

El desarrollo de la sexualidad en la deficiencia mental

Elena INSA BALLESTER (1)

Universidad de Zaragoza

Correspondencia:

Elena Insa Ballester

C/ Reconquista 12, 3º,
E-50001, Zaragoza

Tel.: 97 62 968 95

E-mail: einsabal@hotmail.com

Recibido: 15 de junio de 2005
Aceptado: 25 de octubre de 2005

RESUMEN

Las personas con deficiencia mental tienen unas necesidades sexuales que satisfacer en el mismo sentido que las personas normales. Esta afirmación es interpretada de diferentes modos ya que, en ocasiones, se les considera infantiles y carentes de sexualidad y en otras, se les otorga un exagerado impulso sexual. No obstante, diversos autores defienden la idea de que los deficientes mentales y las personas sin retraso presentan un desarrollo sexual similar. La diferencia básica radicaría en la dificultad de interpretación y control de las respuestas a estímulos sexuales de los deficientes. También existen diferencias entre este tipo de población. Su desarrollo sexual depende de diversos factores: edad, sexo, grado de deficiencia y sus características personales y, sobre todo, de los prejuicios sociales. Para conseguir una sexualidad normalizada es conveniente evitar actitudes sobreprotectoras, ofrecerles experiencias y una amplia educación sexual.

PALABRAS CLAVE: Sexualidad, Deficiencia mental, Educación afectiva, Educación sexual

Mentally handicapped: The development of sexuality

ABSTRACT

Mentally handicapped individuals have to meet their sexual needs just as normal individuals do. This statement is interpreted in different ways, since sometimes they are considered infantile and lacking sexuality, whereas some other times they are said to show an excessive sexual impulse. In any case, several authors support the idea that mentally handicapped individuals have a similar sexual development to non-handicapped individuals. The main difference

would lie in the difficult interpretation and control of the mentally handicapped's responses to sexual stimuli. There are also differences among them. Their sexual development varies according to factors such as age, gender, degree of handicap, personality, and, above all, social prejudices. For them to enjoy a normal sexuality, it is advisable to avoid overprotective attitudes and to offer them experiences and broad sexual education.

KEYWORDS: Sexuality, Mental handicap, Emotional education, Sexual education

1. Introducción

La sexualidad del deficiente mental es un asunto complicado. Si a menudo no es fácil tratar el tema de la sexualidad, se hace mucho más complejo en el caso de las personas con deficiencia mental. La presencia de la sexualidad en este segmento de la población ha sido vista como un problema más que como un atributo humano.

Según López (2002, 32):

“las personas tenemos un abanico de emociones que nos permite expresar todos los sentimientos de mil formas. Sentimos la necesidad de tocar y ser tocados, estimular y ser estimulados, etc. (...). La necesidad de contacto corporal la resolvemos con los padres, durante la infancia, y con los amigos y la pareja durante la vida adulta y la vejez”.

La necesidad específica de intimidad sexual la resolvemos con la pareja. Las personas con discapacidad intelectual, que son frecuentemente muy táctiles y menos reprimidas en relación al contacto corporal, parece que tienden a resolver esta necesidad con los padres y las personas que los cuidan. Sin embargo, es frecuente que no puedan resolver sus necesidades sexuales. Con frecuencia, el único recurso es el de la masturbación; un recurso que les permite disfrutar del placer pero que no puede satisfacer la necesidad de contacto e intimidad sexual con otras personas.

Las limitaciones propias del retraso mental, la sobreprotección familiar, la carencia de entornos en los que interactuar, hacen difícil que las personas discapacitadas tengan una verdadera vida interpersonal.

Por lo tanto, podemos llegar a la conclusión de que con frecuencia estos sujetos tienen dificultades para resolver de manera adecuada sus necesidades interpersonales y de intimidad afectivo-sexual.

Por otro lado, y con respecto a este tema, existen pocas investigaciones empíricas y, desde mi punto de vista, son poco rigurosas y cargadas de opinión, por lo que no merece la pena citarlas. No obstante, a quienes les interese profundizar más en este tema les remito a Molina (1999) y a los siguientes números de la revista *Siglo Cero*: 46 (1979), 97 (1985), 124 (1989), 145 (1993) y 146 (1993).

2. Mitos acerca de la sexualidad del deficiente mental

Cuando se habla del tema de la sexualidad dentro del ámbito de la deficiencia mental, el comentario suele estar relacionado con alguna desviación o aspecto problemático (tendencia a la masturbación en público, existencia de agresiones sexuales...).

