

Sexualidad y deficiencia mental (I).

Introducción teórica a su estudio

Juan Francisco RODRÍGUEZ TESTAL
María Dolores RODRÍGUEZ SANTOS
Universidad de Sevilla

Resumen

En este artículo se plantean diversos aspectos teóricos generales relativos a la sexualidad del deficiente mental. Se parte de las concepciones más habituales de nuestra sociedad y se comparan con las conclusiones obtenidas por algunos autores. Asimismo, se refieren las características comportamentales y los aspectos sociales que más preocupan en relación con esta manifestación conductual de las personas con retraso mental. El objetivo es presentar el punto de partida de una segunda parte consistente en un trabajo empírico que describe aspectos tratados en este artículo.

Palabras clave: deficiencia mental, sexualidad.

Abstract

This paper presents some general theoretical aspects related to the sexuality of the mentally disabled. The most commonly accepted ideas in our society are considered first, and compared to conclusions obtained by some authors. Behavioural characteristics and social aspects related to sexual behaviour in persons with a mental disability are mentioned. Our aim is to present the starting point of a second article that includes an empirical study describing some aspects revised in this article.

Key words: mental disability, sexual behavior.

La sexualidad del deficiente mental es un tema que habitualmente genera reacciones contrapuestas entre los padres e incluso por parte de los profesionales que se encargan de su educación y/o cuidado. Tradicionalmente, se ha tendido a negar o refrenar esta manifestación conductual. Todo ello a pesar de que muchos de los estudios realizados sobre

este tema parecen estar de acuerdo en que la capacidad sexual y afectiva del deficiente mental no son esencialmente diferentes de las de las demás personas (García, 1989; Júdez, 1990), si bien, es cierto que las mayores dificultades radican en que puedan vivenciarlas en sus propias circunstancias y, especialmente, en expresarlas adecuadamente (Aizpu-

rúa, 1985). Partiendo de estas consideraciones iniciales y de las necesidades planteadas por esta problemática en el marco de una institución psiquiátrica, tiene lugar el desarrollo de este trabajo, el cual trata de enmarcar algunos aspectos claves relativos a la sexualidad del deficiente desde un punto de vista teórico. Relacionado con este artículo se ha desarrollado un segundo en el que tiene lugar la exposición de un trabajo de campo llevado a cabo para describir las características de la sexualidad de deficientes mentales institucionalizados. Finalmente, cabe destacar, que el propósito del trabajo globalmente considerado, era servir de base para la implantación de un programa de atención y educación sexual estructurado en un centro psiquiátrico.

La cuestión de la sexualidad y la deficiencia mental no es, desde luego, novedosa, ya que se trata de una realidad presente en la sociedad a lo largo de la historia. Sin embargo, parece haberse demostrado siempre una mayor preocupación por descubrir las limitadas capacidades de los deficientes y, más recientemente, por las posibilidades de integración de estas personas en una sociedad considerada «normal», que por la conducta sexual y su educación, como sucede con respecto a cualquier otra manifestación conductual con miras a la mencionada normalización. En la década de los cincuenta, surgen nuevas concepciones sobre el deficiente mental que, entre otras cosas, implican una reforma que propugna la desinstitucionalización del máximo número posible de deficientes mentales, siendo en EE.UU. donde se ponen en marcha los primeros programas en esta línea (Jarana, 1990).

En España, el estudio de la deficiencia mental es relativamente reciente, por lo que, hasta hace poco tiempo, el retraso en relación a programas de intervención sobre ellos resultaba bastante considerable en comparación a los desarrollados por otros países (AMAT, 1988). Junto a esta cuestión, como ya se ha apuntado, aparece el olvido, voluntario o involuntario, de la problemática de la sexualidad de los deficientes cuya existencia llegó incluso a ponerse en tela de juicio. Complementariamente, Craft (1985) destaca que es la tradicional asociación establecida entre actividad sexual y procreación la que ha ocasionado la segregación de los deficientes mentales en las sociedades occidentales, e incluso, la relación entre la actividad sexual de los disminuidos psíquicos con el vicio o la patología (García, 1989).

Desde el Congreso de Jerusalén (1968, *International League of the Societies for the Mentally Handicapped*) y, posteriormente, en 1971 en la Asamblea General de las Naciones Unidas, se destaca la necesidad de tomar en consideración los derechos de los deficientes mentales y, con ello, se reivindica la sexualidad y su expresión (Craft, 1985). Por último, dentro de estas iniciativas pioneras, y desde 1973, Suecia se convierte en el país iniciador del estudio sobre la sexualidad y, más específicamente, en lo que concierne a su educación dentro del campo de los deficientes mentales (Aizpurúa, 1985). Sin embargo, desde estos primeros pasos hasta hoy en día no se puede hablar de un desarrollo absoluto en este ámbito. Puede entenderse de esta manera porque, en primer lugar, la cuestión se enfrenta al tabú que aún representa la sexualidad en la so-

