:

- Comunicación. Dificultad para transmitir sus necesidades y para entender lo que demandan.
- Todo lo hacen comunitario. Falta de privacidad. Falta de intimidad.
- Carencia de educación. No tienen pautas. Falta de modelos.
- Mundo de relaciones limitado y no escogido. Aislamiento social.
- Represión desde la infancia.
- Se les ve como asexuados.

- Provocan permanentemente.
- Como educadores se carecen de programas para trabajar estos temas y ser efectivos.
- Dificultad para sistematizar.
- Las actitudes y mentalidad de los profesionales en este tema.
- Actuaciones libres de los profesionales siguiendo criterios personales.

Las necesidades que estas personas tienen son las mismas que todas las personas, cada uno las suyas, con diferencias según los grados. Por otra parte necesitan una información comprensible y adaptada a su realidad.

El ampliar su mundo de relación y favorecer la expresión de su sexualidad desde sus propios códigos.

El papel de los profesionales no difiere al resto de los profesionales que trabajan con personas con discapacidad en cuanto han de trabajar desde un apoyo no paternalista, y si de forma profesional, favoreciendo un clima de convivencia con el equipo y ellos, donde las personas se sientan a gusto. Se trata de observar y comprender como es la expresión de cada persona y orientar la intervención. El que las pautas sean consensuadas y claras ayudará a cumplirlas y a que los profesionales se sientan más apoyados en su intervención.



1. Consejería de Vivienda y Bienestar Social del Principado de Asturias

Alférez Provisional, s/n
33005 Oviedo

2. Centros de Orientación Familiar de Asturias

Estos centros ofrecen servicios de planificación familiar y prevención de enfermedades de transmisión sexual.

a) Centro de Orientación Familiar de Oviedo

Centro de Salud de La Eria

Alejandro Casona, s/n

Tel.: 985 96 65 41

Horario de Atención: 8:00 a 15:00 horas, de lunes a viernes (excepto festivos).

b) Centro de Orientación Familiar de Gijón

Trinidad, 6, 1º dcha.

33201 Gijón

Tel.: 985 17 50 45

Horario de Atención: 8:00 a 15:00 horas, de lunes a viernes (excepto festivos).

c) Centro de Orientación Familiar de Langreo

Ambulatorio Valle del Nalón

Soto Torres, 7

33900 Langreo

Tel.: 985 67 70 67

Horario de Atención: 8:00 a 15:00 horas, de lunes a viernes (excepto festivos).

- d) Centro de Orientación Familiar de Mieres
Ambulatorio de Mieres Norte
Pérez de Ayala, 25
33600 Mieres
Tel.: 985 45 86 11
Horario de Atención: 8:00 a 15:00 horas, de lunes a viernes (excepto festivos).
- e) Centro de Orientación Familiar de Avilés
Centro de Salud El Quirinal.
El Fuero, 18, 1º Planta
33400 Avilés.
Tel.: 985 12 85 08
Horario de Atención: 8:00 a 15:00 horas, de lunes a viernes (excepto festivos).

En las áreas sanitarias donde no existe Centro de Orientación Familiar la planificación familiar la llevan de forma conjunta y coordinada los Centros de Salud y los Hospitales. En este caso debemos acudir a nuestro médico de cabecera el cual nos ofertará el servicio o nos derivará si fuese preciso.

3. Programa de Contracepción de Emergencia de Asturias

El Servicio de Salud del Principado de Asturias dispensa de forma gratuita la contracepción de emergencia mediante la administración de levonorgestrel (conocida popularmente como "píldora postcoital o del día después).

La dispensación de la citada píldora se realiza en los siguientes lugares:

- Red de Atención Primaria (Centros de Salud de Asturias).
- Centros de Orientación Familiar de Oviedo, Gijón, Avilés, Mieres y Sama de Langreo.
- Urgencias de los Hospitales de Jarrío, Cangas del Narcea y Arriondas.

Es imprescindible recordar que la eficacia como método contraceptivo de este tratamiento se ve influido por el tiempo transcurrido tras la relación sexual, siendo máximo hasta las 24 horas y disminuyendo progresivamente hasta las 72 horas. A partir de ese momento la eficacia es muy baja y por tanto se recomienda acudir en las primeras 72 horas tras el coito.