Esta idea se ha traducido en una serie de prejuicios que podrían ser definidos como un conjunto de creencias generalizadas, que se dan por ciertas sin necesidad de una reflexión. Como señala Myers (1995, 411), “el prejuicio surge de numerosos factores interrelacionados, sociales, emocionales y cognitivos”.

Entre estos mitos, según Molina y Gómez (1992), se encuentran afirmaciones como que “todos los deficientes mentales son iguales”, “la deficiencia mental es hereditaria” u otros ya relacionados con la sexualidad como: “las personas con deficiencia mental poseen una sexualidad exacerbada”. Este tópico, que consiste en considerar que el deficiente mental manifiesta una conducta de carácter hipersexual, está muy extendido. Se afirma que se mueve primariamente por el instinto y no puede controlar la pulsión sexual, puesto que no posee los mecanismos mentales adecuados de inhibición y sublimación. De este modo, su sexualidad resulta ser descontrolada y, a veces, agresiva; por eso, debe ser acotada restrictivamente.

Freire (1986, 24) afirma que, “ante la imposibilidad de que el deficiente mental sea responsable de sus actos, la obediencia y la autoridad es la única vía posible que queda abierta”. Su obra parte del presupuesto de que existe un incremento del instinto en la excitación sexual del discapacitado psíquico.

Otro de los mitos establecidos es que “la persona con discapacidad intelectual carece de deseos y necesidades en el terreno sexual; son santos e inocentes”.

En el otro extremo están aquellos que anulan hasta tal punto la humanidad de estas personas que las convierten en seres asexuados.

A continuación expondré de forma breve una enumeración de falsas creencias que están extendidas acerca de este tema; según López (2002, 43-44):

- “Las personas con retraso mental son asexuadas.
- Las personas con retraso mental son como niños, también sexualmente.
- Las personas deficientes mentales no resultan atractivas sexualmente a otras personas.
- Todas las personas discapacitadas tiene los mismos intereses sexuales.
- Los discapacitados, en general, no pueden formar pareja ni casarse.
- La intervención en educación sexual despierta su sexualidad dormida”.

Estas creencias suelen estar infundadas por lo que es necesario tomar conciencia de ellas y superarlas.

3. Desarrollo de su sexualidad

Es de sentido común pensar que las personas retrasadas mentalmente tienen fallas en el aparato mental que alteran su capacidad de abstraer y simbolizar y que dificultan la adquisición de aprendizajes. Por ello, poseen un tipo de pensamiento concreto que dificulta la comprensión de muchos conceptos; entre ellos, los relacionados con la diferencia de sexos y la reproducción.

Sin embargo, Jerusalinsky (1988, 85) dice que “si bien la deficiencia mental puede generar un campo más restrictivo para el desplazamiento simbólico, sólo en los casos de deficiencia mental profunda se llega a niveles que imposibilitan el proceso de elaboración de los impulsos sexuales”.

3.1. Comparación entre el desarrollo sexual del deficiente mental y del sujeto sin dicha deficiencia

Martín (1993, 129) defiende la teoría de que “el desarrollo emocional del subnormal en lo que al sexo se refiere sigue, en general, la misma trayectoria que el de una persona de inteligencia emocional.” Sin embargo, también afirma que “en el deficiente mental no hay alteraciones en el eje hipotálamo-hipofisario que trastocuen esos aspectos vegetativos; la zona genital funciona con normalidad. No obstante, existen interferencias en el Sistema Nervioso Central relativas al comportamiento de relación. Estas interferencias, cuyo fin es controlar la

conducta, están muy influenciadas por la capacidad intelectual. En este punto es en el que el deficiente mental está menguado y su conducta sexual discrepa de la normalidad”.

Es decir, en el deficiente mental la respuesta sexual a nivel vegetativo se produciría igual que en el resto de personas, pero es a la hora de controlar y conducir esa respuesta dentro de las normas culturalmente establecidas cuando no está a la altura de las circunstancias.

Los fallos a este nivel, es decir, en el aprendizaje y en la interpretación de estímulos de índole sexual serán los que provoquen errores de comportamiento.

Como ha dejado claro el psicoanálisis, el desarrollo sexual se produce a lo largo del ciclo vital de las personas. Por ello, puede ser interesante presentar los principales hitos evolutivos que se dan en los deficientes mentales, apoyándome fundamentalmente en Gómez (1993, 43-47).

De cero a seis años

Se insiste en que la evolución psicosexual no tiene por qué ser diferente de las personas no deficientes. En este punto debemos tener en cuenta que el ambiente familiar es esencial para un adecuado desarrollo.