ciudad actual y, tanto más, la del deficiente en particular. En segundo lugar, porque, inicialmente, las instituciones psiquiátricas cumplían una función fundamentalmente asilar con respecto a los deficientes mentales siendo, por diversos motivos, el destino común de estas personas. Estas dos razones son, en efecto, de enorme peso porque, a pesar de las reformas que actualmente se están llevando a cabo, el psiquiátrico, punto de partida de este trabajo, sigue siendo el lugar de residencia para muchos deficientes mentales. Resulta evidente entonces el choque entre las estructuras, objetivos y funciones sociales por las que se crearon los centros psiquiátricos y las demandas actuales, confirmándose así, la oposición e inconveniente claro de estas antiguas medidas al principio de *normalización* y, concretamente, en lo que concierne a la sexualidad del deficiente mental.

Sexualidad y deficiencia mental: los mitos

Si, como se ha referido, la sexualidad y su ámbito de estudio han generado de por sí reacciones viscerales en contra, éstas resultan bastante acentuadas cuando se menciona al retrasado y su conducta sexual. Algunas creencias populares han mantenido a lo largo del tiempo dos posturas acerca de la sexualidad de los deficientes. Por un lado, la identificación del déficit mental con la carencia de sexualidad (Loperfido, 1988), esto es, considerarlos como inocentes *o como niños mayores*. En el lado contrario, se sitúa la consideración de que son personas incapaces de controlarse y con actividad sexual desenfrenada, por lo que hay que poner coto a la

misma (Morgenstern, 1979; Craft, 1985; Katz, 1985; Masters, Johnson y Kolodny, 1987; Abramson, Parker y Weisberg, 1988; Gafo, 1989; Júdez, 1990).

Lo cierto es, como señalan Abramson, Parker y Weisberg (1988), que aunque dependa del grado de deficiencia, el comportamiento sexual del minusválido psíquico será fundamentalmente adecuado en la medida que lo sea su ambiente. Además, estos autores enfatizan, en contra de lo que comúnmente se cree, la presencia de una cierta capacidad de autocontrol sexual por parte de estas personas, especialmente entre los niveles más leves de deficiencia. Cabe añadir incluso que, conforme avanzan en años muchos de ellos alcanzan, lentamente, cierta maduración (Morgenstern, 1979), aspecto a tener en cuenta para no partir de una concepción estática del deficiente mental y, por consiguiente, con implicación para las posibilidades educativas y adaptativas. Finalmente, si muchos deficientes son educables y entrenables en muchos hábitos, tiene sentido preguntarse por qué no deben serlo en lo relativo a la sexualidad en general y la expresión de la misma en particular.

Por tanto, deben desmitificarse ciertas consideraciones negativas que rodean la sexualidad del deficiente comprobando unas características y un rango de necesidades sexuales semejantes a la de los no retrasados (McClennen, 1988), pero muy influenciada por elementos externos como puede ser la institución psiquiátrica y su riguroso control, siguiendo el hilo conductor de este trabajo (Edgerton, 1979; Gebhard, 1979; Johnson, 1979; Morgenstern, 1979; Vásquez, 1983; Katz, 1985). De esta manera, para algunos autores (Siguán, 1970; Gebhard, 1979; Johnson, 1979; García, 1989) no es el eti-

quetado basado en la deficiente inteligencia y/o las habilidades motoras los aspectos más esenciales para hablar de capacidad y derecho a la sexualidad. Con todo, como precisa Júdez (1990), debe tenerse muy presente el grado de déficit cognitivo que presenta el sujeto para diferenciar entre expresión sexual y sexualidad responsable. Después de todo lo mencionado, es importante destacar que la expresión sexual se convierte en el centro de las mayores diferencias entre el deficiente y el sujeto normal, lo cual es susceptible de ser aprendido (Abramson, Parker y Weisberg, 1988; Kempton y Stiggall, 1989). Por tanto, debe ponerse de relieve la necesidad del desarrollo de una adecuada educación sexual y que, como llaman la atención Masters, Johnson y Kolodny (1987) y Abramson, Parker y Weisberg (1988), en la actualidad esto no se realiza de manera habitual, por lo que, con ello, no sólo se niegan oportunidades a la posibilidad de expresión sexual de estas personas, sino que también se promocionan indirectamente conductas y modos inadecuados de expresión sexual (Bermejo y Verdugo, 1993).

Características de la sexualidad de los deficientes

A continuación, se desglosan brevemente varios aspectos relativos a la sexualidad del deficiente mental que pueden considerarse de interés tanto para su estudio como para su intervención.

