

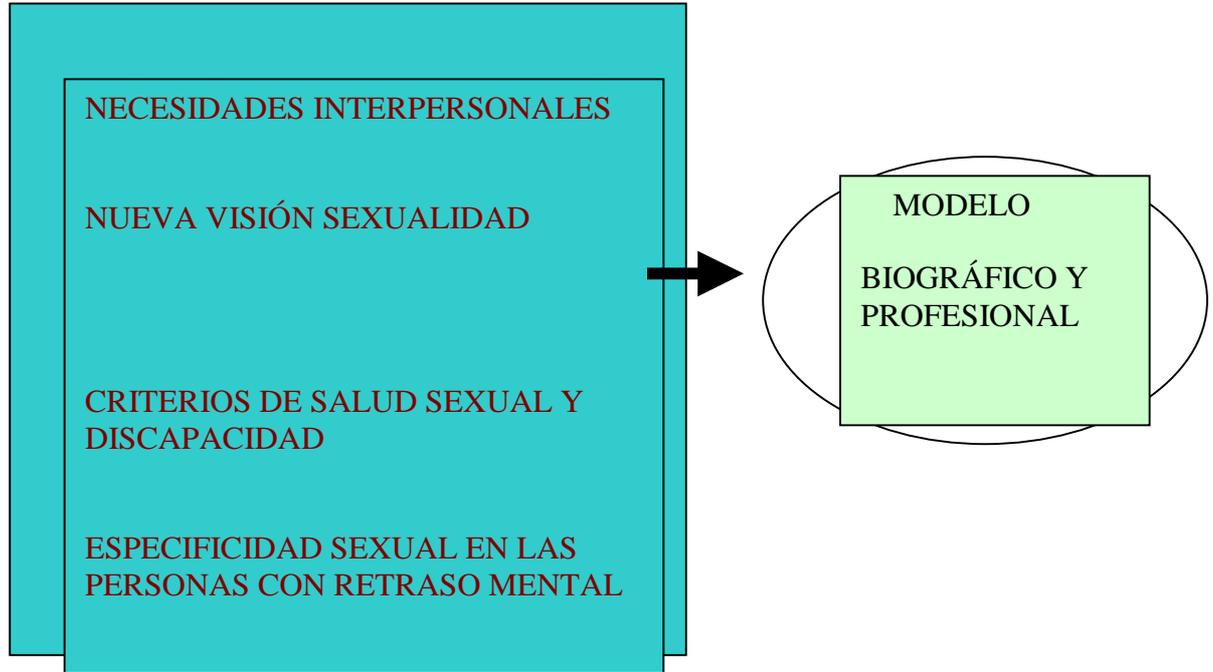
EDUCACION SEXUAL Y DISCAPACIDAD

***Félix López Sánchez.
Catedrático de Psicología de la Sexualidad.
Universidad de Salamanca.***

INTRODUCCIÓN

Proponemos un modelo de intervención que intenta respetar y partir de la biografía de cada persona discapacitada (biografía en la que incluimos su realidad familiar y las características del centro escolar, especial o ocupacional, donde vaya) para, desde un punto de vista profesional, ofrecerle posibilidades de resolver sus necesidades interpersonales, y también, si fuera su decisión, las de intimidad sexual. llamaremos a este modelo, biográfico profesional.

Para ello nos parece fundamental, como refleja el gráfico, reconocer las necesidades interpersonales de las personas discapacitadas, hacer un nuevo discurso sobre la sexualidad, tener en cuenta las dificultades para aplicar los criterios de salud sexual en estas personas y finalmente, reconocer la especificidad de la sexualidad en los discapacitados. hemos tratado estos aspectos en otras publicaciones (Félix López (2000) sexualidad y retraso mental, master de integración Universidad de Salamanca).



Además de este planteamiento general es necesario superar numerosas falsas creencias concretas sobre la sexualidad de los discapacitados. Entre ellas destacamos las siguientes:

- Las personas con retraso mental son asexuadas.
- Las personas con retraso mental son como niños, también sexualmente.
- Las personas con retraso mental no resultan atractivas sexualmente para otras personas.
- No debe despertarse su interés sexual, ya que son inocentes.
- El coito es la conducta sexual más importante.
- La actividad sexual es para tener hijos.
- Sólo los casados tienen derecho a la actividad sexual.
- Las personas con retraso mental en ningún caso conviene que formen pareja y menos aún que tengan hijos.
- Las chicas retrasadas no tienen intereses sexuales.
- Todas las personas con retraso mental tienen o desean tener las mismas conductas sexuales.

Frente a estas falsas creencias somos partidarios de formular algunos derechos fundamentales de los discapacitados que afectan a su seguridad y a su bienestar interpersonal y sexual:

- Derecho a la propiedad de su cuerpo.
- Derecho a tener una privacidad e intimidad.
- Derecho a recibir información y ayuda en el campo de la sexualidad.
- Derecho a relacionarse con iguales y a las manifestaciones sexuales propias de su edad.
- Derecho a explorar su cuerpo y descubrir sus posibilidades de placer sexual.

Y si tienen capacidad para ello, con ayuda de los tutores, otros derechos fundamentales:

- Derecho a mantener relaciones sexuales coitales o no coitales.
- Derecho a formar pareja.
- Derecho a elegir el estado civil que más le convenga.
- Derecho a tener o no prole.

Estos derechos relacionados con la sexualidad, podrán ser activados o no por la propia persona retrasada, pero deben ser, en todo caso, promovidos por los tutores en la medida que sea posible su consecución, salvaguardando la ley, y teniendo en cuenta, en cuanto tutores, que comparten la responsabilidad sobre las consecuencias que su ejercicio conlleve.

1.- SEXUALIDAD Y PERSONAS CON DISCAPACIDAD.

Es indudable que la vida sexual de las personas discapacitadas tiene una especificidad, bien en sí misma, bien por las condiciones en que pueden vivirla.

Cada discapacidad supone una cierta especificidad en la forma de vivir la sexualidad, cada discapacitado y cada contexto familiar y social también. Por ello, la

más general que se puede decir sobre este tema es que los discapacitados tienen posibilidades y formas muy diferentes de vivir la sexualidad.