La comunicación y el contacto en los primeros meses de vida, los cuidados y la interrelación articulan el desarrollo del niño. La adecuada interacción genera la seguridad básica necesaria para la futura adaptación y socialización.

Entre los dos y seis años se desarrolla la adquisición de la identidad sexual. El niño y la niña van integrando y expresando el papel que la sociedad exige de ellos en función de su identidad sexual.

Respecto a los niños deficientes mentales tal vez la cronología puede ser diferente. Tal vez las referencias de desarrollo general no sirvan. El proceso puede ser más lento pero los estadios evolutivos en este ámbito parecen ser los mismos.

De seis a diez años

En este periodo no ocurren fenómenos especiales, sino que se da una continuidad de los anteriores.

De doce a dieciséis años

En este periodo lo fundamental es el cambio corporal. La nueva conformación de los cuerpos replantea y reafirma la identidad sexual de un modo definitivo.

El autoerotismo es una de las primeras formas de comportamiento sexual adolescente. Ninguno de estos acontecimientos son ajenos a una persona deficiente mental, aunque tal vez los ritmos y el grado de deficiencia personalizan el proceso.

Respecto a la educación sexual, probablemente haya que adaptarla al deficiente en aquellos aspectos en los que los factores cognitivos tengan más peso. Sin embargo, por el hecho de ser cuestiones relacionadas con la sexualidad, no debe considerarse como algo diferente a las otras dificultades que los deficientes mentales tienen en el aprendizaje y comprensión de otros aspectos.

De dieciséis años en adelante

La sexualidad se hace adulta. El deseo sexual está presente y se expresa de diferentes formas; está mediatizado por procesos biofisiológicos, cognitivo-lingüísticos y afectivos. Por eso, se dice que el desarrollo psicosexual es personal e irrepetible.

La sexualidad del deficiente mental va estar mediada por estos factores al igual que el resto de las personas. Por consiguiente, habrá personas deficientes con mayor o menor necesidad sexual, con mayor o menor expresión sexual, etc, al igual que el resto de las personas.

En esta época la sexualidad busca la satisfacción en otras personas. El entorno en que se desarrollan estas necesidades no es nada favorable en el caso de los sujetos con retraso mental ya que se le niega el status de adulto al sobreprotegerlo.

3.2. Diferencias entre los propios deficientes mentales

Tal y como expuse en páginas anteriores, a menudo se cree que el comportamiento sexual del deficiente mental difiere totalmente del de un adulto normal. También se cree que el deficiente carece de deseo sexual y, por el contrario, otros opinan que está sometido a deseos sexuales incontrolables.

De una forma u otra, la sexualidad se manifiesta en todos los deficientes mentales pero existen grandes diferencias debidas a la edad, sexo, grado de deficiencia y características individuales.

Según Katz, G. & cols. (1993, 270), “en general, la sexualidad es menos aparente en los deficientes profundos. Si la deficiencia es ligera, la sexualidad se acerca a lo normal. La mayoría de este tipo de deficientes presentan las mismas variantes de comportamiento sexual que personas no deficientes. Existe, sin embargo, una diferencia fundamental: los deficientes mentales que viven en una institución no tienen las mismas oportunidades que los demás de desarrollar su vida sexual como ellos desean y con la discreción adecuada. En esta situación, las más ligeras desviaciones se hacen más notorias”.

Como queda claro en esta cita, no es tanto que su sexualidad tenga una especificidad definida, como que sus capacidades mentales, características emocionales e historia de comportamientos condicionan su sexualidad.

Teniendo en cuenta que con el mismo nivel de discapacidad se puede tener una vida sexual diferente, expondré las características sexuales de deficientes ligeros, moderados y profundos apoyándome en los datos ofrecidos por López (2002, 61– 63).

En general, los **deficientes ligeros** pueden llegar a tener una sexualidad normalizada. Son capaces de aprender los contenidos básicos de la educación sexual y de llegar a protegerse de las prácticas de riesgo. Por otro lado, tienen más limitaciones en estos aprendizajes ya que les cuesta más generalizarlos, planificar el futuro, etc.

Los **deficientes moderados** tienen más dificultades para alcanzar una sexualidad normalizada debiendo aprender, si quieren, conductas autoeróticas en privado, y a controlar sus deseos y a respetar a los demás haciéndose respetar. Además, son más vulnerables al hecho de sufrir acoso y de cometerlo. En todo caso es importante poner el énfasis en sus posibilidades y ofrecerles ayuda para que aprendan aquello que no es seguro que aprendan.