El desarrollo de la sexualidad

Habitualmente, se asume la existencia de un retraso globalizado en lo que concierne al desarrollo de la sexualidad

del deficiente mental producto de una lenta maduración biológica. Sin embargo, en contra de esta postura generalizadora, Craft (1985) explicita que, por ejemplo, el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios es, entre deficientes leves y moderados, bastante semejante al de sus pares normales. No obstante, como matiza esta autora, sí es más patente el retardo en la maduración en el caso de los deficientes severos y profundos. Con ello, quiere mostrarse que aunque es cierto dicho retraso en los aspectos fisiológicos de la sexualidad, éstos no son tan patentes conforme se aproximan a la normalidad estas personas, pero, además, sujeto a variaciones como la edad, el sexo o características individuales (Katz, 1985). Complementando esta maduración de las características más estrictamente biológicas y fisiológicas, Morgenstern (1979), destaca la lenta identificación y preferencia de roles comprobable entre estas personas. Este autor aduce como posible explicación para ello, el déficit intelectual del individuo. Por tanto, una vez más se trata de diferencias individuales que destacan la relevancia de una evaluación adecuada a tener muy presente con el fin de desarrollar un programa de educación sexual.

Las conductas sexuales

Si se toman en consideración los comportamientos sexuales de los deficientes mentales en comparación con poblaciones normales, se observan importantes diferencias entre los resultados obtenidos por diferentes investigadores. Esto puede ser reflejo de la heterogeneidad de la población, pero también

debido al contexto en el que ésta es estudiada y las posibilidades de contacto social de estos individuos (Edmonson, 1988). De este modo, se destaca en la literatura que ciertos comportamientos se hallan en elevada proporción como sucede con la conducta homosexual (Gebhard, 1979; Vásquez, 1983) y la actividad masturbatoria, siendo ésta superior a la coital (González García y González Botella, 1980). Entre los hábitos que se observan disminuidos destaca, entre otros, el juego heterosexual (Gebhard, 1979). Las conductas en las que no se encuentran diferencias relevantes con respecto a poblaciones normales son el contacto bucogenital, la manipulación de genitales, masturbación, coito conyugal y preconyugal, respuesta sexual a estimulación psicológica (Gebhard, 1979) y, para otros autores, la homosexualidad (Katz, 1985). Para alcanzar a comprender las diferencias señaladas por muchos autores en lo referente a la frecuencia de determinados hábitos o prácticas sexuales de los deficientes mentales, hay que recalcar el factor determinante que desempeña la institucionalización, frecuentemente presente al hacer alusión a esta población (Money, 1979; Vásquez, 1983). Al tiempo, es conocido que en las instituciones, pese a las restricciones a que se ven sometidos los sujetos, tengan lugar diversas prácticas e incidencia de algunas conductas que otro ambiente o una adecuada educación no generarían y que por tanto no deberían servir para sacar conclusiones sobre estas conductas como idiosincráticas del deficiente sino, en todo caso, las del deficiente mental institucionalizado. En concreto, en lo relativo al siempre mencionado aumen-

to de la homosexualidad, parece tener que ver con el aislamiento y la falta de acceso a otras posibilidades (Gebhard, 1979; Money, 1979). Además, Gebhard (1979) añade que dicha homosexualidad disminuye con la edad. Igualmente, considera que otros hábitos, como la masturbación en sujetos internados, está sujeta a una clara disminución en aquellos deficientes que tuvieron posterior acceso al matrimonio, hallando en dicha relación, una normalización en la práctica del coito en comparación con un grupo control formado por sujetos no deficientes. Finalmente, y de acuerdo con las consideraciones recogidas por Bermejo y Verdugo (1993), no es extraño que algunas de estas personas expresen inadecuadamente sus conductas o bien presenten claramente comportamientos considerados desviados, debido a las carencias de un entorno adecuado, donde no se desarrolla una educación sexual y donde todavía no hay acuerdo en cuanto a qué es y cómo considerar la expresión normal de la sexualidad del deficiente.

La sexualidad y los niveles de deficiencia

Algunos estudios han tratado de identificar las características generales de la sexualidad para cada uno de los niveles de deficiencia mental, lo cual tiene interés desde el punto de vista educativo. En cuanto a los deficientes mentales *leves*, lo más reseñable es que sus conductas y manifestaciones se pueden considerar del todo en la normalidad (Katz, 1985; Masters, Johnson y Kolodny, 1987). Sin embargo, Kempton y Stiggall (1989), indican que muchos llegan a la