4. Centros de Salud Mental de Asturias

Existen numerosos centros repartidos a lo largo de toda la geografía del Principado. La localización del que nos corresponde la podemos hacer a través de nuestro médico de cabecera, el cual nos derivará al centro de salud mental de referencia que nos corresponda en caso de estimarlo necesario. Estos centros pueden ser de utilidad en el manejo de algunas situaciones.

5. Unidades de Infecciones de Transmisión Sexual

- a) Unidad de Infecciones de Transmisión Sexual de Oviedo.
Hospital Monte Naranco.
Avda. Doctores Vega, 107
33210 Oviedo
Tel.: 985 10 69 00
- b) Unidad de Infecciones de Transmisión Sexual de Gijón.
Ambulatorio de Pumarín.
Orán, 18
33210 Gijón
Tel.: 985 38 92 88 / 985 38 90 81

6. Centros Asesores de la Mujer en Asturias

- a) Centro Asesor de la Mujer en Aller y Lena
Avda. Constitución, 1
33686 Cabañaquinta
Tel.: 985 49 40 77
- b) Centro Asesor de la Mujer en Avilés, Castrillón, Corvera, Gozón e Illas
La Cámara, 23, 2ª planta.
33401 Avilés
Tel.: 985 52 75 46
- c) Centro Asesor de la Mujer en Cangas del Narcea, Degaña, Ibias y Tineo
Plaza Conde Toreno s/n
33800 Cangas del Narcea
Tel. 985 81 38 12
- d) Centro Asesor de la Mujer en Gijón y Carreño
Cangas Argüelles, 16-18
(Parque de la Fábrica del Gas)
33202 Gijón
Tel.: 985 18 16 29

- e) Centro Asesor de la Mujer de la Mancomunidad de la Sidra (Concejos de Bimenes, Cabranes, Colunga, Nava, Sariego y Villaviciosa)
Carretera Nava-Villaviciosa.
Escuela de Paraes s/n
33520 Nava
Tel.: 985 71 84 13
- f) Centro Asesor de la Mujer de la Mancomunidad de las Cinco Villas (Concejos de Muros del Nalón, Pravia, Salas y Soto del Barco)
Centro Municipal de Servicios Sociales.
Avda. de Prahúa, 8 bajo
33120 Pravia
Tel.: 985 82 20 20
- g) Centro Asesor de la Mujer de la Mancomunidad de los Valles del Trubia. (Concejos de Proaza, Quirós, Santo Adriano y Teverga, Grado y Yernes y Tameza)
Caranga de Abajo s/n
33114 Proaza
Tel.: 985 76 15 34 / 619 37 47 26
- h) Centro Asesor de la Mujer de la Mancomunidad del Oriente de Asturias (Concejos de Amieva, Cabrales, Cangas de Onís, Caravia, Llanes, Onís, Parres, Peñamellera Alta, Peñamellera Baja, Piloña, Ribadedeva y Ribadesella)
Covadonga, 9, 2º
33530 Infiesto
Tel.: 985 71 11 87
- i) Centro Asesor de la Mujer en Langreo
Celestino Cabeza, 3
33930 Langreo
Tel.: 985 67 30 41
- j) Centro Asesor de la Mujer en Laviana (Concejos de Caso, Laviana, Sobrescobio y San Martín del Rey Aurelio)
Centro de Innovación y Desarrollo del Alto Nalón.
Joaquín Iglesias, 1
33980 Pola de Laviana.
Tel.: 985 60 25 25 / 985 67 03 51 (Sotrondio)
- k) Centro Asesor de la Mujer en Mieres (Concejos de Mieres, Morcín y Riosa)
Jerónimo Ibrán, 19 bajo
33600 Mieres
Tel.: 985 46 39 53