Los **deficientes profundos** todavía dependen más de los demás. Por ello, se puede decir que su sexualidad es la que los padres, educadores y sociedad se puedan permitir que tengan. En todo caso, es fundamental que estén protegidos de los riesgos y sean queridos, acariciados afectivamente y cuidados.

Aunque cada persona sea diferente y haya mucha diversidad en los grados de deficiencia mental, todas ellas comparten en alguna medida una serie de dificultades para vivir la sexualidad de manera normalizada. Según López (2002, 66-69), las principales dificultades serían éstas:

- “Dificultades para acceder a contextos de interacción social normalizados”: Normalmente limitan su vida al contexto familiar y al de un centro especial e incluso cuando están en otros contextos, están muy vigilados. Las familias, con la mejor de las intenciones, suelen sobreproteger a los hijos con discapacidad intelectual, especialmente en las conductas sexuales ya que las consideran peligrosas.

Además, no sólo tienen un entorno pobre o controlado sino que, en muchos casos, carecen de tiempos y espacios de intimidad; lo que impide toda posibilidad de actividad sexual. Por ello, las condiciones de socialización en general y, sobre todo, sexual son muy carenciales.

- “Negación de 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 relación de pareja. Por ello, sólo son informadas a través de mensajes negativos y prohibiciones. Los modelos de observación (padres, otros adultos, televisión...) junto con la falta de educación sexual, les lleva a tener expectativas no realistas, especialmente en relación con la pareja.
- “Los efectos de los medicamentos sobre las emociones y la sexualidad”: Por una u otra razón, las personas mentalmente discapacitadas suelen tomar más medicamentos que la población “normalizada”, sin que se tenga en cuenta su posible efecto sobre la sexualidad. Probablemente, son estos medicamentos los responsables de algunas conductas sexuales inadecuadas que se dan en las personas deficientes mentales, y no su discapacidad intelectual. Obviamente, este dato incita a reflexionar sobre la necesidad de que el tratamiento de las personas deficientes mentales se lleve a cabo en el seno de equipos multidisciplinares, donde cada experto escuche la opinión del resto de colegas y en donde se equilibren las repercusiones positivas y negativas que puedan tener en otros ámbitos del comportamiento, las prescripciones ofrecidas por cada experto. Desgraciadamente, este principio es aceptado como algo muy positivo en el discurso teórico, pero jamás se lleva a la práctica como consecuencia de los corporativismos profesionales (especialmente remarcables en los profesionales de la medicina).

A pesar de la evidencia existente sobre los efectos negativos que tienen los condicionamientos sociales sobre el comportamiento sexual de las personas deficientes mentales, hay todavía autores que atribuyen los problemas sexuales que tienen dichas personas a variables directamente dependientes del propio retraso mental. Así por ejemplo, Ochoa (1991, 123) les atribuye las siguientes dificultades:

- “Dificultad para retrasar refuerzos y ponderarlos adecuadamente.
- Su razonamiento y juicio social son deficientes, por lo que sus relaciones afectivo-sociales son muy pobres.
- Muestran afecto indiscriminada e impulsivamente.
- No pueden o les cuesta mucho expresar y verbalizar sentimientos, pensamientos y experiencias.
- Tienen dificultades para distinguir la realidad de la no realidad, los sueños y experiencias imaginadas con lo que realmente ocurre.
- Tendencia a mostrar su cuerpo o manifestaciones del mismo en cualquier situación”.

En la misma línea que la autora anteriormente citada, Katz & cols. (1993, 271-272), afirman que algunos aspectos relacionados con el desarrollo sexual (la menstruación, la homosexualidad y la masturbación), adquieren una significación especial dentro de la deficiencia mental:

- La menstruación: “La menstruación presenta problemas especiales en el deficiente mental. Muchas chicas insuficientemente preparadas e informadas, se asustan. Además, el estado de nerviosismo previo a la menstruación, puede llevar a las deficientes a un estado de angustia y nerviosismo. Es conveniente llevar un control exacto de cada uno de los periodos y es preferible enseñar a las chicas a llevarlo ellas mismas”.
- La homosexualidad: “La homosexualidad se presenta con igual frecuencia entre adolescentes deficientes que entre los normales. Además, no suele ser duradero. Esta forma de sexualidad irá en disminución según se les vaya dando la posibilidad de llevar una vida lo más normal posible”.
- La masturbación: “La masturbación es la forma más común de satisfacción sexual entre los deficientes mentales. No es suficiente con que el personal y los padres sepan que esta práctica es inofensiva. Es necesario poder hablar de ello abiertamente con la persona deficiente y hacerle comprender que sólo puede masturbarse en condiciones socialmente aceptables”.

