

SEXUALIDAD EN SUJETOS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL. MITOS Y PREJUICIOS COMO FACTORES DE RIESGO Y VULNERABILIDAD AL ABUSO SEXUAL.

Sexuality in subjects with intellectual disability. Myths and prejudices as risk factors and vulnerability to sexual abuse

Analia Verónica Losada¹ y Agustina María Muñiz²

Resumen: El siguiente trabajo es un estudio de compilación bibliográfica abocado a analizar la conceptualización de la sexualidad en sujetos con Discapacidad Intelectual (DI). Para ello se realizó un recorrido por distintas concepciones que se han manejado a lo largo del tiempo, y poniendo de manifiesto tanto los mitos como los prejuicios a los fines establecer una posible correlación entre los mismos y situaciones de Abuso Sexual (AS), ligados al mal manejo de información y educación de la sexualidad en éstos jóvenes, refiriendo a que podrían considerarse factores que afectan la vulnerabilidad de estos sujetos, exponiéndolos a escenarios de mayor desprotección y descuido. Es un hecho innegable que la sexualidad es un atributo natural de todos los seres humanos, sin embargo, cuando se coloca junto a la discapacidad mental, esto no pareciera ser así, los discursos de la época suelen estar plagados de mitos y de falsas creencias que anulan y/o desconocen al sujeto discapacitado en cuanto ser sexuado (Alva, 2009).

Palabras claves: sexualidad, discapacidad intelectual, abuso sexual, mitos.

Abstract: The following work is a bibliographic compilation study aimed at analyzing the conceptualization of sexuality in subjects with Intellectual Disability (ID). To this end, a journey was made through different conceptions that have been handled over time, and highlighting both myths and prejudices to establish a possible correlation between them and situations of Sexual Abuse (AS), linked to the mismanagement of information and education of sexuality in these young people, referring to the fact that factors that affect the vulnerability of these subjects could be considered, exposing them to scenarios of greater vulnerability and neglect. It is an undeniable fact that sexuality is a natural attribute of all human beings, however, when placed next to mental disability, this does not seem to be the case, the speeches of the time are usually plagued by myths and false beliefs that they annul and / or ignore the disabled person as soon as they are sexed (Alva, 2009).

Keywords: sexuality, intellectual disability, sexual abuse, myths.

Sexualidad. Sexualidad y Discapacidad: Mitos y falacias. Abuso sexual

La sexualidad humana postula un concepto que se ha ampliado y complejizado, transformándose en una totalidad con diferentes dimensiones, como un sistema complejo con múltiples niveles, que comprende desde el nivel biológico hasta el nivel cultural. Todos los individuos tienen sentimientos, actitudes y convicciones en materia sexual, pero cada persona experimenta la sexualidad de distinta forma porque viene decantada por una perspectiva sumamente individualizada.

La sexualidad es mucho más que la simple genitalidad. Es afecto, es encuentro interpersonal, es realización de la propia personalidad, es corporalidad. Es una dimensión constitutiva de la persona y no es sólo una necesidad, sino que es al mismo tiempo un deseo, una vivencia que se va construyendo al ritmo del crecimiento global del individuo (Amor Pan, 2002a).

¹ Dra. en Psicología. Lic. en Psicología. Pontificia Universidad Católica Argentina. Email: analia_losada@yahoo.com.ar

² Lic. en Psicología (Esta investigación forma parte de su Trabajo de Integración Final para la obtención del Título de Licenciado en Psicología)

Schorn (2008) se refiere a la sexualidad como una energía vital, que es intransferible, inherente al ser humano y que se expresa en todo lo que la persona hace como parte integrante de su personalidad.

Núñez (2008) postula que la sexualidad de la persona con discapacidad, como la de cualquier otra, no nace en la adolescencia, sino que tiene su origen desde el mismo momento del nacimiento como modalidad de relación con otro, agrega que todos los seres humanos poseemos un cuerpo que es erógeno, así que las distintas partes del cuerpo son capaces de brindar placer, y esto es válido también para las personas que tienen discapacidad.

La Organización Mundial de la Salud (1980) conceptualizó al término Discapacidad como toda aquella restricción o ausencia de la capacidad de realizar una actividad en la forma que lo realizaría un ser humano, o bien dentro del margen que se considera normal para los mismos. A su vez, la definición de Discapacidad Intelectual postulada por la Asociación Americana sobre Retraso Mental (2002) plantea que el Retraso mental es una discapacidad que se caracteriza por limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual y la conducta adaptativa tal como se ha manifestado en habilidades prácticas, sociales y conceptuales. Esta discapacidad comienza antes de los 18 años. Despouy (1993) refiere que una persona con discapacidad es aquella que padezca una alteración funcional, permanente y prolongada, física o mental, que en relación con su edad y medio social implique desventajas considerables para su integración tanto familiar como social, educacional y laboral, y para el disfrute de sus derechos humanos. Muchas conductas sexuales que aparecen en personas con déficit intelectual son interpretadas por los demás, desde la propia mirada e intencionalidad, sin tener presente, en estos casos en particular, que, para comprender una conducta sexual de una persona con discapacidad mental, siempre debe tomarse en cuenta su nivel o edad de comprensión y no, como generalmente hacemos, su edad cronológica (Schorn, 2008).

Argumenta Amor Pan (2002a) que la mayor parte de las personas con retraso mental no presenta más problemas de conducta que las personas sin tal retraso. Agrega que por lo general se trata de una población muy sociable y con buena capacidad de adaptación. Sin embargo, en muchas ocasiones, es el contexto en el que se ven inmersos el que no favorece el desarrollo de conductas apropiadas, y fomenta involuntariamente la puesta en escena de repertorios desadaptativos que requieren la intervención profesional para ser reducidos o eliminados.

El nacimiento de un hijo con discapacidad es un acontecimiento que irrumpe produciendo un efecto de conmoción en la familia, afectando su dinámica y generando consecuencias en todos sus integrantes. En tanto inesperado, suele ser del orden de lo traumático (Fainblum, 2004). Del Moral Zamudio (2001) sostiene que alrededor del menor con discapacidad intelectual se reúnen una variedad de factores tanto personales, como familiares y sociales, que lo hacen más vulnerable y lo convierten en fácil víctima del fenómeno de abuso sexual, ante los cuales existe escasa o nula prevención y/o evitación.