1.1.- Retraso mental: cada persona es diferente.

El retraso mental, como es sabido, con independencia del modelo teórico con que lo expliquemos -orgánico, evolutivo, conductual, cognitivo, etc.-, supone un retraso mental y un déficit, que normalmente afecta de una u otra forma al funcionamiento cognitivo, emocional y comportamental.

Este déficit, explicado en otras partes de este módulo y de otros, acaba teniendo influencia importante en la forma en que viven y pueden vivir, incluso en el mejor de los casos, su sexualidad y las relaciones de pareja.

No es tanto que su sexualidad, desde el punto de vista fisiológico, tenga una especificidad definida, como que sus capacidades mentales, sus características emocionales y su historia de comportamientos condicionan de una u otra forma la sexualidad.

En realidad, debe hacerse un análisis caso a caso, porque aun con el mismo nivel de discapacidad pueden tener una vida sexual diferente. En general, los “ligeros” pueden llegar a tener una sexualidad muy “normalizada”, incluyendo, en los casos que lo deseen y tengan oportunidad de tener la familia y el entorno adecuado, una relación de pareja, formalizada o no con el matrimonio. Algunos de ellos pueden formar una familia y tener hijos, aunque es frecuente que necesiten ayudas para la adecuada educación de éstos, como tantos otros padres, por otra parte. Las personas con un retraso ligero tienen gran capacidad para aprender los contenidos básicos de la educación sexual y llegar a protegerse de las prácticas de riesgo. Es verdad que tienen más limitaciones en estos aprendizajes (por ejemplo, cuando deben generalizar, planificar el futuro, evitar los contagios y no sólo el embarazo, autoprotegerse, etc.), pero no hemos de olvidar que nuestros programas educativos fracasan también con cierta frecuencia en las personas supuestamente “normales”.

Los "moderados", especialmente en el intervalo bajo, tienen más dificultades para tener una sexualidad normalizada, debiendo aprender a tener, si es su deseo, conductas autoeróticas en privado, controlar sus deseos y emociones, también los

sexuales, respetando a los demás y haciéndose respetar. Son mucho más vulnerables al hecho de sufrir abusos y a cometerlos, tienen grandes dificultades para evitar las prácticas sexuales de riesgo, no les es fácil establecer relaciones de pareja y mantenerlas, etc. Por ello, conviene que vivan en ambientes protegidos: la familia, el centro de educación especial o la escuela de integración, el club de ocio, etc. Aún ellos pueden aprender, al menos en cierto grado, muchas cosas sobre la sexualidad: respetar a los demás, masturbarse en privado, no abusar y no permitir ser abusados, etc. En este caso, es importante concederles el beneficio de la duda e intentar que aprendan aquello de lo que no estamos seguros, pero es posible.

Los "profundos" dependen aún más de los demás en todos los sentidos. En este caso se puede decir con toda propiedad que dependen de los demás, de tal forma que su sexualidad es la que ellos busquen, deseen, puedan, pero, sobre todo, la que los padres, educadores y la sociedad nos podamos permitir que tengan. En todo caso, es fundamental que estén protegidos.

Las dudas en este caso atenazan con frecuencia a padres y profesionales. Por ejemplo, con frecuencia se plantean cuestiones tan difíciles como ésta: si intenta masturbarse y no lo hace bien, no lo consigue, se hace daño, etc. ¿qué podemos hacer?. Es fundamental comprender que la respuesta a esta pregunta es más actitudinal y cultural, que técnica.

En esta y otras preguntas, las ideas, creencias y actitudes de los padres -en cuanto tutores- merecen todo el respeto y atención, como hacemos a través del modelo biográfico.

En todo caso, es necesario tener en cuenta que cada persona, familia, centro educativo y sociedad pueden encontrar respuestas diferentes. Aceptar el punto de partida -biografías- e intentar ayudar a que las personas con retraso mental, cada una de ellas, resuelvan lo mejor posible sus necesidades, consiguiendo el mayor grado de bienestar, es la función de los profesionales. Y no olvidemos que cada persona es diferente, como lo somos cada una de los que la sociedad considera como "normalizadas".

1.1.1.- Dificultades o factores que condicionan la satisfacción de las necesidades afectivas y sexuales en personas con retraso mental.

Aunque cada persona sea diferente y haya niveles de retraso mental más o menos consensuados, todas ellas comparten en uno u otro grado algunas características que le dan especificidad.

- Dificultades para acceder a contextos normalizados.

- Carencia de un entorno normalizado. Con frecuencia no tiene oportunidades para relacionarse con iguales en situaciones normalizadas, limitando su vida al contexto familiar y al contexto de un centro especial.

Por ello las condiciones de socialización en general, y, sobre todo, sexual, son carenciales.

De hecho, algunos estudios reflejan que estos niños tienen menos juegos sexuales prepuberales de imitación, exploración, seducción, caricias, intentos de coito, etc.

La explicación de este hecho parece ser fácil: tienen menos oportunidad de interactuar con los iguales, especialmente en situaciones en las que no estén vigilados. Es necesario decir en este sentido que muchos de ellos aprenden pronto que estos juegos no son deseados por los adultos.

- Sobreprotección de la familia. Las familias, con la mejor de las intenciones, suelen sobreproteger a estos hijos y minusvalorar sus posibilidades de relación. Dicha sobreprotección suele provocar un empobrecimiento del entorno y, lo que no es menos importante, un control mucho mayor de las conductas, especialmente las que se consideran peligrosas, como las sexuales.

- Ausencia de espacios y tiempos privados, íntimos, en los que puedan tener determinadas conductas sexuales autoeróticas o con los iguales. No solamente tienen un entorno pobre en el que son muy controlados, sino que carecen, en muchos casos, de tiempos y espacios de intimidad, con lo que su sexualidad, si lo es, debe ser pública. Con ello le quedan dos posibilidades: la represión o el escándalo.

- Las dificultades objetivas y sociales -resistencias de la familia y de la sociedad-, pueden hacer difícil o imposible la formación de parejas y todo lo que ello implica.

- Negación de educación y ayuda.