adultez en la mayor ignorancia en materia sexual, por lo que es conveniente instruirlos en materia sexual aprovechando que constituyen el grupo que mejor puede aprovecharla. Sus posibilidades de aprender en esta materia se relaciona con una sexualidad equivalente a la de un adolescente de 11 ó 12 años, pudiendo contemplarse cualquier aspecto, desde anatomía y desarrollo sexual, embarazo y anticoncepción, a variantes del comportamiento sexual y relaciones interpersonales (Robinson, 1984; Verdugo, 1990). Habitualmente, carecen de los problemas de relación de otros deficientes de menor capacidad intelectual. Masters, Johnson y Kolodny (1987) han puesto de relieve, en contra de las posturas que se señalaron inicialmente de la sexualidad descontrolada de los deficientes, que en este grupo se observa una gran variabilidad, conllevando incluso que muchos de ellos sean verdaderos mojígatos en materia sexual, lo cual puede ser reflejo de que este grupo es más receptivo a las influencias sociales (Belmonte, 1993). Entre los deficientes leves pueden considerarse a dos síndromes como el de Turner y Klinefelter, ya que, aunque no constituyan un número significativo dentro de este nivel de deficiencia (y algunos casos del nivel moderado), es interesante mencionarlos ya que son cuadros menos conocidos. Brevemente, se puede referir al primero como la falta de un cromosoma sexual (45, X) que altera el desarrollo gonadal. Su aparición está estimada en uno de cada 2.500 nacimientos. (Carrobes, 1990), aunque no todos los casos llegan a sobrevivir. Pásaro, Fernández y Méndez (1993), destacan la gran variabilidad psicológica de las

personas con este síndrome que incluye, además, la posibilidad de mosaicismo. Fundamentalmente para este trabajo, interesan aquellos casos de retraso mental ligero o medio aunque no sean los más frecuentes. Sus características físicas son la baja estatura, las malformaciones congénitas (cuello corto, de implantación baja y de aspecto alado, por ejemplo) y la falta de menstruación. Por otro lado, no son extraños los trastornos del carácter y el infantilismo conductual que manifiestan algunos de estos casos por lo que muchas de estas personas precisan apoyo. El caso del síndrome de Klinefelter es interesante ya que su presencia puede considerarse elevada (1/500 nacimientos). Esta anomalía cromosómica se caracterizan por un cariotipo 47 XXY, con genitales masculinos muy poco desarrollados, escasos caracteres sexuales secundarios, habitualmente ginecomastia (engrandecimiento mamario), esterilidad y características feminoides.

Los deficientes mentales *moderados*, se caracterizan por disponer de menos habilidades que los deficientes mentales ligeros, aunque pueden obtener beneficios de la educación sexual. Es de destacar que, muchas de las conductas que muestran, en realidad, son más producto de la imitación que de iniciativa propia (Posse y Verdeguer, 1991). McClenen (1988) destaca, para esta formación en materia sexual, la capacidad de que disponen para aprender sobre sus cuerpos, deseos y sentimientos. Asimismo, señala algunos objetivos adaptativos como las diferenciaciones entre lo público y privado; apropiado e inapropiado, las expresiones de afecto, las consecuencias del acto sexual o la evitación de

la explotación sexual, como ejemplos más significativos. En este nivel se puede integrar fundamentalmente la trisomía 21 de Down. Este síndrome representa un tercio de todos los deficientes (1/700 nacimientos). Se ha comprobado que su desarrollo puede quedar incompleto en lo que concierne a las características sexuales primarias traducido en carencias en el tejido espermatogénico y en ovarios subdesarrollados. Además, los varones producen generalmente menos hormonas sexuales, el pene es a menudo pequeño, con descenso testicular ausente o incompleto, escroto pequeño y escaso vello púbico. En el caso de las mujeres y adolescentes mongólicas, las glándulas mamarias están poco desarrolladas aunque las menstruaciones se producen normalmente. En general, los genitales se caracterizan por un desarrollo infantil, menarquia tardía y vello púbico escaso. Se dispone únicamente de una prueba de fertilidad de los varones (Júdez, 1990), admitiéndose generalmente que son estériles aunque muchos son capaces de erección y de mantener relaciones (Craft, 1985). En este sentido, Lambert y Rondal (1982), revisan estudios en los que se concluye o bien ausencia de espermatozoides o en un número inferior para la reproducción. Se considera que estas características son las que contribuyen a la casi inexistente reproducción de los Down. Sin embargo, se conocen 30 casos, recogidos en la literatura científica, de mujeres Down que tuvieron hijos, de los cuales más del 50% heredaron la trisomía 21 (Craft, 1985). Para Posse y Verdeguer (1991), estas personas se caracterizan por demostraciones afectivas hacia aquellos a quienes quieren y manifiestan deseos de tener novio/a. Estos

autores consideran que, generalmente y debido a su nivel intelectual, es imposible que partan de ellos conductas sexualmente intencionadas tal y como es entendido por los adultos, sino que, en todo caso, son imitadas. Sin embargo, obtienen satisfacción espontánea a partir de la masturbación y el contacto con los otros.