Amor Pan (2002) relata que a lo largo del tiempo se ha venido situando a las personas con retraso mental en un rol donde no queda lugar para la sexualidad. Esta concepción, basada en el predominio del criterio moral, entiende que es un tema que no debe suscitar interés o debate, debido a que, en su mayor parte, estas personas no están casadas o no tienen parejas, y que además no deberían tener hijos, bien porque no podrían cuidar de ellos de manera adecuada o porque podrían presentar problemas similares.

Uno de los mitos que rondan la sexualidad en sujetos con DI hace referencia a la necesidad de silenciar dicha dimensión considerada tan vital para el ser humano. Esta creencia presupone que la ignorancia en cuestiones sexuales es la mejor arma para defenderse de la propia sexualidad. Sin embargo, ninguna persona, independientemente de su nivel de capacidad o discapacidad, puede ser asexual. Es más, la mayoría de las personas con retraso mental tienen conciencia de su sexualidad, manifiestan inquietud por el tema y tienen sus experiencias en menor o mayor medida, con menor o mayor grado de satisfacción. Su desarrollo sexual e interés por la sexualidad no se encuentran especialmente retrasados en comparación con sus pares no discapacitados (Verdugo, Alcedo, Bermejo & Aguado, 2002).

Murillo y Richmond, 2005, citados por Rivera Sánchez (2008) afirman que cuando se estudian los estereotipos asociados a la sexualidad de dicho grupo poblacional, se pueden encontrar diversas clasificaciones, que se categorizan como mitos referidos a la asexualización, la sobresexualización y sobre el temor a la reproducción de las personas con discapacidad. Los prejuicios relacionados con su sexualidad oscilan en los extremos de creer que por su condición no presentan necesidades de afecto y vida sexual, son como niños o que, por su sexualidad, que esta exacerbada, no tienen control.

No existen diferentes sexualidades, es decir que no hay una sexualidad específica para los niños/as, los adultos/as o de las personas con discapacidad; sino que la sexualidad es una sola: la sexualidad humana, que se manifiesta de diversas maneras según las etapas de nuestra vida. Por lo tanto, se concluye en que todos y todas somos seres sexuados y en consecuencia, ésta forma parte integrante a lo largo de la vida. Desde esta perspectiva, se concibe a la persona con discapacidad como un ser sexuado con derecho a vivir su sexualidad a pesar de su condición física y/o mental (Rivera Sánchez, 2008).

Rivera Sánchez (2008) expone que al igual que cualquier persona, aquellas con discapacidad manifiestan su sexualidad explorando su cuerpo, al igual que se interesan por relacionarse con sus compañeros, establecer lazos afectivos con su familia y amigos, así como también en saber cómo nacieron, cómo es su cuerpo y por qué este cambia día a día. El propósito de desmitificar ideas presentes y brindar herramientas necesarias para que se inicie la educación sexual desde edades tempranas, tiene como objetivo formar hombres y mujeres capaces de sentirse independientes para poder vivir plenamente dentro de la sociedad, sin sentirse limitados por su condición física o mental.

Cuando se hace referencia al abuso sexual, se habla de todas aquellas situaciones en las que una persona se ve envuelta en actividades o relaciones sexuales que no quiere y no ha consentido y/o no entiende. Dichas relaciones se basan en la gratificación de quien sea el abusador, el cual suele situarse en una posición de poder, ya sea por edad, tamaño, posición o rol social (Verdugo, Alcedo, Bermejo & Aguado, 2002).

Bailey (1998) plantea dos tipos de abuso, sin contacto: incluye acoso, pornografía, posturas indecentes e insinuaciones o con contacto: recoge tocamientos, masturbación y penetración. Los niños con retraso mental sufren con mucha más frecuencia estos abusos, especialmente en edades que se comprenden entre los 6 y 11 años. Este riesgo va en aumento hacia la adolescencia y continúa también en la vida adulta. Respecto al género, encontramos que las chicas con retraso mental tendrían más riesgo de sufrir abuso sexual, mientras que en los varones predomina el abuso físico o la negligencia. En cuanto a los contextos, estos son muy variados. En ámbitos residenciales o institucionales se incrementa el riesgo, y los abusos más frecuentes son llevados a cabo por los cuidadores o personal que está en contacto directo y continuo con estas personas (Verdugo, Alcedo, Bermejo, & Aguado, 2002). López Sánchez (2009) enumera algunas falsas creencias que favorecen que esta población sufra abusos. Entre ellas se destaca el creer que estas personas no resultan atractivas, por lo que no sufren agresiones sexuales; no comprenden o no sienten el daño, por lo que es menos grave; no pueden aprender nada sobre el tema.

Sobsey, Randall y Parrilla, 1997; Bailey, 1998, citados por Verdugo, Alcedo, Bermejo & Aguado (2002), comentan que en algunas personas se encuentra la idea de que las personas con discapacidad intelectual son insensibles al dolor y sin capacidad para captar el abuso del cual pudieran ser objeto, lo que los haría específicamente vulnerables a todo tipo de abusos sexuales. Agregan además que, si bien es cierto que los niños, adolescentes y adultos con retraso mental son particularmente vulnerables al abuso sexual, no lo es que esto se deba a factores relacionados con su infantilismo o falta de interés sexual, sino a factores extrínsecos relacionados con la estrecha dependencia y sumisión a terceras personas, junto a otros aspectos como la pérdida de intimidad y la falta de información sexual.

Al negarles la posibilidad de una adecuada educación sexual, aumenta considerablemente la vulnerabilidad de estas personas a embarazos, enfermedades venéreas y abusos sexuales. Así mismo, persistiendo los mitos antes mencionados, excluyéndolos del acceso a la educación, programas de prevención

y seguridad, los riesgos podrán ir en ascenso, al quedar estas personas desprotegidas por no contar con estrategias de afrontamiento eficaces (Verdugo, Alcedo, Bermejo & Aguado, 2002).

