

EDUCACIÓN SEXUAL Y AFECTIVA EN PERSONAS CON MINUSVALÍA PSÍQUICA: UNA PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

JOSÉ LUIS GARCÍA
Doctor en Psicología.
Especialista en Sexología.
Servicio Navarro de Salud

1. INTRODUCCIÓN

Nuestro primer contacto directo con la educación sexual de las personas con minusvalía psíquica tuvo lugar en Pamplona allá por el año 1980. En aquel entonces recibimos el encargo de dirigir un curso de formación sobre la sexualidad de las personas con minusvalías psíquicas, destinado a los padres-madres y profesionales de un Colegio de Educación Especial (El Molino), de carácter privado, en el que eran atendidos un grupo numeroso de chicos y chicas con diferentes grados de minusvalías psíquicas.

Dieciocho años después, la Universidad Pública de Navarra nos encargó dirigir un curso de doctorado sobre afectividad, sexualidad y minusvalías psíquicas y, dentro de los programas de Extensión

Académica para post-graduados de la misma Universidad, se incluyó otro curso nuestro sobre educación sexual en personas con minusvalías en general.

Pues bien, entre esas dos demandas de realización de cursos, una de un pequeño centro privado y otra de una Institución Oficial responsable máxima de la formación de profesionales, han transcurrido dieciocho años, a lo largo de los cuales hemos venido realizando muy diferentes cursos y programas de formación con cerca de 40 Asociaciones y colectivos de personas con minusvalías psíquicas de todo el Estado, particularmente en lo que concierne a la formación con padres-madres y profesionales.

Nos parece de interés citar este hecho como nota introductoria a nuestra participación en esta Segunda Conferencia Nacional —deseando, por cierto, que tengan el impacto que tuvieron las primeras que se realizaron en Albacete en 1992— porque este trabajo nos permite tener una perspectiva, todo lo personal y subjetiva que se quiera, para analizar y comprender el proceso de cambio seguido en este ámbito en nuestro país. Desde esta experiencia, contrastada con la realización de pequeños estudios y publicaciones sobre el particular, nos planteamos hacer un somero balance en el que destacaríamos algunas cuestiones que pudieran servirnos de referencia para actuaciones futuras.

Es obvio que, en las últimas décadas y en el terreno que nos ocupa, ha habido cambios importantes que los optimistas no dudarían de calificar de extraordinarios. Seguramente todavía para muchas personas, estos son considerados insuficientes. Para otros lo cierto es que ha habido algunos avances, pero también siguen existiendo miedos y, desde luego, queda mucho camino por recorrer.

Con todo, si se trataran de explicar estos cambios probablemente el listado de factores implicados en el proceso sería muy extenso. Un factor, sin embargo, y a nuestro entender, destacaría entre todos los demás: los cambios no se hubieran producido sin el esfuerzo y la ilusión de tantos padres y madres que confiaron en sus

hijos e hijas con minusvalías psíquicas, que apostaron por sus posibilidades, que creyeron en ellos/as mismos/as y, como no, de tantos profesionales y voluntarios/as que trabajaron con una gran motivación.

Crearon en las capacidades, diferentes, diversas, de los chicos y chicas con minusvalías psíquicas, de estos hombres y mujeres distintos. Ese tesón les llevó a crear asociaciones a través de las que fueron aprendiendo nuevas cosas de sus hijos/as, de su educación y cuidados, grupos de presión que exigieron apoyos y recursos a las administraciones públicas, que les permitieran promover programas de atención y asesoramiento profesional. Han confiado en ellos/as y en sí mismos/as y, en parte, ahí están los resultados.

Pues bien, a nuestro juicio y en ese balance al que se ha'alludido, destacaríamos entre otras cuestiones las siguientes:

1. Una primera reflexión acerca de los programas de integración se impone: capacitar a los chicos/as con minusvalía psíquica en muy diferentes áreas de la convivencia cotidiana o en el mundo laboral y no incluir un mínimo repertorio de habilidades sociosexuales, no solamente es injusto sino, probablemente, se trate también de una cierta irresponsabilidad ya que se les deja vulnerables ante muy diferentes riesgos, toda vez que no se reconoce su derecho a la educación sexual y su derecho a desarrollar sus capacidades afectivo-sexuales.

La integración y la normalización, exigen una atención global e integral. No hay ninguna razón para escindir las cuestiones afectivo-sexuales del conjunto de la vida de las personas con minusvalías psíquicas y de la atención que se les presta.