- Negación de la educación sexual. A muchas de estas personas se les niega información sexual que pueden entender y se las supone incapaces de tener cualquier tipo de relaciones sexuales y de pareja. Por ello no son informadas, no son educadas en un sentido positivo -recibiendo únicamente mensajes negativos sobre la sexualidad- y no se le ofrecen o dan ayudas específicas.

- Los modelos de observación -sus padres, otros adultos e iguales y, sobre todo, los que aparecen en la televisión-, junto con la falta de educación sexual les lleva con frecuencia a tener expectativas no realistas, especialmente en relación con la pareja. No tienen la oportunidad de observar modelos cercanos que pudieran servirles.

- Déficit cognitivos, emocionales y conductuales.

- Deficiencias cognitivas, como la dificultad mayor para generalizar, hacer aprendizajes flexibles, planificar el futuro, procesar la información, etc., hacen sus aprendizajes más lentos, más erróneos y más deficitarios.

- Deficiencias objetivas en las habilidades interpersonales y sociales, acrecentadas por una falta de promoción de éstas, pueden llevar a estas personas a conductas afectivas y sexuales inadecuadas, por defecto o por exceso. Saber decir sí y decir no, presentar quejas, piropear, citarse y tantas otras habilidades interpersonales pueden estar limitadas.

- Algunas características de personalidad, como la más frecuente labilidad emocional, baja autoestima, dependencia de los demás -lugar de control externo-, pueden ser en buena medida resultado o factor condicionante. La concomitancia mayor del retraso mental con dificultades mentales y problemas conductuales hace que, por ejemplo, numerosos discapacitados psíquicos estén en cárceles o centros muy especiales, en cuyo caso todo lo que acabamos de decir se multiplica por el efecto devastador de estas instituciones.

- Los efectos de los medicamentos sobre las emociones y la sexualidad.

Por unas u otras razones suelen tomar más medicamentos que la población “normalizada”, sin que se tenga en cuenta su posible efecto sobre la sexualidad.

- Mayor vulnerabilidad a los abusos, el acoso y la violación.

Las razones de la mayor vulnerabilidad son muy numerosas. Vale la pena exponerlas, comentarlas y, sobre todo, tener en cuenta la necesidad de que estos chicos y chicas estén protegidos y aprendan, si es posible, a defenderse de este riesgo.

Hay numerosas falsas creencias que favorecen el que sufran abusos. Entre ellas destacamos:

.Estas personas no son atractivas, por ello no sufren agresiones sexuales.

.Los abusos son un problema muy difícil, nada se puede hacer salvo sobreprotegerlos.

.No comprenden o no sienten el daño, por lo que es menos grave.

.No pueden aprender nada sobre el tema.

- Tienen menor poder de autonomía, dependen más de los demás en la organización de los contextos y actividades. Casi siempre están con otras personas de las que depende el que estén seguras o sufran abusos: familiares, amigos, vecinos, educadores y otros profesionales.

- Tienen menos capacidad de discriminación de lo que intenta el agresor, de forma que son más fácilmente engañados, manipulados, etc. Les es más difícil conocer las verdaderas motivaciones de los adultos, discriminar las situaciones y las propias conductas abusivas. Diferenciar un contacto apropiado de uno inapropiado puede serles extremadamente difícil, especialmente si el agresor les intenta confundir.

- Tienen menos capacidad de defensa, de decir NO cuando no les gusta y, sobre todo, de decirlo con eficacia. Los abusadores suelen usar estrategias con las que sorprenden, engañan, seducen y finalmente les amenazan.

- Se les ha educado para depender y confiar en los adultos, especialmente en el caso de los padres, educadores y otros adultos que entran en contacto con ellos.

- Se les educa y aprenden que tienen que obedecer a los adultos con formas de disciplina autoritaria -sin explicación de la norma- o de chantaje emocional -amenazando con retirarle el amor o los cuidados-.

- Tienen la curiosidad típica de las personas que no reciben información sobre sexualidad y que tienen que descubrirlo a tientas: una curiosidad más ingenua, que conlleva más dificultades para discriminar los límites de la propia curiosidad.

- Normalmente no han recibido formación e ignoran casi todo sobre la sexualidad, por lo que durante un tiempo es más probable que no sepan lo que está pasando, cuando se inicia un abuso. Así se les condena a la ignorancia o al aprendizaje viciado a través de los propios abusadores.

Por ello puede que no lleguen a etiquetar un abuso sexual como abuso, o tarden en hacerlo, no lo denuncien e incluso lo lleguen a considerar como una conducta positiva hacia ellos.

- Los abusos se presentan con mucha frecuencia en un contexto de “afecto”, ofreciéndole el agresor atención, cariño, comprensión, premios de diferente tipo e incluso placer. Este contexto en la relación de abuso, especialmente si se trata de personas con carencias afectivas, puede llevarles a colaborar con el agresor, que perciben como amigo.

- Los agresores consideran a las personas con retraso mental más fáciles e interesantes. Una asociación de agresores aconsejaba a sus afiliados buscar menores con Síndrome de Down porque:

- .Son muy afectuosos.

- .Son fáciles de manejar.

- .No denuncian o no les creen.

- Numerosas personas tienen acceso directo a su cuerpo para ayudarles a unas cosas u otras. Por eso están muy acostumbrados a que los demás accedan a su intimidad.

En el siguiente cuadro se reseña cuantas personas suelen tener acceso al cuerpo de un menor “normalizado”, y cuantas al de una persona con retraso mental, especialmente si éste es importante y va acompañado de otras discapacidades:

PERSONAS CON ACCESO AL CUERPO

UN MENOR SIN DISCAPACIDAD

- Madre
- Padre
- Hermanos
- Otros familiares
- Profesor cuidador _en infantil-
- Profesor de deportes
- Compañero
- Médicos y sanitarios

UN MENOR CON DISCAPACIDAD

- Madre
- Padre
- Hermanos
- Otros familiares .
- Profesor cuidador _en infantil-
- Profesor de deportes .
- Compañero
- Médicos y sanitarios .
- Fisioterapeuta .
- Terapeuta ocupacional .
- Cuidadoras .
- Trabajador social .
- Logopeda .
- Psicólogo
- Conductores-Cuidadores autobús
- Diferentes especialistas .