Objetivo

Considerar una posible causalidad entre los mitos acerca de la sexualidad en personas con DI y el abuso sexual, pensándolos como factores de riesgo y de vulnerabilidad.

Metodología

Se llevo adelante un estudio teórico. Se considera como tal a aquellos estudios que presentan avances teóricos, estudios de revisión, actualización, comparación y análisis crítico de teorías o modelos en un determinado campo (Montero y León, 2007). Delimitando aún más la categoría del trabajo elaborado, se lo enmarca dentro de los estudios clásicos. En esta categoría se incluyen los estudios que agencian la revisión de ideas sin utilizar estadísticos para llevar a cabo la fundamentación de sus nociones. A los fines de consumir este trabajo bibliográfico, se recabó información de distintas fuentes: se utilizaron documentos de trabajo, tesis doctorales, libros, documentación soporte papel, monografías, investigaciones, artículos online, manuales de Psicología del desarrollo y publicaciones de revistas científicas. Toda la fuente utilizada fue extraída dentro de las áreas de Psicología Social, Psicología Jurídica y Psicología Diferencial. Asimismo, se recurrió a expertos, a bibliotecas generales y especializadas, como así también a distintas bases de datos, como ser: DIALNET, SCHOOLAR GOOGLE. En dichas bases de datos se utilizaron como palabras claves: sexualidad, discapacidad intelectual, mitos, abuso sexual.

Sexualidad

Todos los individuos tienen sentimientos, actitudes y convicciones en materia sexual, pero cada persona experimenta la sexualidad de distinta forma, ya que esta viene decantada por una perspectiva sumamente individualizada. Se trata de una perspectiva que proviene tanto de experiencias personales, como de elementos públicos y sociales. No puede comprenderse la sexualidad humana sin reconocer que ésta es de índole pluridimensional, es decir que es un hecho biológico, psicológico y cultural (Amor Pan, 2002a). La sexualidad es el conjunto de experiencias humanas atribuidas al sexo y definidas por éste, constituye a los particulares, y obliga su adscripción a grupos socioculturales genéricos y a condiciones de vida predeterminadas. Es un complejo cultural históricamente determinado consistente en relaciones sociales, instituciones sociales y políticas, así como en concepciones del mundo, que define la identidad básica de los sujetos. La sexualidad está constituida por formas de actuar, de comportarse, de pensar, y de sentir, así como por capacidades intelectuales, afectivas y vitales asociadas al sexo. Consiste también en los papeles, las funciones y las actividades económicas y sociales asignadas con base en el sexo a los grupos sociales y a los individuos en el trabajo, en el erotismo, en el arte, en la política y en todas las experiencias humanas; consiste asimismo en el acceso y en la posesión de saberes, lenguajes, conocimientos y creencias específicos; implica rangos y prestigio y posiciones en relación con el poder. La sexualidad es identificada con el erotismo, al punto de usarse indistintamente ambos términos. En el terreno teórico es necesario diferenciar ambos conceptos para elaborar categorías rigurosas. La sexualidad incluye al erotismo pero no lo agota, y este a mismo tiempo debe ser reconocido en su especificidad (Lagarde, 1997). La sexualidad es una energía vital, intransferible, que es inherente al ser humano y que se expresa en todo lo que la persona hace como parte integrante de su personalidad (Schorn, 2008). Siguiendo con esta definición, Amor Pan (2002b) y Nuñez (2008), refieren que sexualidad es más que simple genitalidad, siendo el concepto de sexualidad mucho más amplio y la genitalidad sólo un aspecto de ella. Sexualidad es afecto, es encuentro interpersonal, realización de la propia personalidad, es también corporalidad. Se puede hablar de una sexualidad destinada a la procreación, a la búsqueda exclusiva de placer o a la relación convivencial, pero ni aun así se roza con la superficie de la sexualidad, más bien hay que pensarla de manera integradora, ya que ninguna dimensión de la sexualidad

tomada aisladamente tiene validez universal. Tanto los aspectos biológicos como los factores psicológicos y sociales forman un entramado de vital importancia, que empieza a influir en el momento mismo del nacimiento y siguen haciéndolo por el resto de la vida (Amor Pan, 2002b).

Discapacidad Intelectual

El concepto de discapacidad, o de términos tales como deficiencia mental, minusvalía, discapacidad psíquica o retraso mental, ha ido evolucionando a lo largo del tiempo. Verdugo (1997) se avoca a la concepción del retraso mental que se concebía en Inglaterra en el siglo XIV, en donde aquellos que poseían alguna deficiencia mental eran caratulados como “idiotas” y se los conceptualizaba como aquellos que eran incapaces de manejar sus propios negocios, por lo que sus propiedades pasaban directamente a la Corona.

La Organización Mundial de la Salud (1980) conceptualizó al término Discapacidad como toda aquella restricción o ausencia de la capacidad de realizar una actividad en la forma que lo realizaría un ser humano, o bien dentro del margen que se considera normal para los mismos. En esta conceptualización, se intentó incluir tres niveles del trastorno, es decir, los niveles bio – físico – psicológico. Pero luego de un tiempo fue necesaria una revisión, ya que por un lado se concebía como un modelo únicamente causal y unidireccional, y por el otro, se dejaron de lado ciertos aspectos importantes del individuo y su trastorno, como lo son su entorno físico y social. Tal es así, que a partir de mediados de la década del 90 comenzó la revisión de esta definición, para finalmente considerar el término “Discapacidad” como un concepto global, que incluye tanto la perspectiva individual, como la corporal y social, es decir, como término genérico que recoge las deficiencias en las funciones y estructuras corporales, las limitaciones en la actividad, y las restricciones en la participación social del individuo (CIF, 2001). La Asociación Americana sobre el Retraso Mental (AARM), goza de un prestigio en el mundo de la discapacidad, logrado tras más de un siglo de trabajo en tareas de investigación relacionadas con el retraso mental (RM). Desde su fundación en 1876, una de sus principales preocupaciones ha sido conseguir una delimitación clara y no discriminatoria de la condición de las personas con RM. Su composición heterogénea, en la que se incluyen profesionales provenientes de diferentes campos de la salud, la psicología, la educación, el trabajo social, la legislación y la administración, entre otras, ha hecho de esta organización un punto de referencia para todos aquellos que por motivos personales o profesionales se relacionan con personas que presentan esta discapacidad. En el año 1921, encontramos en la primera edición de su manual, la definición de RM (realizado junto con el Comité Nacional para la Higiene Mental). Desde aquella primera se han publicado ocho ediciones más (1933, 1941, 1957, 1959, 1973, 1977, 1983, 1992), y la actual está vigente desde 1992 (novena edición). Cada década del siglo XX, ha contado con la influencia de uno de estos manuales clasificatorios y, con cada nueva edición, la definición iba puliéndose y enriqueciéndose en matices. Se evidencia que los trabajos que surgían no anulaban a los anteriores, porque esos manuales servían como base y punto de partida para una mejor comprensión del RM. Se iba ganando en claridad, amplitud y delimitación. El punto de partida de la definición tenía en el coeficiente de inteligencia su eje fundamental. La aparición de las pruebas de inteligencia y su aplicación generalizada en la población estadounidense, hacían de este parámetro el dato más objetivo en el que se basaba cualquier tipo de investigación, y la referencia diferencial en la que se catalogaba a la población en función de sus rendimientos intelectuales (Portuondo Sao, 2004).