2. Es razonable pensar que si los procesos de integración y de normalización—o si se prefiere de respeto a la diversidad—siguen un sendero adecuado, las demandas vinculadas a la vida sexual-afectiva y reproductiva se incrementarán en los próximos años. Cuanto mayor sea el grado de integración

mayor será la demanda de este tipo de servicios (educación sexual, planificación familiar, disfunciones sexuales, problemas de pareja, etc.).

3. Teniendo en cuenta las actitudes de sobreprotección, sería muy positivo que los padres-madres comprendieran que los cuidados y el amor hacia los hijos no son incompatibles con una educación orientada a conseguir la mayor autonomía posible. Amar también es educar para la autonomía. Probablemente estemos de acuerdo en que una de las finalidades más importantes de su educación debe ser prepararlos para una vida lo más independiente posible, considerándoles personas en desarrollo y no niños y niñas permanentes.

Desde este enfoque tenemos que transmitir la idea de la necesidad de que ellos/as aprendan a tomar sus decisiones, a arriesgarse, a confiar en sí mismos y en sus posibilidades. Afrontando los problemas se generan recursos.

4. Nunca se protege a los/as hijos/as de todos los riesgos. Es imposible y probablemente no deseable. Ellos/as tienen que aprender a «gestionarse los riesgos», con sus propios recursos y con los que podemos enseñarles. Lo que no parece razonable es que un exagerado temor a los riesgos restrinja su libertad, menoscabando la confianza en sí mismos/as y la capacidad para vivir su vida de la manera más autónoma posible. Hemos de centrarnos más en sus posibilidades y mucho menos en lo que no pueden hacer.

Con todo, si tuviéramos que hacer un diagnóstico de la situación actual, podrían considerarse los siguientes elementos:

1. Hay un mayor interés por este tema en ciertos sectores de padres, particularmente los más jóvenes. La formación de los padres parece que es el objetivo prioritario del momento actual y el factor que permitirá más avances en este campo, formación que los padres y madres sensibles a esta problemática demandan cada vez más.

En este sentido, los programas que nosotros hemos desarrollado a lo largo de estos años, variados según los grupos de trabajo, los objetivos y la metodología, ya que cada grupo tiene sus peculiaridades, vienen a confirmar esta necesidad y aceptación.

2. Más comprensión y predisposición a intervenir existe también en sectores de profesionales. Sin embargo, la ausencia de criterios comunes de intervención y el temor a las posibles reacciones de algunos padres desincentivan la puesta en marcha de programas.
3. Los chicos y chicas con minusvalía psíquica siguen presentando, en general, carencias informativas incomprensibles en el momento presente.
4. La sociedad está cambiando, aunque muy lentamente, en torno a la consideración social de las personas con minusvalías. Los procesos de integración y normalización parecen estar contribuyendo a ello.
5. Perviven numerosos prejuicios y miedos sobre la sexualidad y afectividad de estas personas.

Si bien, como se ha advertido, nos encontramos cada vez más padres y madres con interés en plantear esta necesidad, no obstante:

1. La sexualidad sigue provocando temor y ansiedad, particularmente cuando se asocia a la comunicación en cuestiones referidas a la conducta sexual y, más aún, a admitir la posibilidad de una cierta autonomía en este terreno.
2. Para algunos todavía sigue vigente la creencia de que el conocimiento sexual tiene efectos negativos y que es mejor no saber.
3. Hay un importante grupo de padres y madres que siguen pensando que su hijo/a con minusvalía psíquica no es como los demás en cuestiones afectivo sexuales y que no tiene ese tipo de necesidades.

4. También se observa una notoria preocupación respecto al hecho de que la sociedad todavía no garantiza unas condiciones adecuadas para un cambio de actitud unilateral. Algunos padres arguyen que la sociedad no puede pedirles los cambios que ella misma no está dispuesta a aceptar.

Aunque los cambios son lentos y costosos, alguien tiene que tomar la iniciativa y pagar el coste que supone la movilización. Por tanto, podría decirse que la sexualidad y la educación sexual de las personas con minusvalía psíquica es una de las ((asignaturas pendientes en los programas de integración y normalización.

En este momento convendría destacar la necesidad de que reconozcamos que la persona con minusvalía psíquica es un ser sexuado con necesidades afectivas y sexuales y que, como cualquier otro ser humano, requiere una adecuada preparación en orden a una positiva integración de su sexualidad y afectividad a lo largo de toda su vida y en sus relaciones. Esta preparación habrá de ser una tarea de padres-madres y profesionales: todos ellos habrán de hacer un esfuerzo en consensuar intervenciones y llegar a acuerdos en los programas que se pongan en marcha.