- No sabemos cuál es la frecuencia real de los abusos, pero los pocos estudios que hay señalan que la frecuencia de los abusos es mucho mayor en las personas con retraso mental. Por tanto, cabe esperar que, si en la población normalizada hay una prevalencia del 23% en las chicas, y del 15% en los chicos menores de 17 años (López y Otros, 1994), en las personas con retraso mental la frecuencia será mayor. Algunos autores duplican esta prevalencia (Brigg, 1995).

- Prácticas de riesgo.

Dada la falta de información sexual y la dificultad mayor de estas personas para manejar con éxito estas informaciones, puede darse por seguro que si llegan a tener relaciones coitales tienen mucho más riesgo de embarazos no deseados y otros riesgos vinculados a la actividad sexual, si no se tienen prácticas seguras.

En efecto, las personas con retraso mental suelen tener menor información, menor conciencia de riesgo y menor capacidad para tener prácticas seguras, tanto por la falta de informaciones y ayudas, como por su propia deficiencia.

Las estadísticas en este caso o no existen o son muy parciales, porque las familias suelen tomar decisiones -de abortar, por ejemplo- sin que los casos acaben entrando en redes de información públicas.

Un problema nuevo al del embarazo y al de las enfermedades clásicas de transmisión sexual, es el del SIDA. En cada país las formas de contagio siguen cauces en parte comunes y en parte diferentes. Por ejemplo, en España este problema sigue muy asociado al uso de drogas y es muy raro en personas con retraso mental. Raro no significa que no conozcamos ya algunos casos de personas con retraso mental contagiadas. Además, especialmente en la medida en que se tengan actitudes más abiertas y tolerantes, personas con este problema pueden involucrarse en actividades sexuales de riesgo, por ejemplo, usando servicios de prostitución en los que no se tomen estos cuidados. También personas con retraso mental pueden sufrir abusos por parte de personas infectadas.

Menos raro es el contagio de hepatitis, un problema preocupante en algunas residencias de educación especial.

1.1.2.- Discapacitados físicos.

Más variabilidad encontramos aún en los discapacitados físicos, porque cada discapacidad condiciona de una u otra forma la forma de vivir la sexualidad, tanto en cuanto a la formación de parejas, como en cuanto a su mantenimiento y a las posibilidades de actividad coital o a la propia reproducción. Poco tiene que ver, por ejemplo, un invidente con un lesionado medular.

Si la discapacidad física no va acompañada de discapacidad psíquica, como ocurre en muchos casos, tiene, sin embargo, algo muy importante en común: su capacidad mental para aplicar los criterios de salud sexual es similar a la del resto de la población, por lo que el problema se reduce a que se acepten sus decisiones (especialmente por el contexto más cercano) y se le presten las ayudas sociales y técnicas que pudiera precisar. La especificidad en este caso es, por tanto, completamente distinta, y las ayudas que necesita también, dado que se trata únicamente, en el sentido estricto del término, de "ayudarle a lo que quiera y no pueda por sí mismo". Por eso en este artículo nos centramos en los discapacitados psíquicos.

2.- OBJETIVOS DE LA EDUCACION SEXUAL Y MODELO DE INTERVENCION

2.1.- Personas con retraso mental.

2.1.1.- Fundamentación de la necesidad de educación sexual.

Hasta tiempos recientes, las personas con retraso mental eran aisladas y ocultadas socialmente y, por supuesto, no se consideraba que tuvieran derechos afectivos y sexuales. Incluso hoy son muchas las personas que tienen actitudes y creencias contrarias a que se les reconozcan derechos afectivos y sexuales. No es infrecuente que los padres tengan como ideal para sus hijos con retraso mental el que no se interesen por la sexualidad. De hecho, uno de los temores más reiterados es el miedo a que sea despertado su interés sexual.

Sin embargo, son muchas las razones que justifican la necesidad de educación afectiva y sexual en estas personas:

a.- En primer lugar, es necesario tener en cuenta que tienen las mismas necesidades interpersonales ya comentadas: vínculos afectivos incondicionales, red de relaciones sociales e intimidad corporal y sexual

b.- De hecho, a pesar de la frecuente negación y persecución de las manifestaciones sexuales de las personas con retraso mental, son muchas, de una u otra forma, las que ponen de manifiesto estas necesidades, incluida la de contacto corporal e intimidad sexual. Los padres y quienes trabajan con ellas nos ofrecen múltiples ejemplos de manifestaciones sexuales.

c.- Negar las manifestaciones e intereses sexuales, además de limitar las posibilidades de integración y normalización de estas personas, aumenta los riesgos comentados asociados a la actividad sexual.

d.- Las personas con retraso mental, de hecho, suelen expresar de forma particularmente explícita sus necesidades afectivas y sexuales, de forma que los padres, cuidadores y educadores suelen verse obligados, incluso cuando lo rechazan, a afrontar numerosas conductas sexuales de las personas con retraso mental, mal que les pese.

e.- Las personas con retraso mental que tienen conductas sexuales tienen menos conciencia de riesgos, más dificultades para llevar a cabo prácticas seguras, y otros riesgos, además del embarazo no deseado.

f.- La legislación educativa actual en numerosos países, apuesta por la integración de todos los discapacitados y defiende la necesidad de educar para la vida a través de los contenidos denominados transversales. Uno de ellos es la educación afectiva y sexual.

Esto que es necesario en todos los menores, lo es aún más en quienes tiene limitaciones para manejarse en la vida, suelen disponer de menos experiencias sociales con sus iguales y son, con frecuencia, sobreprotegidos por los padres.

2.1.2.- Los objetivos generales.

a.- Asegurar que las personas con retraso mental estén protegidas y se autoprotejan de los riesgos asociados a la actividad sexual.

Los tutores, cuidadores, educadores y sociedad en general debe tener en cuenta, como en el caso de los menores, que las personas con retraso mental deben ser especialmente protegidas. Debemos estar seguros de que en todos los contextos que

frecuenten -la familia y su entorno, el centro escolar, el club de ocio, los iguales con los que se relacionan, etc.- están protegidos, no son ambientes de riesgo en ningún sentido y específicamente en el sexual.

La educación afectiva y sexual debe ayudar a las personas con retraso mental a que se autoprotejan hasta donde sean capaces, como hacemos con todos los menores de edad.