La definición de Discapacidad Intelectual postulada por la AARM (2002) plantea que el retraso mental es una discapacidad que se caracteriza por limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual y la conducta adaptativa tal como se ha manifestado en habilidades prácticas, sociales y conceptuales. Esta discapacidad comienza antes de los 18 años (Luckasson et al., 2002). Una persona con discapacidad es aquella que padezca una alteración funcional, permanente y prolongada, física o mental, que en relación con su edad y medio social implique desventajas considerables para su integración tanto familiar como social, educacional y laboral, y para el disfrute de sus derechos humanos (Despouy, 1993).

Schorn (2008), a efectos de aclarar, hace una diferenciación de los niveles de discapacidad. Postula que aquellas personas que presentan un déficit mental profundo pueden llegar a desarrollar una edad o nivel

de comprensión comparable a la de un niño de un año. La gratificación aquí pasa por el afecto, el cuidado, la atención y alimentación, la higiene y la estimulación de su propio cuerpo. En el déficit mental severo su desarrollo en cuanto a la comprensión puede compararse al alcanzado por un niño de dos años como máximo. Estos se autoestimulan, porque a través de estas sensaciones placenteras pueden unificar el concepto de “sí mismo”, así que exploran su cuerpo, pueden diferenciar zonas placenteras y diferenciar ligeramente los sexos. Por otro lado, en el déficit mental moderado su nivel de comprensión puede alcanzar el comparable al de un niño de 6 o 7 años. Aquí existe el auto valimiento y la adaptación a normas familiares y sociales. La estimulación que reciben por personas ligados afectivamente y las que son producidas por autoestimulación los conducen al reconocimiento de lo placentero tratando de repetir estas situaciones por su efecto gratificante.

La DI tiene implicancias tanto en el desempeño motor, como alteraciones perceptuales, déficits en memoria y adquisición de nociones, afecta también el desarrollo del lenguaje y el razonamiento. Pero donde se observan las limitaciones más evidentes es en la conducta social, ya que presentan dificultades en las aéreas de independencia personal y adaptación personal y social. Esto se ve influido por otros factores independientes del grado de retraso, como lo son el antecedente socioeconómico, las oportunidades de socialización, la experiencia escolar y las actitudes que los demás adoptan hacia el sujeto con discapacidad (Del Moral Zamudio, 2001). Es común que al niño con DI no se le enfrente a tareas propias de cada edad, que se le relegue de experiencias cotidianas y que se lo prive de vivencias sociales necesarias. Rara vez se encuentra que un discapacitado temprano haya mantenido juegos sexuales con otros niños o compañeros de la infancia (Castro Alegret, 1994). Al parecer existe un proceso de representación de su sexualidad con mayor demora en el reconocimiento de su propio cuerpo y la introyección de normas sociales, con menor erotización que el resto, debido posiblemente a que los adultos han erotizado menos o hasta rechazado esa parte de su persona. A pesar de esto, diversos estudios como lo es por ejemplo el de Heshusius (1982), han demostrado que las personas con DI experimentan la intimidad y la sexualidad al igual que cualquier otra persona, a veces de manera confusa, pero como una parte esencial de sus vidas. Tienen sentimientos sexuales y el deseo de compartirlos con otros individuos está presente (Del Moral Zamudio, 2001).

Sexualidad y Discapacidad

Al igual que el resto de niños y niñas, los menores con discapacidad exploran su cuerpo, se interesan por relacionarse con compañeros, establecer lazos afectivos con su familia y amigos, así como por saber cómo nacieron, cómo es su cuerpo y por qué éste cambia día a día (Rivera Sánchez, 2008). Núñez (2008), relata que la sexualidad de la persona con discapacidad, como la de cualquier otra, no nace en la adolescencia, sino que tiene su origen desde el mismo momento del nacimiento como modalidad de relación con otro. Es en la pubertad cuando comienza a darse una gran actividad hormonal que va a producir modificaciones profundas en las sensaciones del adolescente, y en la percepción de sí mismo, su cuerpo y del mundo. Este despertar sexual, sobre todo en aquellos discapacitados con mayores dificultades simbólicas, se puede manifestar sin las inhibiciones que suelen darse en personas sin discapacidad. Así, que en el joven con discapacidad se rompe un cierto equilibrio que se mantuvo hasta ese momento y se intenta seguir manteniendo, basado en la negación social de su sexualidad, por lo cual este aspecto no es integrado a la existencia vital del joven. Partiendo de este punto, debe reconocerse la importancia de educar y atender la sexualidad de personas con discapacidad, sabiendo que esto permitirá el desarrollo integral, aprender a conocerse, aceptarse y respetarse. La sexualidad integra una serie de aspectos que buscan el desarrollo de las personas para que estas puedan participar en la sociedad activamente. Es indispensable para el desarrollo y ajuste de la personalidad de cada individuo, por lo que, todas las personas la poseen, no se aparta de aquellas con discapacidad, sino que forma parte integrante de todos y cada uno (Rivera Sánchez, 2008).