Las personas con minusvalías psíquicas tienen similares necesidades de intimidad, amistad y afectividad que el resto de los seres humanos.

2. ¿QUE HACER?

La educación sexual es una cuestión que interesa a la mayoría de las personas. Claro que a unos más que a otros. Por ejemplo, a los chicos y chicas les interesa sobremanera, a los padres también aunque tienen más dificultades para colaborar y el interés es patente en buena parte de los profesionales.

En los últimos años venimos proponiendo una alternativa que puede considerarse realista en la medida en que está teniendo una

buena acogida, aunque en cada grupo las iniciativas son distintas. En el taller que vamos a iniciar trataremos de presentar esta propuesta, concretizándola en objetivos, contenidos y metodología.

Distinguimos, atendiendo a los procesos de desarrollo, dos etapas: antes de la pubertad y después de la pubertad, poniendo un límite puramente indicativo en torno a los once-doce años. Hemos considerado a los destinatarios/as como chicos y chicas con un grado de minusvalía ligero.

Esta sugerencia expresada en los cuadros que siguen, tiene como eje central la actuación subsiguiente a un cierto consenso en los profesionales y entre estos y los padres-madres. No obstante es indiscutible la pertinencia de la formación en este área para ambas agencias educativas, formación que facilitará con mayor probabilidad ese consenso. No ha de soslayarse el hecho de que, tal vez, sea ésta una de las mayores dificultades del momento presente. Este consenso debe incluir una evaluación de las condiciones reales del Centro (recursos educativos, consenso, coordinación profesionales, características de los grupos, etc.), el establecimiento de unas prioridades y el compromiso de poner en marcha iniciativas específicas.

- Consenso.
- Evaluar condiciones reales.
- Establecer prioridades.
- Comenzar a andar.

El consenso y la coordinación entre los diferentes agentes educativos debe abordar al menos las siguientes cuestiones:

- Qué información dar.
- Qué criterios educativos seguir.
- Cuáles son las actitudes y prácticas sexuales adecuadas.
- Qué lugares y momentos son los adecuados.

Por consiguiente, tratar de unificar criterios y consensuar ciertas actividades y actitudes tanto del **profesorado/dirección**, como de los padres-madres será un objetivo prioritario de las intervenciones en educación sexual.

2.1. Profesionales

El educador habitual puede ser un excelente educador sexual. Además de la información que pueda ofrecer (sistematizada o no) es un modelo real y, por tanto, forma parte activa del proceso de aprendizaje a través del modelado, la imitación y la observación.

En este sentido, la propuesta que hacemos considera a los/as educadores/as o profesionales que trabajan con las personas con minusvalías psíquicas como eje central del cambio, como promotores de una nueva situación. Sin duda alguna la formación es la clave de ese cambio: puede capacitarles y motivarles para ello.

Planteamos una actuación a dos niveles: sensibilización y formación.

Las actuaciones de *sensibilización* pretenden motivar a los/as educadores/as a realizar programas de formación ulteriores. Puede consistir en una o dos sesiones de trabajo en el que se incentive y anime a profundizar. En estas sesiones habrá de insistirse en que la educación sexual es un derecho y una necesidad de todas las personas, que los profesionales son capaces de hacerlo y que la formación es el camino adecuado. Es importante informar también de los objetivos y contenidos del programa porque ello puede favorecer una autoselección, facilitando la creación de grupos más homogéneos.

En este sentido, una propuesta de programa de *formación* es la siguiente:

- Curso intensivo de veinticuatro horas.
- Diez sesiones posteriores evaluación.

CONTENIDOS: siete módulos:

- Sexualidad humana: sentido e importancia.
- Evolución y desarrollo de la sexualidad.
- Educación sexual: teoría y práctica.
- La Educación sexual en personas con MP.
- Habilidades sociosexuales.
- Actitudes sexuales.
- Temas monográficos: Anticoncepción/ETS/Conductas.

En los grupos de formación convendría considerar que hay una cierta homogeneidad, siendo muy interesante cuando **se implican todos/as** o la mayoría de los profesionales de un mismo centro. El programa y sus contenidos es abierto y flexible a los eventuales cambios que las características específicas del grupo **así** lo requieran.