Debemos tener en cuenta su capacidad de autoprotección, potenciándola lo más posible, y completarla con la protección de los tutores, los cuidadores, los educadores y todos los adultos en general.

En todo caso parece evidente que, en principio, cuando las personas con retraso mental no pueden autoprotgerse de ciertos riesgos que de hecho tienen, los tutores y adultos que les cuidan tienen el deber de protegerlos. El resultado final tiene que ser:

PROTECCIÓN: como resultado de la interacción entre **AUTOPROTECCIÓN** (siempre es lo más deseable) y **PROTECCIÓN DE LOS TUTORES Y DEMÁS RESPONSABLES**.

b.- Hacer real el derecho a la privacidad e intimidad.

Las personas con retraso mental no pierden el derecho a tener la privacidad e intimidad posible y a que sea dignificada su intimidad cuando, como ocurre con frecuencia, especialmente en las profundas, tienen que ser ayudadas para lavarse, ir al servicio, vestirse, rehabilitarse, etc.

Respetar la intimidad y dignificar su trato, cuando es inevitable introducirse en ella, es uno de los objetivos más importantes.

La intimidad y la privacidad les permitirá organizar sus gustos y preferencias, incluidas las sexuales, si tienen capacidad y acceso a compañía, de forma que, en general, no se trata de crear en las residencias u otros lugares una especie de “vis a vis” para las relaciones sexuales, sino de dar la oportunidad para que las personas se organicen su intimidad, siempre que sea posible.

c.- Llevar a cabo programas de educación afectiva y sexual -formulado desde el punto de vista de los tutores y educadores-. Adquirir educación afectiva y sexual -desde el punto de vista de las personas con retraso mental-.

Los tutores y profesionales que trabajan con las personas con retraso mental deben prepararse para llevar a cabo la educación afectiva y sexual de manera incidental y formal.

Las personas con retraso mental tienen el derecho y pueden, especialmente a medida que nos alejamos de los retrasos más graves, aprender determinados conocimientos y adquirir actitudes y conductas más adecuadas en este campo.

En concreto, este objetivo general implica que hagamos lo posible porque:

- Adquieran los conocimientos posibles.
- Tengan actitudes positivas, respetuosas y tolerantes hacia las manifestaciones sexuales propias y de los demás.
- Aprendan las habilidades interpersonales más útiles para las relaciones de amistad y, si fuera el caso, de pareja.
- Aprendan las prácticas higiénicas, saludables y seguras.
- Adquieran una ética sobre las relaciones interpersonales en la que la igualdad entre sexos, el respeto a la voluntad del otro, el tomarse en serio el placer que comparte con el otro o el dolor que debe evitarle, estén entre los valores fundamentales.

Los modelos posibles de intervención son cuatro. Nuestra propuesta la denominamos modelo biográfico-profesional.

3.1.- Modelo de riesgo.

Los elementos básicos de este modelo proceden de la forma en que la medicina venía afrontando determinados problemas de salud, especialmente aquellos que eran consecuencia de conductas que implicaban contagios o riesgos que podían ser evitados por las personas. Cuando determinados problemas de salud dependientes de la conducta sexual (Enfermedades de Transmisión Sexual y Embarazo No Deseado) adquirieron proporciones que provocaron alarma social, se recurrió a prácticas preventivas, basadas en el modelo clínico-médico de salud.

El modelo clínico-médico tradicional entendía la salud como la ausencia de enfermedad, no como bienestar y desarrollo de la calidad de vida. Por ello, en este modelo, lo que se plantea es “evitar los riesgos asociados a la actividad sexual”, no

educar para que las personas vivan de manera libre y responsable las diferentes posibilidades de la sexualidad: placer, comunicación, vinculación afectiva, procreación, etc.

-Marco teórico:

El marco teórico viene determinado por el modelo clínico-médico de salud, en el que la salud es entendida como mera ausencia de enfermedad.

En este contexto los profesionales de la sanidad sólo deben intervenir para evitar enfermedades, detectarlas y curarlas. En este contexto está fuera de lugar preocuparse por la actividad sexual, la respuesta sexual humana, el bienestar sexual e interpersonal, la calidad de vida, etc.

La sexualidad sólo puede ser objeto de atención cuando se presente algún problema o cuando se prevea un contagio que provoque enfermedad.

En el caso del retraso mental, las intervenciones deben reducirse o bien a evitar los riesgos, o bien a dar una respuesta sanitaria una vez que se han producido.

-Objetivos:

Evitar problemas de salud asociados a la actividad sexual: Embarazos No Deseados, SIDA, Enfermedades de Transmisión Sexual, hijos con supuestas deficiencias, etc.

-Contenidos preferentes:

Informaciones técnico-profesionales sobre los riesgos y sus consecuencias personales y sociales, descripción de las prácticas sexuales de riesgo que deben ser evitadas y las prácticas sexuales “seguras” que deben llevarse a cabo si se tiene actividad sexual.

Estos contenidos suelen presentarse de forma técnica, sin entrar en consideraciones morales de uno u otro tipo.

.-Metodología:

Las campañas publicitarias es la forma más específica de intervención. En el caso de las personas con retraso mental, limitarse a vigilar en los centros, prestar ayudas específicas que puedan demandar los tutores bien para evitar ciertos riesgos -con la

esterilización, por ejemplo-, o para dar una respuesta a ellos -con el aborto u tras medidas según los casos, por ejemplo-,etc.

- Los responsables o profesionales:

En general quienes deciden y llevan a la práctica esta forma de intervención pertenecen al Ministerio de Sanidad: médicos y sanitarios, como profesionales más indicados.

- Valoración:

Es, sin duda, una forma de intervención que puede ser necesaria en determinados casos, porque no se puede esperar a educar lentamente a la población, si el problema ya está fuera de control y amenaza la salud de muchas personas y el funcionamiento del sistema sanitario general, como ocurre hoy con el caso del SIDA en algunos países. Pero es una forma de intervención insuficiente porque sus efectos suelen ser muy reducidos en el tiempo. Por ello, estas campañas necesitan ser acompañadas de formas de intervención cuyos efectos sean más estables.