- l) Centro Asesor de la Mujer en Oviedo (Concejos de Las Regueras, Llanera, Oviedo y Ribera de Arriba)
Río Nalón, 37
33010 Oviedo
Tel.: 985 11 55 54 / 984 08 39 02
- m) Centro Asesor de la Mujer en Siero (Concejos de Siero y Noreña)
Natividad García Bustelo, s/n
33510 Pola de Siero
Tel.: 985 72 46 28
- n) Centro Asesor de la Mujer en Valdés (Concejos de Boal, Coaña, Illano, Navia, Valdés y Villayón)
Pilarín, 2, 1º
33700 Luarca
Tel.: 985 47 01 76
- o) Centro Asesor de la Mujer en Vegadeo (Concejos de Castropol, El Franco, Grandas de Salime, Pesoz, San Martín de Oscos, San Tirso de Abres, Santa Eulalia de Oscos, Tapia de Casariego, Taramundi, Vegadeo y Villanueva de Oscos)
Plaza del Ayuntamiento de Vegadeo, s/n
33770 Vegadeo
Tel.: 985 47 64 61

7. Oficina de Asistencia a las Víctimas de Delitos violentos y contra la libertad sexual

Llamaquique, s/n
Edificio Juzgados
Oviedo
Tel.: 985 23 96 57

8. Asociaciones

- a) Federación de Asociaciones para la Integración de las Personas con discapacidad intelectual del Principado de Asturias (FEAPS Asturias)
Foncalada, 5, Bajo Izda.
332002 Oviedo
Tel.: 985 241 802 / 985 207 502
- b) XEGA. Xente Gai Astur
Gascona, 12, 3º
Oviedo
Tel.: 985 22 40 29

Pablo Iglesias, 83, Entlo. Dcha.
Gijón
Tel.: 985 37 33 21

9. Recursos Privados

- a) Clínica Gineastur
Escultor Flojeras, 11, chalet
Oviedo
Tel.: 985 2739 17
Servicios: Planificación familiar, Interrupción voluntaria del embarazo.
- b) Clínica Buenavista
Avda. de Buenavista, 6, bajo
Oviedo
Tel.: 985 24 42 63
Servicios: Planificación familiar, Interrupción voluntaria del embarazo.
- c) Belladona
Avda. Constitución, 32, Entlo.
Gijón
Tel.: 985 35 15 76 / 985 34 78 17
Carreño Miranda, 11, 2º Izda.
Avilés
Tel.: 985 52 03 48
Servicios: Planificación familiar, Interrupción voluntaria del embarazo.
- d) Centro Ginecológico Sirona
Puerto de la Cubilla, 16, bajo
Gijón
Tel.: 985 15 42 11
Servicios: Planificación familiar, Interrupción voluntaria del embarazo.

Debemos recordar que en el caso de necesitar información sobre interrupción voluntaria del embarazo, pueden informarla perfectamente los Trabajadores Sociales de los Centros de Salud y de los Servicios Sociales Municipales.

10. Algunas direcciones de internet

- a) Confederación Española de Organizaciones a favor de las Personas con Discapacidad Intelectual (FEAPS).
www.feaps.org

- b) Confederación Española de Federaciones y Asociaciones de Atención a Personas con Parálisis Cerebral y Afines.
www.aspace.org
- c) Federación Española del Síndrome de Down.
www.sindromedown.net
- d) Red de Mujeres con discapacidad.
www.redmcd.org
- e) Sociedad y Discapacidad.
www.discapacidad.org
- f) American Association on Mental Retardation.
www.aamr.org
- g) Organización The Arc (Estados Unidos).
www.thearc.org
- h) Le portail du handicap mental (Francia)
www.unapei.org
- i) Mencap (Reino Unido).
www.mencap.org.uk
- j) Do2learn (juegos, canciones, tarjetas de comunicación, recursos para pintar para necesidades educativas especiales).
www.dotolearn.com
- k) Mercado de empleo para personas con discapacidad.
www.mercadis.com
- l) Turismo accesible.
www.portalturismoaccesible.org
- m) Mutualidad Minusválidos Psíquicos. MUTUALMIN.
www.mutualmin.com
- n) Asociación FEAPS para el Empleo (AFEM)
www.ceeafem.org
- o) Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad.
www.cermi.es
- p) The European Association of Persons with intellectual Disability and their families.
www.inclusion-europe.org
- q) Inclusión Internacional
www.inclusion-international.org
- r) Fundación ONCE
www.fundaciononce.org