Si bien nosotros proponemos hacer estos programas en horas de trabajo no siempre se consigue, aunque la tendencia deba ser esa. En nuestra experiencia hemos observado una gran motivación, incluso en ocasiones cierta euforia al finalizar el curso, euforia que acaba diluyéndose. En los **grupos** con los que mantenemos contactos de supervisión las dificultades siguen siendo importantes, ya que la puesta en marcha de un programa no depende sólo de la formación de los profesionales. Una de las carencias más extendidas es la ausencia de criterios de intervención entre los diferentes profesionales, y entre estos y el resto de agencias educativas.

En esta evaluación hemos observado la importancia de la motivación y de la toma de conciencia por parte de los profesionales de su responsabilidad. Probablemente la incorporación al programa de un apartado relativo a las actitudes y a la motivación sea una cuestión a valorar con interés.

Todos las consideran la educación sexual como algo importante, que debe comenzar pronto, pero no **todos/as** acaban de verse a sí mismos como elementos fundamentales del proceso. Hay casos en los que se delega en otras agencias. No hemos encontrado di-

ferencias importantes tanto en una modalidad intensiva como no intensiva, aunque la aplicación gradual parece ser más aconsejable. La utilización de materiales complementarios y audiovisuales, así como los ensayos conductuales, son de gran interés desde nuestra perspectiva.

Hemos observado en muchos profesionales una cierta obsesión por las técnicas concretas. Desde nuestra perspectiva no hay un método que valga para todos. Existen muy diferentes recursos que pueden ser de utilidad. Cada profesional deberá adaptar a su grupo concreto los recursos y elegir su **apropio método**». Esta es una de las conclusiones que un programa de formación debe conseguir.

Finalmente, cabría considerar que los profesionales que han seguido cursos de formación tienen una actitud más positiva hacia la sexualidad y la educación sexual, se consideran mejor informados, tienden a actuar de manera más sistemática, utilizan más a menudo y mejor los recursos educativos e incorporan temas no estrictamente biológicos al currículum.

Por tanto, es indiscutible la formación de los profesionales en el momento presente; de hecho muchos de ellos dicen no intervenir por la ausencia de Csta, formación que debe poner en cuestión algunos miedos y prejuicios infundados en torno a la educación sexual que en ocasiones **subyacen** a ciertas controversias que paralizan el proceso de cambio.

2.2. Padres

La segunda línea de actuación son las madres y padres con los que proponemos el siguiente trabajo que pretende formarles en este tema y llegar a un consenso en diversas áreas entre los diferentes agentes educativos. Es muy importante, incluso indispensable, contar con algún tipo de colaboración de los padres-madres. Los padres se convierten en una agencia educativa de primera magnitud, no sólo por tener un elevado impacto, tanto en *cantidad* de tiempo que hacen

educación sexual incidental, como en la *calidad*, es decir, por los procesos de modelado e imitación. Además, su responsabilidad legal y la dependencia que establecen con sus hijos/as es algo indiscutible.

Pensamos que, en este sector de población, cualquier programa de educación sexual debe comenzar por la formación de las madres y padres. Una educación sexual que trata de convencerles acerca de la importancia y la trascendencia de la educación sexual, que sea una verdadera capacitación en dotar de determinadas habilidades a sus hijos/as, pero también una aceptación de esa persona con minusvalías psíquicas y sus capacidades sexuales y afectivas.

En ocasiones hemos sugerido la necesidad de que sean los propios profesionales los que puedan estimular la formación de los padres, si bien en algunos lugares ha sido francamente difícil. La presencia de un experto en ocasiones es útil para tranquilizar a los padres más temerosos.

Con todo, es preciso contar con el apoyo y la colaboración de los padres-madres y tratar de llegar a unos puntos de acuerdo mínimos. Hemos de señalar que un planteamiento razonable y profesional tiene el éxito asegurado: cuando a los padres les presentamos una propuesta adecuada, aceptan de buen grado.

Por consiguiente, en la formación de los padres proponemos un programa que incluya también una sesión general de sensibilización y una segunda fase de formación. Esta última tendría las siguientes características:

DURACIÓN:

Diez horas, cinco sesiones.

CONTENIDOS:

- Sexualidad humana.
- Salud sexual: prevención y promoción.
- Sexología evolutiva.
- Educación sexual en el hogar.

— Criterios de intervención.

Una segunda actuación con padres es el trabajo psicológico de apoyo, que nos parece de gran interés.

La metodología para iniciar los trabajos puede consistir en una convocatoria abierta para todos los padres-madres, favoreciendo el horario adecuado y el transporte. En esta convocatoria habrá de insistirse en la necesidad e importancia de la educación sexual en la familia, su gran responsabilidad educativa («*Vds.* son muy importantes en la educación sexual de sus *hijos*») y la conveniencia de superar una educación histórica negativa en lo que al sexo respecta.