En la mayoría de los retrasados *severos* (10-15% de la población total de deficientes) la actividad sexual espontánea es autoerótica (Edmonson, 1988). McClennen (1988), considera que en este grupo se presenta el mayor riesgo de aprendizaje de conductas sexuales inadecuadas. Gebhard (1979), por su parte, señala que sólo entre los más retrasados se produce una disminución en actividades sexuales como la masturbación. La actuación a nivel educativo puede centrarse en la adopción de ciertos comportamientos adaptativos y en mejorar las posibilidades de expresión que en muchas ocasiones son precarias. Finalmente, se puede señalar, que en este nivel de deficiencia es más patente la variabilidad intergrupar en cuanto a los hábitos sexuales (Edgerton, 1979), probablemente dependiente de los trastornos fisiológicos asociados.

Entre los deficientes mentales *profundos*, desde el momento de la pubertad, realizan como mucho conductas sexuales como la autoestimulación, ya que sus capacidades de relación son enormemente limitadas. De este modo, pueden rechazar el contacto, aislarse, realizar conductas estereotipadas sobre los genitales de otro o sobre sí mismos y sin finalizar en eyaculación, por ejemplo (Belmonte, 1993). Por ello, las posibilidades de la educación sexual en este

caso son reducidas, pero, con todo, centradas en instaurar habilidades de privacidad.

Aspectos sociales de la sexualidad de los deficientes

El matrimonio y la pareja

Este tema ha sido objeto de estudio y discusión ya que supone la conveniencia o no de las uniones formalizadas entre deficientes mentales. Para algunos autores se trata de un derecho (Gafo, 1989; Sainz de Robles, 1989), no faltando detractores que alegan la facilidad de ruptura que se produce en dichas alianzas (Gebhard, 1979; Scally, 1979). Mattinson (1979), las considera positivas ya que se produce una especie de equilibrio entre deficientes casados, al sumar sus recursos, siendo inferiores cuando funcionan de forma individual. Para los deficientes mentales leves, la intencionalidad ante la pareja es afectiva y sexual y, con una educación pertinente, la vida en pareja (o matrimonio) puede ser muy adecuada, ya que ésta habilidad no tiene por qué correlacionar necesariamente con la capacidad intelectual (Katz, 1985; Edmonson, 1988). Son los más capaces de mantener matrimonios estables y felices con personas retrasadas o no retrasadas, solventando sus necesidades adaptativas y sociales cuando están altamente motivados para el logro (Abramson, Parker y Weisberg, 1988). Scally (1979), muestra la preferencia de los deficientes mentales por casarse con personas con mayor capacidad intelectual y social que ellos, pero prácticamente en todos los casos es la mujer quien tiene el menor nivel intelectual

debido a los condicionamientos culturales. En el caso de los deficientes mentales moderados, Posse y Verdeguer (1991), señalan que muestran deseos de tener pareja e hijos aunque la elección de la misma es más afectiva y, habitualmente, menos consistente.

La descendencia y crianza de los hijos

En relación con el punto anterior, se debate sobre la conveniencia de que en los matrimonios y parejas de los deficientes se produzca descendencia. La polémica es lejana ya que, tradicionalmente, se concebía al deficiente como excesivamente prolífico resultando que, en realidad, tienen una ratio inferior a las parejas normales (Reed y Anderson, 1979). Otro de los temores ampliamente manifestado, se refiere a la posibilidad de una descendencia también deficiente (González García y González Botella, 1980; AMAT, 1988; Gafo, 1989; Redacción de *Siglo Cero*, 1989a; López, 1993) o, en caso contrario, a la incapacidad para estimular a los hijos (Redacción de *Siglo Cero*, 1989b, López, 1993). No obstante, los defectos genéticos han sido exagerados en gran medida (Katz, 1985), conociéndose que sólo el 15% de todos los diagnósticos de retraso mental son atribuibles a causas genéticas. En estos casos donde queda demostrada la alteración genética, sí es cierto que la probabilidad de que sus hijos sean deficientes es casi segura. Sin embargo, contrariamente a los anteriores resultados, se ha comprobado que un alto porcentaje de deficientes mentales tienen su origen en algunas enfermedades y traumas que poco tienen que ver con la

herencia, no existiendo perjuicios genéticos obvios ni demostrables (Sanjuan e Ibáñez, 1987; Abramson, Parker y Weisberg, 1988). Por ello, no hay razones por la que se pueda atribuir una causalidad directa de descendencia también deficiente, máxime si se acompaña de una adecuada estimulación. Al hilo de lo señalado, también preocupa la crianza de los hijos, que resulta insatisfactoria en muchos casos (Scally, 1979; Redacción de *Siglo Cero*, 1989b). Sin embargo, las posiciones actuales apuntan hacia un apoyo por parte de las instituciones, desarrollo de pisos y grupos tutelados, distinguiendo muy bien entre los matrimonios que pueden posibilitar un desarrollo afectivo e intelectual apropiado y responsable.