Edmonson (1980,1988) postula que las personas con retraso mental tienen necesidades emocionales de amar y de ser amados, de mostrar sus afectos, establecer relaciones y de expresar su sexualidad. También

se reclaman con frecuencia sus derechos sexuales, entre los que se hallan el derecho a recibir información, educación y orientación sobre su sexualidad, a expresarse en este aspecto y a casarse o tener parejas. Aun así, parece existir sobre este tema un pacto de silencio (García, 1990), que ha atenazado a responsables de la política educativa y sanitaria, pacto que ha impedido un mayor nivel de avances y progresos.

Mitos y prejuicios en la sexualidad del discapacitado

La sexualidad de la población con discapacidad es un tema que ha sido poco abordado tanto por organizaciones que las atienden, como por docentes, familias y por la sociedad en general, debido a que giran en torno a dicho grupo una serie de creencias que invisibilizan la existencia de la misma (Rivera Sánchez, 2008). López Sánchez (2009), enumera algunas de estas creencias sobre la sexualidad de los discapacitados, entre las cuales se destacan: - que las personas con RM son asexuadas, son como niños, también sexualmente, no resultan atractivas sexualmente para otras persona, no debe despertarse su interés sexual, ya que son inocentes y que en ningún caso conviene que formen pareja.

Se ha venido asignando a las personas con RM un rol en el que no hay lugar para la sexualidad. Concepción basada en el predominio del criterio moral, que entiende que este es un tema que no debe suscitar interés o debate alguno, debido a que en su mayor parte estas personas no tienen pareja o no están casados, y además, no deberían tener hijos, bien porque no pueden cuidar de los mismos de forma adecuada o bien porque pueden tener hijos con problemas similares a los suyos (Amor Pan, 2002a). Entre algunos de los mitos y falacias que se encuentran asociados a este tema, encontramos uno que hace referencia a la necesidad de silenciar una dimensión humana tan vital como es la sexualidad. Este, presupone que la ignorancia en cuestiones sexuales es la mejor arma para defenderse de la propia sexualidad. No obstante ello, el hombre es por naturaleza un ser sexuado, por tanto ninguna persona, independientemente de su nivel de capacidad o discapacidad, puede ser asexuada. Contrariamente a lo que se cree, la mayoría de las personas con RM tienen conciencia de su sexualidad, manifiestan inquietud por el tema y, en mayor o menor medida, tienen sus experiencias con menor o mayor grado de satisfacción. Otro mito ligado a la temática desarrollada tiende a establecer relaciones de linealidad entre sexualidad y capacidad intelectual, de forma tal que asume que las limitaciones que aparecen en este área, también afectan el área sexual, por lo que se deriva la idea errónea de que estas personas no pueden desarrollar una conducta sexual adaptada, responsable y beneficiosa para su desarrollo personal, sino que solo cabe esperar una conducta sexual torpe, carente de sensibilidad y susceptible de engaño por cualquiera, lo que sería una sexualidad embebida del propio concepto de deficiencia (Verdugo, Alcedo, Bermejo&Aguado,2002) García (1990), Marchetti y McCartney (1990) y Fierro (2000) postulan que sin embargo, bien se sabe que el nivel intelectual no correlaciona positivamente, y que, por lo tanto, no determina la capacidad para amar, expresar afectos y cariño, compartir sensaciones corporales, para enamorar, seducir y respetar a la pareja.

Otra creencia refiere que estas personas presentan una vida sexual y afectiva muy distinta a la del resto de la población sin discapacidad. Se habla de una sexualidad ligada a matices psicopatológicos, definidos por un apetito sexual grotesco y descontrolado, donde se señalan continuas demandas de afecto, fuertes emociones e impulsos sexuales y dificultad para el control, así como una tendencia a la promiscuidad sexual. Existe además un viejo mito según el cual la discapacidad engendra discapacidad, por lo que el control de la vida sexual de estas personas evitaría la posibilidad de que engendren hijos con retraso, lo que no es necesariamente cierto ya que supone admitir que las bases etiológicas del RM son siempre de tipo genético cuando hace décadas que se admite una etiología variada y múltiple para más del 50% de los sujetos que presentan RM (Verdugo, Alcedo, Bermejo & Aguado, 2002). Se encuentra también la idea de que estos sujetos son insensibles al dolor y sin capacidad para captar el abuso del que pudieran ser objeto, lo que los haría especialmente vulnerables a todo tipo de abusos sexuales (Sobsey, Randall y Parrilla, 1997; Bailey, 1998). Si bien es cierto que niños, adolescentes y adultos con RM son particularmente vulnerables al abuso sexual, no lo es debido a factores relacionados con su infantilismo o falta de interés sexual, sino a factores externos que

están asociados con la estrecha dependencia y sumisión a terceras personas, junto a otros elementos como son la pérdida de intimidad y la falta de información sexual (Verdugo, Alcedo, Bermejo & Aguado, 2002).

Sobsey y Mansell, 1997 y Kennedy, 1996, citados en Verdugo, Alcedo, Bermejo y Aguado (2002) señalan que estos mitos influyen en las actitudes de los profesionales que trabajan con sujetos con RM, y también en los servicios especializados dirigidos a los mismos, lo que genera resultados negativos, ya que han servido para justificar la exclusión, el aislamiento y la segregación de estas personas de una adecuada educación sexual. Al privarlos de esta posibilidad, aumenta notablemente la vulnerabilidad de esta población tanto a embarazos como enfermedades venéreas como al mencionado abuso sexual.

Abuso sexual en el sujeto discapacitado

Del Moral Zamudio (2001), menciona que alrededor del sujeto con DI se reúnen una variedad de factores personales, familiares y sociales que lo hacen más vulnerable y lo convierten en víctima fácil del fenómeno del Abuso Sexual (AS), ante el cual la prevención y/o evitación pareciera ser escasa o nula. Los mitos y tabús sociales más la falta de servicios de protección, ubican a las personas con discapacidad ante un riesgo significativamente mayor de sufrir AS y maltrato que cualquier otro sujeto. El AS dentro de la población con DI se encuentra impulsado principalmente por una situación desigual de poder y control, donde las personas con discapacidad pueden ser más fáciles de manipular y vulnerar por carecer, en la mayoría de los casos, de posibilidades de denunciar los abusos, ya sea por barreras físicas, sensoriales, intelectuales o aún institucionales (Martínez, 2012).