En esta sesión habrá de argumentarse convenientemente la necesidad de intervenir (siempre se hace educación sexual, los chicos/as con minusvalías psíquicas tienen necesidades, tienen información y, además, viven en una sociedad permisiva que instrumentaliza el sexo de manera omnipresente, existen riesgos de salud importantes, debemos prepararlos para una vida lo más autónoma posible, queremos que se integren en la sociedad, los chicos/as tienen derecho a la educación sexual, etc.). Asimismo, se tratará de poner en cuestión algunos de los miedos que tienen respecto a la educación sexual, sugerir vías de colaboración y animarles a que sigan algún programa de formación.

Existen diferentes miedos y temores asociados a la educación sexual que responden a una idea central: *el/la minusválido/a* es un niño/a que no tiene necesidades sexuales. A partir de esta creencia el miedo se asocia a todo lo que pueda provocar o fomentar diálogos sexuales, en la medida en que se supone que el conocimiento sexual tiene efectos negativos:

- Puede aumentar el deseo por poner en práctica lo que se les dice.
- No tienen capacidad para controlar. Informarles aumentaría su descontrol.
- Se les bombardea y se les excita innecesariamente.

- Hay un cambio de valores.
- Le dará más autonomía y perderemos el control.

No habrá de soslayarse las dificultades. Los cambios en los comportamientos y en las actitudes no son rápidos y pueden desvanecerse. Habrá que plantearse objetivos a corto plazo no muy ambiciosos.

En no pocas ocasiones no estaría mal conseguir que , al menos, aceptaran una propuesta de trabajo en el centro.

2.3. Chicos y chicas con minusvalías

El tercer nivel de trabajo es con los chicos y chicas, en particular los jóvenes y los adolescentes. La intervención propuesta tendría como ejes fundamentales las actuaciones tanto individuales como colectivas, toda vez que consideraría el nivel madurativo y las necesidades concretas.

Una vez resuelto este punto hemos de considerar:

- Características de cada grupo.
- Conocimientos, actitudes y habilidades.
- Observación y registro sistemático de conductas.

2.3.1. *Diseño de la intervención*

La información obtenida nos será de gran interés de cara a hacer un diseño de la intervención para lo que consideraríamos, entre otras, las siguientes variables:

- RECURSOS disponibles.
- Desarrollo del PROGRAMA:
 - Horario dedicado: a consensuar.
 - Características específicas: a consensuar.

- **CONTENIDOS básicos:**
 - Aspectos biofisiológicos: nuestro cuerpo.
 - Aspectos psicosexuales: nuestro desarrollo sexual.
 - Aspectos afectivos: comunicación.
 - Habilidades sociosexuales: relación.
- **METODOLOGÍA** activa y participativa:
 - Adaptación y flexibilización de las intervenciones.
 - Creación de grupos homogéneos.
 - Incremento de espacios y actividades de relación.
- Crear un espacio para la Educación Sexual en la biblioteca del centro. Materiales didácticos.

2.3.2. *Algunos criterios para la educación sexual en los jóvenes con minusvalías psíquicas*

El hecho de dirigirnos específicamente a jóvenes y adultos nos obliga a considerar algunos aspectos de interés en esta etapa evolutiva. Entre otros, destacaríamos:

1. Aceptación de los cambios bio-psico-sociales que tienen lugar a partir de la pubertad. Capacitación específica en cuestiones como la menstruación o las primeras eyaculaciones, antes de que tengan lugar.
2. Comprensión, respeto y aceptación positiva de las necesidades, deseos y capacidades sexuales de los adolescentes. Comprender y aceptar positivamente los inevitables procesos de atracción y enamoramiento que surgen. Potenciar más, si cabe, los canales de diálogo y discusión. Hablar con los/as chicos/as no es sólo advertirles de los peligros del sexo.