La contracepción

Las consideraciones señaladas contrarías a la posibilidad de la descendencia en matrimonios y parejas de deficientes mentales, han llevado a adoptar medidas contra la concepción en los mismos como la esterilización (Money, 1979; Katz, 1985; Abramson, Parker y Weisberg, 1988; AMAT, 1988; Redacción de *Siglo Cero*, 1989a). Por el contrario, hay autores que no están de acuerdo con estas medidas tan drásticas ya que aún quedan muchos aspectos por estudiar de la sexualidad de los deficientes (AMAT, 1988) siendo posible buscar otras alternativas a estos extremos (Lacquaniti, 1987; Valente, 1987; Posee y Verdeguer, 1991). Estas opciones, pueden ir desde la planificación familiar y contracepción (Masters, Johnson y Kolodny, 1987; Grunewald, Hall y Roren, 1989), a la educación sexual que permita el desa-

rollo de un derecho y condición humana básicos desde una perspectiva realista y responsable (Vásquez, 1983; Robinson, 1984; Masters, Johnson y Kolodny, 1987; Abramson, Parker y Weisberg, 1988; McClennen, 1988; Kempton y Stiggall, 1989). La alternativa educativa bien desarrollada permite conocimientos sobre anticoncepción, reproducción, higiene, habilidades sociales y reduce el comportamiento inapropiado de los retrasados mentales (Robinson, 1984; McClennen, 1988; Kempton y Stiggall, 1989). Concretamente y con respecto a la anticoncepción, se ha comprobado que las retrasadas leves son capaces de manejar las píldoras anticonceptivas (Abramson, Parker y Weisberg, 1988); el DIU, en retrasadas leves y moderadas con ayuda ginecológica frecuente (Abramson, Parker y Weisberg, 1988; García, 1989) frente a otras alternativas menos recomendables como el diafragma o el preservativo (Abramson, Parker y Weisberg, 1988) y que implican la necesidad de una planificación regular y habilidades para la manipulación de estos materiales.

Los padres y educadores

En otro orden de cosas, es importante conocer las actitudes de los padres y educadores en lo concerniente a la sexualidad de los deficientes para el conveniente desarrollo de una actuación educativa. Sucede que muchos padres de retrasados fallan en percibir necesidades sexuales en sus hijos manifestando malestar por lo inconveniente e inadecuado de la expresión sexual así como miedo a la explotación sexual (Abramson, Parker y Weisberg, 1988). Así, por ejemplo,

Martin (1993) en un trabajo sobre la opinión de los padres con respecto a diferentes áreas de la sexualidad de sus hijos deficientes, pone de manifiesto que el 72% de los padres de varones y el 61% de mujeres consideran que ellos/as no muestran interés por el sexo o que el 86% y 56% de varones y mujeres, respectivamente, no participan en conversaciones sobre sexualidad. Otros, además, de acuerdo con la postura ya señalada del deficiente como ser asexuado, consideran que no se debe proporcionar ningún tipo de información de este género para no despertar interés alguno hacia la sexualidad (Edmonson, 1988). Crespo (1993) señala una predominancia de padres cuya postura es considerar tabú la sexualidad del deficiente y asumir una posición pasiva mientras no suceda nada relevante que merezca ser considerado. Algunos de los trabajos que se han preocupado por comparar las actitudes de padres y educadores, concluyen que éstos últimos son más favorables que los padres hacia la sexualidad en general de los deficientes mentales (Aizpurúa, 1985; Hernández y Ramos, 1990). No obstante, la actitud de muchos padres no es más que reflejo de la carencia de conocimientos sobre el tema. En este sentido, Pelechano (1986), observó una mejora de dichas actitudes una vez que los padres recibieron información sobre sexualidad. Entre padres y educadores no se han hallado diferencias significativas con respecto a la necesidad de educación sexual, la planificación familiar, ni en lo referente al aborto o la esterilización, mientras se daba una gran discrepancia entre dichos grupos respecto a las relaciones prematrimoniales y a la masturbación (Aizpurúa, 1985;

Hernández y Ramos, 1990). Por último, cabe hacer mención del personal institucional, al que se le achaca no tratar o no saber tratar con diligencia todo lo relativo a la sexualidad del deficiente. Probablemente, además del marco en el que se desarrolla su actividad, carezcan de líneas claras a seguir y una adecuada formación como sucede incluso con los educadores, todo esto con independencia de las actitudes y creencias personales (Abramson, Parker y Weisberg, 1988). En este sentido y en nuestro entorno científico, Jiménez (1993) recoge la necesidad de los profesionales que trabajan con deficientes en el sentido de crear programas sobre sexualidad aplicables en los diferentes centros.