Finkelhor (1992) y Losada (2009, 2011, 2012) definen al AS como cualquier contacto sexual entre un sujeto y un adulto sexualmente maduro, madurez sexual definida social y psicológicamente, este contacto con fines de complacer al adulto; o bien cualquier contacto sexual mediante el uso de la fuerza, la amenaza o el engaño para asegurar su participación; o contacto sexual al cual, en el caso de un niño, este no pueda consentir en virtud de su edad o por la diferencia de poder y la naturaleza de su relación con el adulto. Verdugo, Alcedo, Bermejo & Aguado (2002) mencionan que cuando se habla de AS, se hace referencia a todas aquellas situaciones en las que una persona se ve envuelta en actividades o en relaciones sexuales que no quiere, no consiente y/o no entiende. Tanto hombres como mujeres, adultos y niños pueden ser víctimas de este abuso. Por lo general es unidireccional hacia la víctima, pero en ocasiones, esta última puede ser obligada a realizar prácticas sexuales al abusador. Varios estudios indican que este tipo de agresiones son frecuentes, repetidas y crónicas y a menudo resultan en daño o perjuicio físico o moral significativo para las víctimas. En el caso de sujetos con discapacidad sexualmente abusados existen evidencias de tener mayor riesgo de graves trastornos emocionales, deficiencias del habla e incluso incapacidad física (Cohen y Warren, 1990).

A pesar de que las estadísticas mundiales ubican a las personas con discapacidad, en especial a mujeres y niños con discapacidad mental, como uno de los grupos sociales más vulnerables ante el abuso y la explotación sexual, casi no existen referencias a ello en informes periodísticos o en campañas de concientización y prevención. Este vacío no es casual. Obedece a una lógica, ya mencionada, que relativiza la sexualidad de las personas con discapacidad, invisibilizando sus derechos y privándolos, a ellos y a sus familias, de recibir la protección, acompañamiento y la contención necesarias (Martínez, 2012). Los estudios con los que se cuenta son aislados, parciales, basados en muestras que no son lo suficientemente representativas y tienen limitaciones metodológicas. Por lo que aún no pueden extraerse conclusiones definitivas acerca de las cuestiones que se abordan en estos trabajos. Aun así, se encuentran algunas variables y cuestiones examinadas (Verdugo, Alcedo, Bermejo & Aguado, 2002). Como se menciona anteriormente, los niños y las mujeres con discapacidad son los más vulnerables a sufrir el AS. Cuando se habla de abuso sexual infantil (ASI) específicamente, nos encontramos frente a una problemática social, tanto por el número de casos como por ser una forma por acción de maltrato. Las personas afectadas presentan diversas emociones, como sensación de extrañeza, irrealidad, dolor, tristeza, vacío existencial y vivencias de culpa y vergüenza. Los niños que son víctimas de ASI no suelen relatar en forma espontánea los hechos, aunque sí pueden hacerlo al preguntárseles

(Losada, 2009). El miedo de contar lo acontecido, sobre todo cuando se trata de un abusador cercano a la familia de la niña o niño, y lo difícil de los procedimientos legales para validar el hecho, muchas veces hace que los adultos desestimen con frecuencia hacer algún tipo de denuncia (Ferrante, 2009).

Kennedy (1996), Lumley y Miltenberger (1997), Furey, Granfield y Karan (1999), coinciden en que el AS en la población con DI, es más elevado que en la población en general, aunque se desconoce la frecuencia real del problema, debido, entre otros motivos, a la tasa tan baja de denuncias existentes. En niños con discapacidad, encontramos que el riesgo de abuso se duplica en comparación con los pares sin discapacidad. Los niños con RM sufren con más frecuencia estos abusos, en especial, en edades comprendidas entre los 6 y 11 años. Este riesgo aumenta considerablemente en la adolescencia pudiendo continuar también en la vida adulta (Furey et al., 1999; Sobsey y Mansell, 1997). En lo que respecta al género, las chicas con RM son objeto de AS más frecuente que los chicos, pero en varones el tipo de maltrato más predominante es el abuso físico y la negligencia (Sobsey, Randall y Parrilla, 1997). En cuanto a los contextos en los que se produce el AS, se encuentra que estos son muy variados: ámbito familiar, círculo de amistades, entorno laboral, ambiente residencial, todos estos constituyen una fuente potencial para el abuso, aunque estas situaciones se llevan a cabo también en el ámbito residencial o institucional, donde el riesgo incrementa. Dentro de estos entornos, los abusos más frecuentes son llevados a cabo por los cuidadores o el personal que está en contacto directo con estas personas (Sobsey y Randall, 1997).

La infancia con discapacidad se ve afectada por factores de riesgo iguales a los que se presentan en la población infantil en general: la exclusión, el estrés familiar, dificultades económicas, aislamiento social, conflictos conyugales o historia familiar de abuso sexual en los padres. Estos son factores, que entre otros muchos, aumentan el riesgo de los menores a sufrir algún tipo de maltrato (Observatorio de Infancia, 2006). La discapacidad no puede ser considerada por sí misma como un factor desencadenante del maltrato si no se da en interacción con otras variables de riesgo como ocurre en la mayoría de los menores cuando son maltratados (Oliván, 2002). Junto a la incidencia de estas variables, se detectan también factores familiares, educativos, contextuales, así como los asociados a necesidades especiales, que afectan específicamente a la población con discapacidad haciéndola más vulnerable a sufrir algún tipo de maltrato. (Berastegui Pedro-Viejo y Gómez - Bengoechea, 2006).