3. Favorecer el desarrollo responsable de la sexualidad de los/as chicos/as. Tener actitudes abiertas hacia la conducta masturbatoria.
4. Proponer modelos de conducta sexual respetuosos y saludables. Ya se ha señalado la pertinencia de facilitarles espacios y actividades para la relación entre chicos y chicas. Si nos consta que hay actividades sexuales, sería preciso, como veremos luego, prepararles en cuestiones como la anticoncepción y las propias relaciones sexuales.
5. Adoptar actitudes abiertas y comprensivas hacia conductas de carácter homosexual.
6. Puede que nos encontremos con algunos problemas relacionados con otras conductas sexuales o con el uso de material pornográfico. Hay que señalar que, en ocasiones y al igual que sucede en chicos sin minusvalías, los materiales pornográficos o eróticos son la única y principal fuente de información y de modelado, por lo que es probable que su uso disminuya a medida que estas personas tengan fuentes de información sexual y formas de satisfacción más adecuadas. En algunos casos habrá de considerarse la posibilidad de someter al sujeto a un programa de cambio de conductas inadecuadas.
7. Promover que haya una mayor comunicación y diálogo en la familia, así como que en los centros o en otros de carácter comunitario (tiempo libre...) se ofrezcan programas y recursos complementarios para niños/as y jóvenes.

En cualquier caso, la puesta en marcha de este tipo de tareas supone, entre otras muchas cuestiones, un esfuerzo importante de los/as profesionales. Para ello sugerimos la creación de un **grupo de trabajo** que coordine las actividades **intracentro** así como las **intercentros** con otros profesionales o expertos de los Servicios Sociosanitarios.

Este grupo igualmente podría responsabilizarse de la **evaluación continuada** de la experiencia.

2.3.3. *Desarrollo de la intervención*

Como se ha dicho, en nuestra propuesta distinguimos dos etapas: ocho-doce años y trece-dieciocho años.

En la primera de ellas, antes de la pubertad, si bien sugerimos tres unidades didácticas (Vamos a conocer nuestro cuerpo, ¿De donde y cómo venimos? Nuestros amigos y amigas) para que puedan ser abordadas con las consideraciones realizadas con anterioridad, hemos de pensar que las características de estos niños y niñas, en particular sus capacidades y los procesos de aprendizaje que siguen, aconsejan que la educación sexual y afectiva se **enmarcase** en un contexto en el que se consideren algunas de las cuestiones siguientes:

1. Tener en cuenta las capacidades de aprendizaje de cada persona y su nivel de desarrollo.
2. Se promuevan escenarios donde los chicos y chicas puedan contrastar los conocimientos que ya tienen sobre cuestiones sexuales y afectivas. Debemos partir de lo que ellos/as saben.
3. Las tareas educativas que se realicen deben considerar y responder a sus intereses, necesidades y capacidades de aprendizaje.
4. Sena muy deseable que ellos/as consideraran las ventajas y la utilidad de lo que queremos que aprendan.
5. Tratar de involucrarlos activamente en el proceso de aprendizaje en un marco lúdico, trabajo en grupo y con actividades atractivas.
6. Se creen espacios en los que se favorezca el desarrollo de sus capacidades, estimulando la autonomía personal.
7. Se favorezca el aprendizaje de hábitos de higiene y cuidado corporal y genital.
8. Se den las condiciones favorables para que niños y niñas aprendan de manera gradual y progresiva las limitaciones sociales existentes.

9. Se cree un clima de naturalidad que permita promover el diálogo y la confianza en cuestiones afectivas y sexuales.
10. Desarrollar habilidades de relación interpersonal.
11. Utilizar un lenguaje cómodo.
12. Tener en cuenta el contexto general y la realidad cercana del chico/a.
13. No hay normas, reglas ni técnicas precisas. La creatividad y la capacidad de adaptación son fundamentales en las actividades a realizar.
14. Habrá que repetir las ideas centrales cuantas veces sea preciso, incluso a lo largo del tiempo.

En la segunda etapa, después de la pubertad (trece-dieciocho años) sugerimos cuatro unidades didácticas: Me quiero como soy, Cómo nacemos y cómo nos desarrollamos, Nos queremos, nos relacionamos, Esas cosas de la pubertad. presentamos a continuación un resumen indicativo de una de estas unidades (la número 4, Esas cosas de la pubertad).

CONTENIDOS:

- Desarrollo en la pubertad-adolescencia.
- Cambios corporales y sexuales.
- La excitabilidad sexual.
- Capacidad reproductiva.
- Cambios psicológicos.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Conozca algunos de los principales cambios que acontecen en la pubertad.
2. Conozca los procesos relativos a la menstruación y a la eyaculación, su importancia y trascendencia.
3. Adopte actitudes positivas ante la primera menstruación o la primera eyaculación.

4. Reconozca y acepte los primeros cambios en su cuerpo relativos a la excitabilidad.
5. Conozca y comprenda las diferencias corporales entre las personas del mismo sexo y las de otro sexo.
6. Conozca la relatividad de estos cambios en lo que respecta a la edad y a las características de cada cual.
7. Conozca los cambios más importantes que acontecen en la pubertad.
8. Refuerce la actitud de respeto hacia el otro/a y su libertad sexual.
9. Tenga actitudes solidarias y de cooperación con sus iguales.
10. Conozca los procesos de atracción y enamoramiento en las personas.