El abuso sexual a los deficientes

Entre los temores de muchos padres hacia sus hijos deficientes, se encuentra la posibilidad de que éstos sean explotados sexualmente (Kempton y Stigall, 1989). Se ha llegado incluso a estimar, señala Robinson (1984), que el 80% de los retrasados se han hallado alguna vez en dicha situación. Se ha demostrado que en la gran mayoría de las ocasiones la persona que abusa del deficiente procede de su propio entorno y, sin embargo, es bastante más extraño que sea un deficiente el que abuse de otro. Los programas de educación sexual están indicados en cualquier caso. Tanto ante las reacciones de sobreprotección que suscita este problema (Robinson, 1984; Kempton y Stigall, 1989), de entrenamiento para los deficientes como medio eficaz para prevenirlo (Edmonson, 1988), como para aquellos otros deficientes que han presentado conductas sexuales des-

viadas de esta naturaleza (Bermejo y Verdugo, 1993).

Hasta aquí hemos presentado una breve introducción acerca de la sexualidad del deficiente. Los temas tratados tratan de dar, por un lado, una visión general de la cuestión y por otro, hacer alusión a algunas cuestiones que se tuvieron en cuenta al diseñar y ejecutar la investigación empírica que se presenta en la segunda parte de este artículo.

Referencias

- ABRAMSON, P.R., PARKER, T. Y WEISBERG, S.R. (1988). Sexual Expression of Mentally Retarded People: Educational and Legal Implications. *American Journal on Mental Retardation*, 93, 328-334.
- AIZPURÚA, I. (1985). *Sexualidad y subnormalidad. Actitudes de padres y educadores*. San Sebastián: Universidad del País Vasco.
- AMAT (GRUPO DE SOCIOLOGÍA) (1988). *La situación de las personas con deficiencia mental internadas en centros psiquiátricos*. Madrid. No publicado.
- BELMONTE, R. (1993). La sexualidad en personas con minusvalía psíquica: principales problemas y estrategias de intervención en un Centro de Educación Especial. En: Ministerio de Asuntos Sociales. *Sexualidad en personas con minusvalía psíquica*. Madrid: Inersio.
- 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.
- CARROBLES, J.A. (1990). *Biología y psicofisiología de la conducta sexual*. Madrid: Fundación Universidad-Empresa.
- CRAFT, A. (1985). Sexuality and Mental Handicap. *Physiotherapy*, 71 (4), 172-174.
- CRESPO, G. (1993). Sexualidad y deficiencia mental: algunos datos de AFANIAS. En: Ministerio de Asuntos Sociales. *Sexualidad en personas con minusvalía psíquica*. Madrid: Inersio.
- EDGERTON, R.B. (1979). Consideraciones en torno a la investigación sociocultural. En: F.F. de la Cruz y G.D. LaVeck (Eds.) *Sexualidad y retraso mental*. San Sebastián: Servicio Internacional de Información sobre Subnormales.
- EDMONSON, B. (1988). Disability and sexual adjustment. En: V.B.V. Hassel, P.S. Strain y M. Hersen (Eds.) *Handbook of Developmental and Physical Disabilities*. Nueva York: Pergamon Press.
- GAFO, J. (1989). Perspectivas éticas en la sexualidad de las personas con deficiencia mental. *Siglo Cero*, 124, 28-29.
- GARCÍA, J.L. (1989). *La sexualidad de los marginados*. Pamplona: Medusa.
- GEBHARD, P.H. (1979). El comportamiento sexual de los retrasados mentales. En: F.F. de la Cruz y G.D. LaVeck (Eds.) *Sexualidad y retraso mental*. San Sebastián: Servicio Internacional de Información sobre Subnormales.
- GONZALEZ GARCÍA, A. Y GONZALEZ BOTELLA, S. (1980). *Salud mental y salud sexual*. Madrid: Artes Gráficas Gala.
- GRUNEWALD, K., HALL, B. Y ROREN, O. (1989). La persona deficiente