4. Bases generales de intervención ante las conductas sexuales de los deficientes mentales

4.1. Actitudes de padres y educadores

Estudiar la sexualidad del retrasado mental implica tener en cuenta la actitud de los padres y de los educadores ante la problemática sexual de sus tutelados.

La normalización suele quedar estancada en su aspecto afectivo-sexual, en gran medida por las actitudes de aquellas personas que forman su entorno vital.

Crespo (1993, 193) proporciona los siguientes datos: “el 10 % de las familias tiene actitud abierta, interesada en el tema; el 50 % de ellas mantienen una actitud cerrada, para ellas es un tema tabú del que no hay que hablar; el 40 % mantiene una actitud pasiva, va dejando pasar el tiempo”.

Como puede comprobarse, el noventa por ciento de los padres se preocupan por las posibles consecuencias negativas que pueda acarrear el ejercicio de la sexualidad y solicitan a los educadores de sus hijos que procuren que éstos no manifiesten conductas sexuales, que vigilen los comportamientos masturbatorios y que se evite cualquier tipo de abuso sexual. Mantienen esta actitud a pesar de reconocer a nivel teórico los principios de integración y normalización.

Por el contrario, los educadores suelen mostrar una actitud mucho más abierta y positiva que los padres en este campo. No sólo existen diferencias entre ambos grupos respecto a la percepción de la sexualidad del deficiente mental, sino que esas diferencias pueden llegar a ser importantes. Según Aizpurúa (1985, 48), “el porcentaje de educadores que apoyan la alternativa más tolerante en la mayoría de los ítems es el triple que el de los padres”.

Las razones de esta intolerancia habría que buscarlas, sobre todo, en la ansiedad ante posibles abusos sexuales y ante una posible descendencia.

Los caracteres atómico-fisiológicos que dan soporte a la sexualidad están presentes y se desarrollan en el sujeto discapacitado igual que ocurre en el resto de la población. Sin embargo, no ocurre lo mismo con los aspectos psicológicos. La pubertad hace eclosión algo más tarde porque los tiempos de evolución son más lentos.

Una correcta maduración de la persona significa una progresión gradual desde un estado de dependencia a otro de autonomía. Sin embargo, con frecuencia el ambiente familiar que rodea al retrasado mental no es madurativo ni compensador,

no tanto por una carencia de cuidados y afecto, sino por un exceso de buena voluntad que lleva a dispensar al deficiente mental una atención tan absorbente que ahoga la dinámica de esfuerzo que caracteriza todo proceso de aprendizaje y maduración personal.

Muchas veces el deficiente mental, dentro del espacio que conforma su familia, se encuentra protegido al máximo de los estímulos y experiencias sexuales, en los que los padres únicamente atisban un peligro inmediato (abuso sexual, conducta inadecuada, embarazo...). Su excesiva preocupación por protegerles es consecuencia de que no se le considera capaz de protegerse por sí mismo frente a situaciones conflictivas. En estas circunstancias, se opta por la solución más rápida y sencilla, pero también más perjudicial para el sujeto: negar su sexualidad; en vez de capacitarle para hacer frente a esas situaciones, que es lo que normalmente acontece con cualquier otra persona y que resulta la única manera efectiva de posibilitar su maduración.

No hay que ser muy sagaces para darse cuenta de que ese tipo de actitudes son un reflejo de los prejuicios típicos de nuestra sociedad, sobre todo en relación con la sexualidad de las niñas, aunque en el caso de los padres y madres de las personas deficientes mentales esos prejuicios resultan más acentuados.

4.2. Líneas de acción en el trabajo de la sexualidad de deficientes

A grandes rasgos, éstas son las líneas generales que deben conformar la acción a favor de las personas con deficiencia mental en el tema de la vivencia de su afectividad y sexualidad. Es decir, éstas son las afirmaciones que configuran una aproximación equilibrada al mundo afectivo-sexual del retrasado mental:

- “El deficiente mental debe ser respetado y tratado como persona y, por eso, se le deben reconocer los correspondientes derechos fundamentales; principalmente, el derecho al desarrollo libre y pleno de su personalidad” (AMOR, 1997, 270). Es decir, el discapacitado tiene que experimentar que no está al margen de la sociedad, sino que está llamado a contribuir al bien de su familia y de la comunidad según sus capacidades.
- “Los intentos por mantener a los deficientes alejados de la afectividad y la sexualidad deben considerarse contrarios a la moral porque están en contraste con la dignidad humana. Hay que evitar imponer al sujeto condiciones de vida demasiado restrictivas” (AMOR, 1997, 272). Parece claro que el tema debe enfocarse desde la base de la normalización y la legitimidad de aplicar los criterios de una visión positiva de la sexualidad a esta población. Las

personas con deficiencia mental deben aprender a reconocer su individualidad, a aceptar el mundo exterior y lo que les pide como seres sociales, a conocer su vulnerabilidad. Lo que se pretende decir es que no se deben eludir las necesidades sexuales que surjan dentro del proceso de autorrealización; por otra parte, tampoco se debe empujar a los deficientes hacia el acto sexual, acto que entonces no surgiría de ellos.