Discusión

Se ha descrito que niños y adolescentes con RM son particularmente vulnerables al abuso sexual, aunque no lo es debido a factores relacionados con su infantilismo o falta de interés sexual, sino a factores externos que están asociados con la estrecha dependencia y sumisión a terceras personas, junto a otros elementos como son la pérdida de intimidad y la falta de información sexual (Verdugo, Alcedo, Bermejo & Aguado, 2002). Los mitos y tabús sociales más la falta de servicios de protección, ubican a las personas con discapacidad ante un riesgo significativamente mayor de sufrir AS que cualquier otro sujeto (Del Moral Zamudio, 2001).

Las personas con RM suelen tener menor información, menor conciencia de riesgo y menor capacidad para tener prácticas sexuales seguras, tanto por a falta de información como por la propia discapacidad (López Sánchez, 2009). Por lo que es necesario brindar información adecuada que permita derribar todos los mitos existentes y que pueda transmitir, formar y promover actitudes, valores, conocimientos y habilidades desde edades tempranas para que estas personas puedan vivir una sexualidad responsable. La educación de la sexualidad se vuelve una herramienta de gran valor para poder enseñarles cómo pueden vivir se sexualidad saludablemente sin ser violentados por su condición (Rivera Sánchez, 2008).

Tal como se mencionó en el presente trabajo, la sexualidad y la discapacidad son constructos que aún hoy en día no han sido abordados en toda su dimensión. El hablar de sexualidad se halla envuelto en una serie de mitos y prejuicios que son necesarios desterrar para poder alcanzar el pleno desarrollo de los individuos y la satisfacción plena de las necesidades humanas por las vías más saludables y óptimas. La

sexualidad ha estado cargada de connotaciones negativas, y es en los últimos años cuando se le ha empezado a otorgar un valor positivo considerando que es un atributo natural, esencial e inherente a todos y cada uno de nosotros, imputable a todas las personas más allá de su condición. La satisfacción de las necesidades sexuales- considerando que esto no involucra solo lo genital, sino que es mucho más amplio, es un hecho biológico, psicológico y cultural, constituido por formas de actuar, de comportarse, de pensar, y de sentir, así como por capacidades intelectuales, afectivas y vitales- es un factor indudable de calidad de vida y en consecuencia debe tenderse a dar una connotación positiva al placer sexual, cultivando tanto su conocimiento como las condiciones adecuadas para su plena satisfacción. Cuando a esta mirada negativa de la sexualidad se le suma el nacimiento de un hijo con discapacidad, que además es un acontecimiento que irrumpe produciendo un efecto de conmoción en la familia, afectando su dinámica y generando consecuencias en todos sus integrantes, puede producirse un desequilibrio tanto en las formas de actuar como de pensar, y es aquí donde tantas veces se cae en ideas erróneas, miedos que paralizan y dudas que si no son bien atendidas pueden colocar al menor discapacitado en situaciones de riesgo, no solo porque puedan influir de forma quizá indirecta en el desarrollo de su personalidad, sino porque también puedan verse directamente expuestos a situaciones que corrompan su integridad física, psicológica, social y emocional.

Pensar entonces que un sujeto con discapacidad carece del aspecto sexual que en cualquier otra persona no se negaría, los coloca en un rol donde queda un amplio lugar para la colocación de ideas a veces tan subjetivas como erróneas. Pero el tema aquí, no es solo pensarlo como sujeto sexuado, sino pensar cómo pararnos ante esto y de qué manera responder y atender sus necesidades. Si pensamos que un menor con DI es asexuado, se estaría negando la integridad de su persona; si se estima que las únicas conductas que estos pueden adoptar son conductas puramente instintivas, torpes e hipersexualizadas, se residiría en descuidar el aspecto afectivo-relacional, alejándonos de la idea de que estos sujetos necesitan de contacto, tienen interés por su cuerpo, por el otro, manifiestan inquietudes, aspectos todos deben ser guiados y educados.

Los sujetos DI, pueden presentarse como más dependientes y sumisos a sus adultos, suelen estar educados para responder y obedecer sólo a ellos, junto a esta cuestión, se encuentra una carencia en cuanto a la educación de la sexualidad, lo que deriva en que los menores no estén orientados para distinguir las muestras de atención o de cariño apropiadas de las inapropiadas, por lo que –entre otras- pueden aparecer situaciones de abuso difíciles a veces de identificar, ya sea porque no son denunciadas por el menor o porque se ven sometidos por el agresor a mantener silencio, inculcando en ellos el miedo y hasta sentimientos de culpa. La dependencia que caracteriza las relaciones de los menores discapacitados, los mitos que rondan la sexualidad y la exclusión y aislamiento de estas personas al acceso de una adecuada educación sexual, encontramos que estos puntos influyen también en las actitudes de los profesionales que trabajan con sujetos con RM, y también en los servicios especializados dirigidos a los mismos, lo que genera resultados negativos, ya que al privarlos de esta posibilidad, aumenta notablemente la vulnerabilidad de esta población tanto a embarazos como enfermedades venéreas como al mencionado abuso sexual.

Para prevenir entonces situaciones de este tipo, hace falta adoptar estrategias de prevención e intervención a través de programas psico educativos tanto para el joven con DI, como para las familias, así como para la sociedad en general, para provocar un cambio en el pensamiento y en las actitudes adquiridas a la hora de enfrentar la temática de la sexualidad. Estos programas tienen como finalidad que las familias de los pacientes adquieran habilidades de afrontamiento, habilidades sociales, y de resolución de problemas, asertividad, manejo del stress y de la ira, relajación y comunicación, con el objetivo de reducir factores de stress psicosocial, mejorar la interacción familiar y crear sistemas auxiliares de apoyo. Así mismo, la educación de la sexualidad ayuda a la persona con DI a aprender conductas aceptadas socialmente y a diferenciar lo que es sancionado por la sociedad, enseñando las situaciones donde deben rehuir de las que deben encontrar ayuda en caso que sea necesario, concretamente a desarrollar un esquema de prevención ante el abuso sexual. La educación sexual resulta fundamental para el desarrollo de toda persona, por lo tanto, ésta debe iniciarse desde edades tempranas. Los adultos deben orientar su aprendizaje hacia espacios que le permitan

vivir la expresión de su sexualidad de manera saludable, así como establecer las habilidades sociales adecuadas de acuerdo con la edad.