No es una forma de intervención suficiente desde el punto de vista de la educación sexual, porque no ayuda a las personas a vivir la sexualidad de forma positiva, ofrece conocimientos muy limitados y no fomenta una actitud positiva hacia las diferentes posibilidades de la sexualidad.

Favorece, además, la asociación entre la idea de peligro y la sexualidad, tan característica de la cultura judeo-cristiana.

En el caso de las personas con retraso mental es un modelo que suele actuar únicamente una vez consumado el riesgo o por petición muy expresa de los tutores.

3.2.- Modelo moral.

El modelo moral de educación sexual aparece como reacción a otras formas de intervención. Las instituciones y personas conservadoras no se han planteado la necesidad de educación sexual, hasta que otras instituciones, asociaciones y movimientos sociales han empezado a hablar de sexualidad. Lo propio del pensamiento conservador es silenciar estos temas.

- Marco teórico:

El marco teórico es muy amplio y está lleno de matices. Pero en general suele basarse en una concepción religiosa del ser humano, en la que se considera que la actividad sexual sólo tiene sentido dentro del matrimonio heterosexual y debe estar orientada a la procreación, aunque puedan reconocerse otras funciones asociadas como por ejemplo la de expresar el amor entre los cónyuges, etc.

Desde este punto de vista, dado que suele considerarse que las personas con retraso mental no están capacitadas para tener hijos y educarlos, se niega toda posibilidad de llevar a cabo la educación sexual, si no es entendida como mero autocontrol o educación para la abstinencia.

Este modelo ha sido y sigue siendo defendido por casi todas las religiones y distintas iglesias, al menos por sus representantes oficiales. Pero no todos los creyentes asumen este modelo, y son muchos los que con sus prácticas están tan lejos de la moral oficial de las iglesias como los no creyentes.

-Objetivos:

- Preparar para el matrimonio y enseñar los principios morales.
- Educar en el fortalecimiento de la voluntad o la formación del carácter, para que no se dejen influir de forma negativa y sean capaces de esperar a casarse para acceder a la actividad sexual en el contexto del amor matrimonial.
- Contrarrestar los mensajes hedonistas, liberales, etc., de los medios de comunicación social, el cine, la publicidad, etc.
- Evitar los riesgos asociados a la actividad sexual prematrimonial, extramatrimonial, de los solteros, homosexuales, lesbianas, etc. Desde este punto de vista la propuesta para evitar todos los riesgos asociados a la actividad sexual es clara y precisa: castidad antes y fuera del matrimonio y fidelidad matrimonial después de casados.

- Contenidos preferentes:

En consonancia con los objetivos propuestos carece de sentido instruir a los niños, adolescentes, jóvenes y personas con retraso mental en relación a posibles actividades sexuales y sus riesgos antes del matrimonio o, como es el caso de la

población a la que nos referimos ahora, si no se van a poder casar. De lo que se trata es de explicarles que deben ser castos y ayudarles a que lo sean.

Para satisfacer su curiosidad y fomentar su sentido familiar tienen sentido y prioridad los contenidos que den conocimientos sobre la reproducción humana y la crianza de los hijos. La familia, su sentido, sus vínculos -siempre partiendo de un modelo de familia convencional-, las relaciones entre los padres y los hijos, las normas morales y cívicas y la “formación del carácter” (terminología ésta que vuelve a abrirse camino). Deben aprender a decir “no” a las relaciones sexuales, “proponerse y proponer a los demás” ser castos, reconocer que la actividad sexual carece de sentido fuera del matrimonio, etc.

-Metodología:

La metodología tiende a ser directiva, de forma que se tiende a ofrecer un sólo punto de vista -el ortodoxo según la iglesia de que se trate- y a transmitir doctrinas definidas, presentándolas en forma de catecismo, es decir, de forma breve, concisa y directiva.

- Los responsables de la educación sexual:

Desde el punto de vista metodológico es importante reseñar que en este modelo se concede un rol prioritario a los padres o tutores. Los padres tienen el deber de dar informaciones y criterios morales sobre la sexualidad y el derecho a apoyar o negar la educación sexual que se proponga en la escuela. Son, por tanto, los principales responsables de asegurar una correcta educación sexual de sus hijos, y de vigilar y participar decisivamente en la educación sexual que se haga en el colegio.

Cuando haya educación sexual en la escuela debe ser con el permiso, supervisión y colaboración de los padres, porque es necesario que los educadores tengan una adecuada formación moral para trabajar con los hijos estos temas. La intervención de éstos puede llegar a ser vista como peligrosa, porque la educación sexual es un tema “muy delicado” en el cual es fácil hacer daño a los niños aumentando su precocidad sexual, etc.

- Valoración:

Es un modelo que ha hecho grandes aportaciones en la historia de la educación sexual. Entre ellas destacamos dos: reconocer el rol de los padres y hacer incapié en la necesidad de que la educación sexual incluya contenidos éticos. Ambos aspectos serán centrales en el modelo que nosotros vamos a proponer.

Por lo demás, encontramos numerosos aspectos negativos en este modelo.

Para empezar es un modelo que aparece como reacción contra otros. Sólo han incorporado estos temas a la educación cuando ha sido imposible silenciarlos.

Los objetivos que se proponen son legítimos desde el punto de vista de la enseñanza de una doctrina religiosa, pero no se refieren propiamente a la educación sexual, a fines que tengan que ver con la optimización de la vida sexual de las personas.

Los contenidos son sesgados, aunque coherentes con los objetivos. En general es poco realista negarle a los niños contenidos de los que tienen amplias referencias por otros medios, y negarles informaciones objetivas sobre las dimensiones de los riesgos, la forma en que se dan de hecho y la manera de evitarlos cuando finalmente se accede a la actividad sexual, independientemente del consejo de los padres y educadores.

Esta falta de realismo puede dejar en condiciones de mayor riesgo a los adolescentes que no pueden reconocerse sexualmente activos, incluso si lo son, y que no conocen las prácticas de sexo seguro. También puede provocar sentimientos de culpa e impotencia en los casos que finalmente no consigan ser castos.