- “La persona con deficiencia mental tiene derecho a realizar sus propias elecciones dentro del ámbito de su propia capacidad y tiene derecho a una vida privada aunque viva en una institución” (AMOR, 1997, 275). El hecho de que la persona tenga dificultades para el ejercicio de su propia autonomía no debe significar la anulación de la tensión dialéctica. El derecho a la autodeterminación sólo debe ser limitado cuando así lo requiera el bien de la persona o existan riesgos graves para terceros. Además, sólo se debe realizar a través de un procedimiento reglado que evite engaños o coacciones. Una asistencia exageradamente tutelar termina por anular al tutelado como sujeto activo y por cegar al tutor quien, atento sólo a protegerle, no es capaz de detectar en él las expresiones de espontaneidad y autonomía.
- “La opción por una afirmación plena de la afectividad y la sexualidad de la persona con deficiencia mental se confirma con la práctica concreta de muchos deficientes mentales que, poco a poco, y en función de las posibilidades, van mostrando que son sujetos capaces de amar y ser amados con respeto mutuo” (AMOR, 1997, 277). A los profesionales les competen distintas tareas, entre las que destaca la educación, el entrenamiento en habilidades sociales y la modificación de conductas inadecuadas. No obstante y en la actualidad, lo que debe solucionarse es la falta de oportunidades que tiene la mayor parte de las personas con retraso para expresar su vida afectivo-sexual, siempre desde una perspectiva normalizadora y con el apoyo de los padres.

Como resumen de esas líneas de acción me parece oportuno cerrar ese listado con la siguiente cita de Martín (1993, 126 -127): Ante estas situaciones no es acertado hablar de recetas sino más bien de criterios. Entre éstos se encuentra la afirmación de que el impulso sexual existe y existirá. Por ello no se considera conveniente reprimirlo, obviarlo o cercenarlo. Lo más acertado sería la canalización de todos estos sentimientos e impulsos dentro de un marco integrado. Habría que pensar en una ocupación que les proporcione una vida más normalizada, en un centro de ocio que les favorezca sus relaciones personales, etc. Todos estos ajustes conllevan el ajuste afectivo-sexual, ya que éste no es algo aislado”.

4.3. Control de natalidad

Ofrecer al deficiente mental la posibilidad de una vida sexual normal implica recibir una instrucción en los métodos del control de natalidad. La necesidad de esta formación aumenta debido a la concepción romántica que muchas mujeres deficientes tiene acerca de cómo tener y cuidar a un bebé. Por ello, es muy importante la preparación de los cursos que se dan en las escuelas para adultos deficientes mentales sobre el cuidado de los niños.

A) Medios naturales

Como es bien sabido, la planificación familiar natural se basa en los signos de la fase fértil y no fértil del ciclo menstrual femenino. Estos métodos consisten en la abstinencia de relaciones sexuales durante la fase fértil del ciclo y pueden ser de varias formas:

- Método Ogino-Knaus.
- Método de temperatura basal.
- Método de Billings.
- Método sintotérmico.

“Estos métodos, en general, no son aplicables a las personas con retraso mental. Estas personas necesitan un método lo más eficaz posible, debido a que la descendencia en general es desaconsejable por motivos muy serios de paternidad responsable. En segundo lugar, estos métodos requieren un grado importante de instrucción y motivación, así como una atención permanente por parte del usuario” . “ (...) Los deficientes mentales fallan en el grado de atención y perseverancia en las tareas que emprenden, por lo que la mujer afectada con retraso mental no está en las mejores condiciones para registrar su temperatura inmediatamente al despertar todas las mañanas, para obtener un registro basal, ni para observar los cambios que se producen en el mucus cervical para identificar la fase fértil del ciclo menstrual con un mínimo de garantías” (AMOR, 1997, 539-540).