- s) Servicio de Información sobre Discapacidad.
<http://sid.usal.es/>
- t) Centro de Documentación sobre Discapacidad.
www.cedd.net/index.jsp
- u) Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
www.mtas.es
- v) IMSERSO
www.seg-social.es/imserso/
- w) Real Patronato sobre Discapacidad.
www.rpd.es
- x) Ministerio de educación y Ciencia
www.mec.es
- y) INEM
www.inem.es
- z) Seguridad Social.
www.seg-social.es



1. Buckman, R.; Korsch, B. y Baile, W. *A practical guide to communication Skills in Clinical Practice*. Toronto: Medical Audiovisual Communications Inc, 1998.
2. López Sánchez, F. *Sexo y afecto en personas con discapacidad*. Madrid: Biblioteca Nueva, 2002.
3. Verdugo Alonso, M.A. *Personas con discapacidad. Perspectivas psicopedagógicas y rehabilitadoras*. Madrid: Siglo XXI Editores, 1995.
4. Verdugo Alonso, M.A. *Programa de Habilidades Sociales*. Salamanca: Amarú Ediciones, 1997.
5. Alonso Elizo, J.; Brugos Salas, V.; González García, J.M. y Montenegro Hermida, M. *El respeto a la diferencia por orientación sexual. Homosexualidad y lesbianismo en el aula*. Gijón: Xente Gai Astur, 2002.
6. De la Cruz Martín-Romo, C. *Educación Sexual de personas con parálisis cerebral y afines* (Plan de formación continua). Madrid: ASPACE, 2004.
7. Rathus, S.A.; Nevid, J.S.; Fichner-Rathus, L. *Sexualidad Humana*. Madrid: Pearson. Prentice Hall, 2005.
8. García Ruíz, M.; Dios del Valle, R. editores. *Discapacidad Psíquica y Educación Sexual*. Gijón: Federación de Asociaciones Pro-personas con discapacidad psíquica de Asturias, 2002.

9. Masters, W.H. y Johnson, V.E. *Incompatibilidad Sexual Humana*. Buenos Aires: Intermedia editorial, 1981.
10. Harnalote, A. *Redada de Violetas. La represión de los homosexuales durante el franquismo*. Madrid: La esfera de los libros S.L., 2003.
11. Instituto Valenciano de la Atención a los discapacitados. *Privacidad, intimidad y salud sexual de las personas con discapacidad intelectual*. Valencia, 2004.
12. Caballo, V.E. *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. Madrid: Siglo XXI Editores, 1998.
13. Borges Casteló, T.; Ruíz Schiavo, M. y Jurberg, P. *Sexualidade da pessoa com síndrome de Down*. Revista Saúde Pública 2003; 37 (1):32-9.
14. World Association for Sexual Health. *Declaración de los Derechos Sexuales*.
http://www.worldsexology.org/about_sexualrights.asp
15. Organización Panamericana de Salud, Organización Mundial de la Salud. *Declaración de Montreal sobre la discapacidad intelectual*.
http://www.declaracionmontreal.com/docs/declaration_espanol.pdf
16. Confederación Española de Organizaciones a favor de las personas con discapacidad intelectual. *Código Ético*.
http://www.feaps.org/confederacion/documentos/codigo_etico.pdf
17. Villa, L.F. *MEDIMECUM. Guía de terapia farmacológica*. Madrid: Adis International Ltd, 2004.
18. López de Castro, F. y Lombardía Prieto, J. *Novedades e anticoncepción hormonal*. Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud 2005; 29 (3): 57-68.
19. García Ruíz, M. *Educación Sexual y Mediación*. Oviedo: Consejo de la Juventud del Principado de Asturias, 2004.
20. *Guía de actuación en anticoncepción de emergencia*. Sociedad Española de Contracepción.
<http://www.sec.es/publicaciones/guiaanticon/guia.html>

21. *Anticonceptivos hoy*. Organon.
<http://www.anticonceptivos hoy.com/anticonceptivos/index.asp>
22. *Interrupción voluntaria del embarazo*. Comunidad de Madrid. http://www.madrid.org/guia_servicios_sanidad/cap04/interrump_embarazo.htm
23. *Interrupción voluntaria del embarazo*. Ministerio de Sanidad y Consumo. <http://www.msc.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/embarazo/home.htm>