Este modelo se presenta de múltiples formas, desde posiciones ideológicas progresistas, protestantes y católicos más cercanos al concilio Vaticano II, a posturas conservadoras que en realidad desinforman, persiguen y culpabilizan a los escolares. Las formas progresistas pueden llegar a tener numerosos elementos en común con el modelo que presentaremos más adelante; pero se trata de formas “no ortodoxas”, muy alejadas de la doctrina oficial.

3.3.- La educación sexual para la revolución sexual.

Este tercer modelo tiene su origen en la izquierda freudiana, en los pensadores que pretendieron hacer una síntesis de Freud y Marx. Apareció por primera vez asociado al pensamiento freudo-marxista y al movimiento juvenil SEX-POL (sexualidad y política), creado en Viena en torno a los años treinta de nuestro siglo por

Reich (López, 1984; López y Fuertes, 1989; Subirat 1975). Estos autores defienden que la revolución sexual es una condición necesaria para la revolución social, a la vez que ésta es también una condición necesaria para aquella. El movimiento juvenil SEX-POL, de inspiración comunista, con Reich como líder ideológico (1932), llegó a plantear no sólo la necesidad de la educación sexual en la escuela, sino el acceso libre a los anticonceptivos por parte de los jóvenes, el derecho al aborto, la creación de lugares donde los jóvenes pudieran tener relaciones sexuales libres, etc. Su modelo de educación sexual es, en realidad, un modelo de revolución social que choca contra el derecho de las personas a tener ideas y creencias distintas.

Defiende el derecho al placer sexual, desliga la actividad sexual del matrimonio, defendiendo el derecho de los jóvenes, solteros y personas con retraso mental a la actividad sexual, acepta como natural la masturbación y defiende la extensión de este derecho a todas las minorías.

- Marco teórico:

La fundamentación teórica de este modelo puede encontrarse en los escritos freudo-marxistas de W. Reich. Este autor, convencido de la necesidad de construir una teoría y una práctica que logre la síntesis entre Marx y Freud (los escritos de Freud hasta 1920 básicamente), para librar a la población de la opresión del capitalismo y la moral sexual represiva. Esto hace necesarias, a la vez, dos revoluciones: la social y la sexual.

- Los objetivos:

Los objetivos de este modelo son amplios y complejos, porque sus defensores consideran que no es suficiente con la información sexual, ni con la instrucción sobre sexualidad en la escuela. Sin cambiar la sociedad, sólo será posible alcanzar objetivos parciales. La educación sexual debe contribuir a aumentar la conciencia crítica sobre el sentido de la explotación social y la represión sexual, así como a implicar a los adolescentes y jóvenes en la transformación revolucionaria de la sociedad.

Por lo que hace relación a la sexualidad, se persigue que todas las personas tengan actividad sexual satisfactoria. La actividad sexual con satisfacción orgásmica se considera una condición necesaria a la salud y, por tanto, es aconsejable independientemente del estado civil y otras consideraciones sociales.

- Los contenidos preferentes:

En coherencia con los objetivos propuestos, no sólo se dan informaciones sobre sexualidad, sino que se analizan las condiciones sociales de la población, el sentido de la represión sexual, la función de la familia, la propiedad y el estado (en el sentido propuesto por Engels), etc. El análisis crítico de la sociedad capitalista y de las instituciones sobre las que se asienta es uno de los contenidos en los que se pone especial énfasis. La crítica de la función tradicional de la familia y la defensa del derecho a la separación, el divorcio y el aborto, así como a acceder a la sexualidad independientemente de que se esté casado o no, se pertenezca a mayorías o minorías, como las personas con retraso mental, es un contenido fundamental de este modelo.

Reconocido este derecho se hace necesario explicar no sólo la anatomía, sino también la fisiología y psicología del placer de la “respuesta sexual humana”. De esta forma se habla de deseo, excitación, orgasmo y de diferentes formas de estimulación y actividades sexuales.

Aceptado el derecho a la actividad sexual, es fundamental informar sobre anticoncepción y ofrecer los medios para poder llevar a cabo la actividad sexual en condiciones de seguridad, higiene, tranquilidad y satisfacción.

Enseñar activamente a las personas con retraso mental a masturbarse, darles oportunidades de tener relaciones sexuales con otras personas -relaciones que se consideran deseables y casi necesarias para su salud-, y ayudarles a protegerse de los riesgos son los contenidos específicos fundamentales.

- Los agentes educativos:

Este modelo se caracteriza por la desconfianza hacia los padres en cuanto educadores sexuales. La familia, afirman, reproduce los valores dominantes del capitalismo y la moral sexual represiva. Incluso llegan a reconocer que debe haber una cierta complicidad entre los educados y los educadores para criticar las opiniones de los padres y tratar temas que a éstos no les parecerían bien.

Los educadores deben ser, sobre todo, los profesores y los profesionales sanitarios y sociales. Es deseable que éstos tengan una conciencia crítica de la sociedad y la moral dominante, para que una vez bien formados en los conocimientos estrictamente profesionales, no se limiten a transmitir “neutralmente” información, sino

que fomenten en los alumnos la capacidad para criticar la organización social, la represión moral y vivir la sexualidad.

- Valoración crítica:

Muchas de las ideas defendidas por este tercer modelo han sido verdaderamente liberadoras y son hoy aceptadas por la mayoría de la población: el derecho a la educación sexual, la igualdad entre el hombre y la mujer, la conveniencia de incluir informaciones sobre anticoncepción en el caso de los adolescentes y jóvenes, la no reducción de la sexualidad al matrimonio ni a sus fines procreativos y la defensa del derecho a la sexualidad de las minorías (discapacitados, entre ellas) y de las personas de diferente edad según sus características propias (niños, adolescentes, jóvenes y ancianos).

Pero su forma de hacer educación sexual es demasiado combativa, confundiendo la educación sexual con la militancia política, y recurriendo con frecuencia a nuevos tópicos basados en creencias sobre la sexualidad tan poco fundadas como aquellas en las que se basa el modelo moral. En el fondo, cuando se trabaja desde este modelo, no se acepta que hay diferentes maneras legítimas de vivir la sexualidad y que no se puede imponer “ninguna dictadura” (como la del proletariado), aun con la ingenua intención de que ésta podría ser temporal. Transmitir los valores de la justicia, la libertad y la igualdad es fundamental, pero no se puede pretender imponer a los demás la manera de alcanzarlos, si no es a través de medios que aseguren que cada paso del camino está más cerca de esos fines.