Personalmente, estoy de acuerdo con lo que expresa Amor, aunque sólo en parte. A mi juicio, no puede afirmarse de forma tan categórica que haya que desaconsejar la paternidad a las personas deficientes mentales. Habría que analizar muy cuidadosamente cada situación individual y actuar de la forma más delicada posible, teniendo siempre como prioridad el beneficio del menor.

B) Métodos anticonceptivos

Esta denominación genérica agrupa una multiplicidad de métodos, diferentes en su modo de funcionamiento y en sus posibles efectos secundarios: antianidatorios, preparados hormonales (píldora, inyección), barreras mecánicas (preservativo, diafragma), etc.

- La píldora: El uso de la píldora por parte de deficientes mentales no goza de total fiabilidad ya que exige un grado de compromiso y responsabilidad que no siempre poseen las personas con deficiencia mental. Es decir, que existe la posibilidad de que las mujeres deficientes mentales olviden tomarla. Por ello, considero que resultan más beneficiosos los anticonceptivos hormonales de acción prolongada como es la inyección de tres meses de duración. Últimamente se han comenzado a utilizar implantes subcutáneos que van transfiriendo gradualmente su contenido y que tienen una duración de hasta cinco años.
- El dispositivo intrauterino (DIU): Este método gozaría de una ventaja frente a otros y es que el DIU no requiere una participación activa del sujeto. De esta forma, su eficacia no se vería afectada por posibles “descuidos o fallos” de la persona con deficiencia mental.
- Los métodos de barrera: Katz & cols. (1993, 277) expresan la siguiente opinión sobre el uso de esos métodos por parte de las personas deficientes mentales:

“La utilización de un diafragma, que la mujer introduce ella misma antes de una relación sexual, se ha mostrado como demasiado complicado técnicamente para mujeres deficientes mentales. Por el contrario, se ha constatado que la píldora, que la mujer deficiente puede tomar ella misma, en casi todos los casos, es el mejor método. (...) El empleo de preservativos por el partenaire masculino exige una gran habilidad y un buen entrenamiento. Hay muchachos deficientes que aprenden a utilizar esta técnica de una manera satisfactoria (...)”.

La principal ventaja que presenta el preservativo es la protección que ofrece contra la propagación de enfermedades de transmisión sexual. Por otro lado, los citados autores hacen referencia a la necesidad de explicar a las personas con retraso mental cómo obtener estos medios contraceptivos y a la no existencia de un método anticonceptivo totalmente eficaz para esta población. De ahí, que algunos autores aconsejen la esterilización para las personas deficientes mentales.

- La esterilización: La utilización de este recurso merece una consideración particular porque su utilización en las personas con deficiencia mental ha suscitado una fuerte polémica. En la mujer, la esterilización consiste en una operación simple: la ligadura de trompas uterinas, de tal forma que los espermatozoides y los óvulos no pueden encontrarse. En el hombre, la operación es aún más simple: se ligan los canales deferentes de tal manera que los espermatozoides no pueden salir del cuerpo. Según Katz & cols. (1993, 278), en ningún caso ni el deseo sexual ni la capacidad de mantener relaciones sexuales se ven afectados por la esterilización. Además, esta técnica sólo será aplicable con el consentimiento del interesado. La esterilización está legalmente autorizada en algunos países si existen riesgos de transmisión de una enfermedad hereditaria grave a los descendientes o si el deficiente no es capaz de cuidar y educar a un hijo. En algunos países muchos deficientes mentales fueron esterilizados sin que existiera razón suficiente cuando llegaban a la edad de la pubertad y dejaban la escuela. Actualmente, en reacción contra estos abusos, la práctica de la esterilización ha sido fuertemente reducida. Según Amor (1997, 560-561), “Lo que hay que analizar es hasta qué punto la voluntad y conocimiento de un deficiente mental puede hacerse cargo de la situación que conlleva una esterilización y de sus consecuencias psicoafectivas. En segundo lugar, cuáles son los bienes jurídicos que deben ser protegidos: el interés del deficiente mental, el interés del futuro hijo o el interés social”.

5. Conclusiones

Es necesario tener en cuenta que las personas con deficiencia mental tienen las mismas necesidades interpersonales que el resto de la población y, por ello, deberían tener las mismas oportunidades para poderlas resolver. Por otro lado, los sujetos con deficiencia mental no logran deducir fácilmente, de las experiencias que van teniendo, las normas generales de la convivencia social: los esquemas de lo aceptable-inaceptable.

Por lo tanto, necesitan una mayor cantidad de experiencias y un esfuerzo extra de sus padres y maestros para adquirir dichos esquemas. De este modo, resulta evidente la necesidad de una educación que ayude a asumir y comprender de forma positiva su sexualidad.