ACTIVIDADES QUE SE SUGIEREN:

1. Averiguar qué tipo de información tienen sobre la eyaculación y la menstruación.
2. Plantearse alguna cuestión parecida a: ¿qué harías si un día descubrieras una mancha de semen en la sábana o calzoncillos? ¿Qué pensarías de una chica que se avergüenza de su menstruación?
5. Reforzar la idea de la necesidad y la conveniencia de estar a gusto consigo mismo/a, con su sexo.
10. En grupos separados de chicos y chicas se ponen en común algunas de las dificultades que tienen en torno a las relaciones chico-chica. Posteriormente pueden sugerirse algunas soluciones.
11. Lluvia de ideas: problemas y riesgos sexuales en la juventud-adolescencia y soluciones.
12. Análisis de una situación en la que se observe algún tipo de manipulación o utilización de poder para conseguir fines

sexuales. Ventajas e inconvenientes de esa estrategia. Puede ampliarse el análisis a situaciones de abuso sexual.

13. Análisis de conductas en las que se deje patente la necesidad de respetar escrupulosamente al otro/a en lo que a conducta y libertad sexual concierne.
14. Promover y estimular el que inicien o mantengan diálogo con sus padres en materia de afectividad y sexualidad.
15. Realizar juegos y tareas que le permitan adquirir un mínimo vocabulario correcto.
16. Evaluar el nivel de conocimientos que tienen sobre las ETS y SIDA. ¿Qué sabemos?
18. Conocer los diferentes métodos contraceptivos, en particular el preservativo. Diseñar juegos para un aprendizaje efectivo (prueba de resistencia, volumen, dos personas bailan con un condón hinchado en el medio evitando que no se caiga, listado de palabras por las que se conoce...).

3. SUGERENCIA FINAL

En el dominio de la educación sexual de las personas con minusvalías psíquicas está casi todo por hacer. Una política educativa coherente en este terreno debe, cuando menos, abordar de manera urgente e inmediata las siguientes cuestiones:

1. Promover la realización de cursos y programas de capacitación para padres y madres.
2. Promover y realizar cursos de formación y reciclaje para los/as profesionales en ejercicio, a través de los mismos Centros de enseñanza, o nuevos Centros especializados que puedan crearse.
3. Promover y realizar programas específicos de capacitación en materia sexual y afectiva para chicos y chicas con minusvalías psíquicas. Es indiscutible la necesidad de la for-

mación y reciclaje de los/as profesionales que trabajan con personas. Según un documento del Ministerio de Educación y Ciencia, la formación del profesorado debe centrarse, entre otros extremos, no tanto en las características de la persona con minusvalías, sino en aquellos factores que faciliten la comprensión de los procesos de enseñanza y aprendizaje, en función de las necesidades especiales de los/as alumnos/as que las presentan.

4. Integración de la disciplina *Sexología y Educación Sexual* en las Facultades y Escuelas Universitarias vinculadas a la salud y la educación.
5. Iniciar investigaciones específicas sobre la conducta sexual de las personas con minusvalías psíquicas, actitudes y necesidades reales en este área.
6. Diseñar y producir materiales didácticos concretos de apoyo a los programas de educación sexual para estas personas.

Somos conscientes de la complejidad y dificultad de llevar a cabo este plan de trabajo, sin embargo, pensamos que se dan unas condiciones favorables para comenzar a andar. Los resultados de algunos estudios realizados por nosotros y nuestra experiencia ilustra esta esperanza.

BIBLIOGRAFÍA

ADAMS, G. L., y col. (1982): «Attitudes toward the sexuality of mentally retarded and nonretarded persons», *Education and training of the mentally retarded*, 4: 307-312.

AMOR, J. R. (1995): *Ética y deficiencia mental*, Madrid, UPCO.

ANDRÓN, L. (1987): «Sexual dysfunction in couple with learning handicaps», *Sexuality and Disability*, 8: 25-34.

BALDARO, J., y col. (1988): *La sexualidad del deficiente*, CEAC, Barcelona.