- mental y la paternidad. *Siglo Cero*, 124, 12-22.
- HERNÁNDEZ, P. Y RAMOS, M^a A. (1990). La sexualidad de las personas con deficiencia mental. *Jornadas sobre la Sexualidad del Disminuido Psíquico Adulto*. Navacerrada (Madrid). Octubre.
- JARANA, L. (1990). Programa de desinstitutionalización de deficientes mentales del Hospital Psiquiátrico Miraflores de Sevilla. En: J.M. León Rubio (Ed.) *Psicología de la salud: aportaciones desde la Psicología Social*. Sevilla: Alfar.
- JIMÉNEZ, J. (1993). Encuesta sobre la sexualidad en los centros de atención a personas con minusvalía psíquica. En: Ministerio de Asuntos Sociales. *Sexualidad en personas con minusvalía psíquica*. Madrid: Inersero.
- JOHNSON, W.R. (1979). La educación sexual de los retrasados mentales. En F.F. de la Cruz y G.D. LaVeck (Eds.) *Sexualidad y retraso mental*. San Sebastián: Servicio Internacional de Información sobre Subnormales.
- JÚDEZ, J. (1990). Aspectos biopsicosociales de la sexualidad en minusválidos psíquicos. *Jornadas sobre Sexualidad del Minusválido Psíquico Adulto*. Navacerrada (Madrid).
- KATZ, G. (1985). La vida sexual de los deficientes mentales. *Bona Gent*, 21, 29-61.
- KEMPTON, W. Y STIGALL, L. (1989). Sex education for persons who are mentally handicapped. *Theory into Practice*, XXVIII (3), 203-211.
- LACQUANTI, A. (1987). ¿Una violencia para impedir otra?. *Siglo Cero*, 114.
- LAMBERT, J.L. Y RONDAL, J.A. (1982). *El mongolismo*. Barcelona: Herder.
- LOPERFIDO, E. (1988). La sexualidad del disminuido psíquico. En: J. Baldaro Verde, G. Govigli y C. Valgimigli (Eds.) *La Sexualidad del Deficiente*. Barcelona: Ceac.
- LÓPEZ, F. (1993). Criterios de salud sexual y minusvalías. En: Ministerio de Asuntos Sociales. *Sexualidad en personas con minusvalía psíquica*. Madrid: Inersero.
- MARTÍN, E. (1993). Conductas sexuales y afectivas en minusválidos psíquicos. En: Ministerio de Asuntos Sociales. *Sexualidad en personas con minusvalía psíquica*. Madrid: Inersero.
- MASTERS, W.H., JOHNSON, V.E. Y KOLODNY, R.C. (1987). *La sexualidad humana*. Barcelona: Grijalbo.
- MATTINSON, J. (1979). Matrimonio y retraso mental. En: F.F. de la Cruz y G.D. LaVeck (Eds.) *Sexualidad y retraso mental*. San Sebastián: Servicio Internacional de Información sobre Subnormales.
- MCCLENNEN, S. (1988). Teacher's notebook. Sexuality and students with mental retardation. *Teaching Exceptional Children*, 20 (4), 59-73.
- MONEY, J. (1979). Algunas ideas sobre los tabúes sexuales y los derechos de los subnormales. En: F.F. de la Cruz y G.D. LaVeck (Eds.) *Sexualidad y retraso mental*. San Sebastián: Servicio Internacional de Información sobre Subnormales.
- MORGENSTERN, M. (1979). Actitudes de la comunidad ante la sexualidad del retrasado mental. En: F.F. de la Cruz y G.D. LaVeck (Eds.) *Sexualidad y retraso mental*. San Sebastián: Ser-

- vicio Internacional de Información sobre Subnormales.
- PÁSARO, E., FERNÁNDEZ, R. Y MÉNDEZ, J. (1993). Valoración de diversas variables conductuales en individuos con síndrome de Turner. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 46 (4), 449-458.
- PELECHANO, V. (1986). Actitudes y cambio de actitudes sobre la sexualidad en padres de deficientes mentales. *Análisis y Modificación de Conducta*, 12, 31-32, 263-280.
- POSSE, F. Y VERDEGUER, S. (1991). *La sexualidad de las personas discapacitadas*. Buenos Aires: Fundación Creando Espacios.
- REDACCIÓN DE SIGLO CERO (1989). Editorial: Madres y padres deficientes mentales. *Siglo Cero*, 124, 11.
- REDACCIÓN DE SIGLO CERO (1989). Los hijos de las personas con retraso. *Siglo Cero*, 124, 31-32.
- REED, S.C. Y ANDERSON, V.E. (1979). Efectos de la variación de la sexualidad sobre la dotación génica. En: F.F. de la Cruz y G.D. LaVeck (Eds.) *Sexualidad y retraso mental*. San Sebastián: Servicio Internacional de Información sobre Subnormales.
- ROBINSON, S. (1984). Effects of a sex education program on intellectually handicapped adults. *Australia and New Zealand Journal of Developmental Disabilities*, 10 (1), 21-26.
- SAINZ DE ROBLES, F. (1989). El matrimonio de las personas con deficiencia mental. *Siglo Cero*, 124, 24-26.
- SANJUAN, A. E IBAÑEZ, P. (1987). *Las minusvalías*. Madrid: Uned, Aula Abierta.
- SCALLY, B.G. (1979). Matrimonio y retraso mental: observaciones en Irlanda del Norte. En: F.F. de la Cruz y G.D. LaVeck (Eds.) *Sexualidad y retraso mental*. San Sebastián: Servicio Internacional de Información sobre Subnormales.
- SIGUÁN, M. (1970). La personalidad del deficiente mental. *Anuario de Psicología*, 1 (2), 45-64.
- VALENTE, L. (1987). La esterilización alternativa extrema. *Siglo Cero*, 114.
- VÁSQUEZ, L.G. (1983). Educación sexual para deficientes mentales. *Siglo Cero*, 90, 52-58.
- VERDUGO, M.A. (1990). *Programas conductuales alternativos para la educación de deficientes mentales*. Madrid: Mepsa.