De lo que se trata con la educación sexual es que el entorno y las propias personas discapacitadas acepten estas necesidades y se conceda el derecho a

intentar satisfacerlas, teniendo en cuenta las normas sociales y el respeto a los demás.

Esta necesidad se hace más patente al tener en cuenta que negar sus manifestaciones e intereses interpersonales y sexuales aumentan los riesgos asociados a la actividad sexual. De hecho, uno de los motivos más frecuentes que llevan a padres y cuidadores a demandar programas de intervención en centros específicos son los riesgos consumados: embarazo, abuso sexual, etc.

Las demandas de las personas con retraso mental están dentro de la normalidad; y esto despierta preocupación por el papel que familia y educadores desempeñan en el desarrollo de sus potencialidades.

La educación sexual puede ayudar a los padres y educadores a proteger mejor a los discapacitados y a que ellos mismos aprendan a autoprotgerse y, por último, a que si no han conseguido evitar los riesgos, pidan ayuda y aprendan afrontar las consecuencias.

Con la educación sexual éstos aprenderán a afrontar mejor dichas situaciones y las personas discapacitadas a llevar sus conductas sexuales a la intimidad.

Los especialistas insisten en los resultados positivos que se observan cuando estas personas viven en un ambiente sexual normalizado en el que pueden establecer relaciones interpersonales con personas del otro sexo, a nivel de amistad o pareja. De ahí, que se considere relevante la potenciación de estos ambientes en los que los deficientes mentales pueden mantener contactos humanos con personas de distinto sexo. Por otro lado, es importante tener en cuenta que los deficientes mentales constituyen un grupo de individuos extremadamente heterogéneos por lo que es imposible dar consejos sobre cuestiones sexuales válidos para todos.

No obstante, considero que la educación sexual y la formación de los sujetos con deficiencia mental en estos temas es un factor clave y necesario para un desarrollo completo y una adecuada integración social de estas personas.

NOTAS:

- (1) El presente artículo forma parte de un trabajo realizado bajo la dirección del catedrático de Universidad D. Santiago Molina García, en la asignatura "Aspectos Psicoevolutivos y Educativos de la Deficiencia Mental", en la Facultad de Educación de la Universidad de Zaragoza.

Referencias bibliográficas

- AIZPURÚA, I. (1985). *Sexualidad y subnormalidad. Actitudes de los padres y educadores*. Bilbao: Universidad del País Vasco.
- AMOR, J. (1997). *Afectividad y sexualidad en la persona con deficiencia mental*. Madrid: Universidad Pontificia Comillas.
- CRESPO, G. (1993). Sexualidad y deficiencia mental: algunos datos de Afanias. En AA. VV., *Sexualidad en personas con minusvalía psíquica. Ponencias de la Primera Conferencia Nacional (191-193)*. Madrid: Instituto Nacional de Servicios Sociales.
- FREIRE, B. (1986). *Estudio sobre la sexualidad del deficiente mental*. Pamplona: CEFAES.
- GÓMEZ, J. (1993). Educación sexual. Necesidad e importancia. En AA. VV., *Sexualidad en personas con minusvalía psíquica. Ponencias de la Primera Conferencia Nacional (129-133)*. Madrid: Instituto Nacional de Servicios Sociales.
- JERUSALINSKY, A. (1988). *Psicoanálisis en problemas del desarrollo infantil*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- KATZ, G. & cols. (1993). La vida sexual de los deficientes mentales. En AA. VV., *Sexualidad en personas con minusvalía psíquica. Ponencias de la Primera Conferencia Nacional (265-280)*. Madrid: Instituto Nacional de Servicios Sociales.
- LÓPEZ, F. (2002). *Sexo y afectividad en personas con discapacidad*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- MARTÍN, E. (1993). Conductas sexuales y afectivas en minusválidos psíquicos. En AA.VV., *Sexualidad en personas con minusvalía psíquica. Ponencias de la Primera Conferencia Nacional (129-133)*. Madrid: Instituto Nacional de Servicios Sociales.
- MOLINA, S. (1999). *Deficiencia Mental. Aspectos psicoeducativos y educativos*. Málaga: Ediciones Aljibe.
- MOLINA, S. y GÓMEZ, A. (1992). *Mitos e Ideologías en la escolarización del Niño Deficiente mental*. Zaragoza: Mira Editores.
- MYERS, D. G. (1995). *Psicología social*. Madrid: McGraw-Hill.
- OCHOA, E. (1991). *Enciclopedia de la sexología. Libro de la sexualidad*. Madrid: El País.