- BERMEJO, B. G., y VERDUGO, M. A. (1993): «Un enfoque comunitario para modificar la conducta sexual inadecuada en personas con discapacidad», *Siglo Cero*, 145: 9-20.
- BERRIOS, G. (1994): «Mental illness and mental retardation: history and concepts», in N. BOURAS (Eds.), *Mental Health in Mental Retardation. Recent advances and Practices*, Cambridge University Press, Cambridge.
- BIRD, G., y col. (1994): *Meeting the educational needs of children with Down's syndrome. A handbook for teachers*, Portsmouth, University of Portsmouth.
- CANDEL, I., y col. (1997): «El desarrollo socio-afectivo en los niños con Síndrome de Down», en RONDAL, J. A., y col. (1997), *Síndrome de Down: perspectivas psicológica, psicobiológica y socioeducacional*, IMSERSO, Madrid, 219-233.
- COLE, S., y col. (1993): «Sexuality, Disability and reproductive issues through the lifespan», *Sexuality and Disability*, 3: 189-205.
- DIAMANTE, B. (1993): ((Sexualidad disminuidos psíquicos)), *Boletín Federación de Planificación Familiar de España*, 14: 16-19.
- GARCÍA FERNÁNDEZ, J. L. (1984): *La educación sexual en grupos de disminuidos*, Irún, Edutest.
- (1989) *La sexualidad de los marginados*, Medusa, Pamplona.
- (1990) ((Sexualidad y deficiencia)), *Minusval*, 69: 12-17.
- (1991) «La educación sexual de las personas deficientes mentales»), en GARCÍA, J. L., *Guía práctica de información sexual para el educador*, Medusa, Pamplona (2.º Edición).
- (1993) ((Materiales didácticos de apoyo para la educación sexual de las personas con minusvalías psíquicas)), *Siglo Cero*, 145: 51-55.
- (1993) ((Sexualidad, afectividad y deficiencia mental: una aproximación integradora)), *Actas I Conferencia Nacional de la Sexualidad en Personas con minusvalía psíquica*, INSERSO, 109-123.
- (1993) «La educación sexual en personas con minusvalías psíquicas»), *Actas IV Jornadas de Integración*, Universidad de Badajoz, Badajoz.
- (1993) ((Educación sexual y deficiencia psíquica)), *Actas Encuentro Sexualidad del Deficiente Psíquico*, Asociación de Planificación Familiar de Madrid, Madrid.

- (1993) «Relaciones afectivas y sexualidad en las personas con minusvalías», *Actas Jornadas sobre Minusvalías e Integración*, CEP de La Laguna: La Laguna.
- (1994) «Sexualidad afectividad en las personas con discapacidad psíquica», *Actas Jornadas sobre la Persona con Discapacidad Psíquica*, Murcia, FADEM.
- (1996) «Educación sexual e afectiva para profesionales que trabajan con personas con minusvalías psíquicas», *Xornadas de Verán*, Vigo, FADEP.
- JIMÉNEZ, J. (1992): «Encuesta sobre la sexualidad en los centros de atención a personas con minusvalía psíquica», en *Actas I Conferencia Nacional sobre la Sexualidad en Personas con Minusvalía Psíquica*, INSERSO, 195-213.
- MCCARTHY, M., y col. (1996): «Sexualabuse by Design: an examination of the issues in learning disability services», *Disability & Society*, 2: 205-217.
- MEGALIT, M., y col. (1993): «Loneliness and Social Competence Among pre-adolescents and adolescents with Mild Mental Retardation», *Mental Handicap Research*, 2: 97-111.
- POSSE, F., y col. (1993): *La sexualidad de las personas discapacitadas*, Buenos Aires, Fundación Creando Espacios.
- RODRÍGUEZ, J. F. (1995): «Sexualidad y deficiencia mental (II). Un estudio descriptivo en el Hospital Psiquiátrico de Sevilla», *Apuntes de Psicología*, 44: 107-120.
- SCHWAB, W. E. (1992): *Sexuality and Community Living in Down Syndrome: Advances in Medical Care*, New York, Wiley-Liss.
- SEBBA, J.: «Sexual development in mentally handicapped people: a critical look at staff attitudes. Apex», *Journal of the British Institute of Mental Handicap*, 9, 1: 22-23.
- SHORTRIDGE, J., y col. (1993): «Sexuality and Disability: A SIECUS, annotated Bibliography of Available Print-Materials», *Sexuality and Disability*, 2: 150-159.
- VAN DYKE, D. C., y col. (1997): «Conducta psicosexual, sexualidad y cuestiones relativas al tratamiento de las personas con Síndrome de Down», en RONDAL, J. A., y col. (1997).
- *Síndrome de Down: perspectivas psicológica, psicobiológica y socioeducacional*, IMSERSO, Madrid, 249-267.