Esta actitud combativa es especialmente improcedente con los menores, más aún con los más pequeños, y con las personas con retraso mental, dado que su contenido se convierte necesariamente en un catecismo, en este caso de otro signo. Entrar en conflicto frontal con los tutores en este campo no sólo es inadecuado, sino que hace imposible la propia intervención educativa.

La renuncia a reconocer el derecho y deber de los padres a colaborar en la educación sexual, también en el caso de la educación escolar, es especialmente criticable, pues se ponen en contradicción con el agente educativo que más importancia tiene en la infancia y a lo largo de toda la vida en el caso de las personas con retraso mental.

3.3- Modelo biográfico-profesional.

Poco a poco se ha ido abriendo camino una postura más relativista y plural ante la educación sexual, basada en conocimientos científicos y en actitudes democráticas, tolerantes y abiertas. El derecho a la diversidad ha llegado también a la sexualidad, después de décadas prescriptivas e intolerantes.

Este modelo ha sido sólo posible cuando hemos adquirido un bagaje importante de conocimientos científicos sobre sexualidad -recuérdese que los primeros trabajos sociológicos de importancia fueron hechos por Kinsey y su equipo en los años cincuenta, que los primeros estudios sólidos sobre la respuesta sexual humana los hicieron Master y Johnson en los años sesenta, etc.-, se ha secularizado la sociedad - algo que no ha ocurrido ni siquiera en todas las sociedades occidentales en la actualidad- de forma que los educadores y los profesionales puedan actuar sin ser meros transmisores de la moral sexual religiosa, se han alcanzado libertades sociales básicas también en el campo de la sexualidad y hemos adquirido actitudes de tolerancia que nos permiten aceptar la diversidad como un hecho y un derecho. Por consiguiente, progreso científico, secularización, libertad y tolerancia están entre las condiciones sociales que han permitido el desarrollo de un nuevo modelo de educación sexual.

- Marco teórico:

Este modelo se basa en un concepto positivo de salud, entendida como bienestar y promoción de la calidad de vida de las personas y de los pueblos. El derecho a poder vivir la sexualidad, como uno de los elementos que pueden promover bienestar, es uno de los contenidos de este nuevo concepto de salud. Las personas tienen derecho a recibir información y medios para tomar decisiones y llevar a cabo conductas que promuevan su bienestar sexual. Estas opciones y conductas pueden ser muy diversas, según las creencias y características propias de cada persona y situación. Tolerar esta diversidad y ayudar a cada persona a que pueda ser más libre y más responsable en la promoción de su bienestar y del bienestar social es, en definitiva, lo que se pretende desde este modelo.

Las diferentes formulaciones internacionales sobre los derechos humanos universales, los derechos de la mujer, los derechos de los menores, los derechos de los discapacitados, etc., pueden ser el marco de referencia compartido. Con la referencia contextual de los derechos humanos se ofrece una visión positiva (erotofílica) del hecho

sexual humano y de las posibilidades que ofrece. La sexualidad no es reducida a genitalidad, reconociendo la amplitud del mapa corporal y las dimensiones psicológicas y sociales de la sexualidad; tampoco a su finalidad procreadora, defendiendo que ésta debe ser una decisión libre y responsable con la descendencia; ni necesariamente asociada al estado matrimonial; ni únicamente presentada como un derecho de los varones, etc.

La sexualidad es una dimensión de toda la persona, con diferentes posibilidades (placer, fecundidad, comunicación, vínculos afectivos, etc.), que puede vivirse en relaciones con diferente grado de compromiso, tanto por hombres como por mujeres, heterosexuales u homosexuales, jóvenes o viejos, etc. La forma concreta de organizar la vida sexual tiene una dimensión personal, con un amplio margen de libertad que debe implicar acuerdos recíprocos con la pareja, y una dimensión social. Ambas implican un uso responsable de la libertad que promueva el bienestar de las personas y los grupos sociales. Por ello, y no es la única implicación, se hace también necesario introducir un discurso ético en la educación sexual.

Lo más importante, a nuestro entender, es mantener una actitud erotofílica (que implica un discurso positivo sobre la sexualidad), profesional (de búsqueda continua de los conocimientos científicos más fundamentados), tolerante (de aceptación de la diversidad en las formas concretas de vivir la sexualidad que no atenten a los derechos humanos) y ética (en la que se sea responsable del ejercicio del grado de libertad que pongamos en práctica).

- Objetivos de este modelo:

El objetivo básico de este modelo es favorecer la aceptación positiva de la propia identidad sexual y el aprendizaje de conocimientos y habilidades que permitan vivir las diferentes posibilidades de la sexualidad en cada edad, conforme la persona o personas implicadas deseen.

En el caso de los discapacitados, ya hemos formulado más arriba los objetivos generales.

- Contenidos:

Los contenidos deben adaptarse a los diferentes ciclos educativos, a los recursos temporales y personales de que se disponga, etc. Pueden estudiarse con más detenimiento más adelante, en los capítulos de este libro dedicados a este fin.

En general, puede decirse que todos los contenidos que les sirvan, les sean funcionales en su vida, o les interesen para satisfacer su curiosidad o conocer los temas que tienen interés social.

Normalmente estos contenidos se elaboran a través de programas que ya existen, la experiencia del propio educador, los conocimientos de psicología evolutiva, las propuestas de los alumnos, los padres y los profesores. Es bueno consensuar con todos los agentes educativos los contenidos básicos y, asegurados éstos, enriquecer el programa con otros que pueden tener un interés más parcial o coyuntural.

En este sentido, deberían asegurarse de alguna manera contenidos que hicieran referencia a cada uno de los objetivos propuestos.

En el caso de las personas con retraso mental los contenidos deben adaptarse de forma muy precisa a lo que pueden aprender y a las diferencias individuales tanto de estas personas como de sus tutores, los centros donde acuden y la sociedad donde viven.

Para entender este modelo puede servir de ayuda el siguiente diagrama:

MODELOS DE INTERVENCIÓN