Referencias bibliográficas

- Alcedo, M. A., Bermejo, B. & Aguado, A.L. (2002). El abuso sexual en personas con discapacidad intelectual. *Psicothema*, 14, Supl.: pp. 124-129.
- Alva, M. S.(2009.). "Discapacidad y sexualidad. Posibilidades para la transformación de un discurso". Ponencia presentada en IV Congreso Internacional de Derechos Humanos y Salud Mental. Universidad Plaza de Mayo. <http://www.discapacitados.org.ar/documentos/posibilidades.doc>
- Amor Pan, J.R. (2002a). "Sexualidad y personas con síndrome de Down".
- Amor Pan, J.R. (2002b) "La educación sexual en el marco de la educación para la salud y la promoción del desarrollo individual y social de la persona con síndrome de Down". Recuperados el 1 de Junio de 2009 de <http://www.down21.org>
- Asociación Americana sobre Retraso Mental (AAMR) (2004). *Retraso Mental. Definición, clasificación y sistemas de apoyo*. Décima Edición. Madrid Alianza.
- Bailey, G. (1998). *Action against abuse. Recognising and preventing abuse of people with learning disabilities. A: Family's pack. B: Service User's pack.C: Support Worker's pack*. Chesterfield, UK: Association for Residential Care.
- Berastegui Pedro-Viejo, A. y Gómez- Bengoechea, B. (2006). Los menores con discapacidad como víctimas de maltrato infantil: una revisión. *Psychosocial Intervention*, 15 (3): 293-306.
- Castro-Alegret, P.L. (1994). *La sexualidad de los niños y adolescentes discapacitados: Su orientación y educación*. CELAEE. Cuba.
- Del Moral Zamudio, M.P. (2001). La prevención del abuso sexual infantil y la discapacidad intelectual. *Archivos Hispanoamericanos de Sexología*, 6(2): 117-131.
- Despouy, L. (1993). En Del Moral Zamudio, M.P. (2001) La prevención del abuso sexual infantil y la discapacidad intelectual. *Archivos Hispanoamericanos de Sexología*, 6 (2): 117-131.
- Edmonson, B. (1980). Sociosexual Education for the Handicapped. *Exeptional Education Quarterly*, 1, 67-76.
- Edmonson, B. (1988). Disability and Sexual Adjustment. En V.B. Van Hasselt, P.S. Strain y M. Hersen (Eds), *Handbook of developmental and physical disabilities* (pp.91-106). Nueva York:Pergamon Press.
- Fainblum, A. (2004). *Discapacidad, una perspectiva clínica desde el psicoanálisis- 2ª ed.-* Buenos Aires: La nave de los locos.
- Ferrante, C. (2009). *Abuso Sexual Infantil. Un informativo para la Prevención Primaria*, en Losada, A.V. (Comp.) Nuevos aportes al Abuso Sexual Infantil. Pp. 96-106. 1º ed. Buenos Aires: Ricardo Vergara Ediciones.
- Fierro, A. (2000). El sexo de los ángeles. En J.R. Amor (Ed.), *Sexualidad y personas con discapacidad psíquica*, (pp. 51-67). Madrid: FEAPS.
- Finkelhor, D. (1992). *Abuso sexual al menor*. México: Pax.
- Furey, E.M., Granfield, J.M. y Karan, O.C. (1999). Abuso y negligencia sexual en adultos con retraso mental: Una comparación de las características de la víctima. *Siglo Cero*, 30 (6), 21-26.
- García, J.L. (1990). *Sexualidad y deficiencia*. Minusval, 69. 13-37.
- Kennedy, M. (1996). Agresiones sexuales y discapacidad infantil. En Morris, J. (Ed.). *Encuentros con desconocidas. Feminismo y discapacidad*. (pp.139-159). Madrid: Narcea.
- Lagarde, M. (1997). "La sexualidad", en Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas, México, UNAM, pp. 177-211.
- López Sánchez, F. (2009) Educación sexual y discapacidad. En: III Congreso *La atención a la diversidad en el sistema educativo*. Universidad de Salamanca. Instituto Universitario de Integración en la

- Comunidad. Recuperado el 1 de Junio de 2009 de,
<http://campus.usal.es/~inico/actividades/actasuruguay2001/9.pdf>
- Losada, A.V. (Comp.) (2009). *Nuevos aportes al Abuso Sexual Infantil*. Buenos Aires: Ricardo Vergara Ediciones.
- Losada, A. V. (2011). *Abuso sexual infantil y patologías alimentarias*. Tesis de Doctorado. Universidad Católica Argentina, Facultad de Psicología y Psicopedagogía. Argentina.
- Losada, A. V. (2012). Epidemiología del abuso sexual infantil. *Revista de Psicología GEPU*, 3(1), 201-229.
- Luckasson, R., Borthwick-Duffy, S., Buntix, W.H.E., Coulter, D.L., Craig, E.M., Reeve, A. y cols. (2002). *Mental Retardation. Definition, classification and systems of supports (10th ed.)*. Washington, DC: American Association on Mental Retardation. [Traducción al castellano de Verdugo, M.A y Jenaro, C. (en prensa). Madrid: Alianza Editorial].
- Lumley, V.A. y Miltenberger, R.G. (1997). Sexual Abuse Prevention for Persons with Mental Retardation. *American Journal*, 101 (5), 459-472.
- Marchetti, A.G. y McCartney, J.R. (1990). Abuse of persons with Mental Retardation: Characteristics of the abused, the abusers, and the informers. *Mental Retardation*, 28, 367-371.
- Martínez, L.E. (2012). *Abuso sexual en personas con discapacidad*. En El Cisne, edición digital. Recuperado el 1 de Octubre de 2012 de, <http://www.elcisne.org/ampliada.php?id=2189>
- Montero, I. y León, O.G. (2007). A guide for naming research studies in Psychology. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7 (3): 847-862.
- Nuñez, B.A. (2008) *Familia y discapacidad: de la vida cotidiana a la teoría*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Observatorio de Infancia (2006). *Maltrato infantil: detección, notificación y registro de casos*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Accesible en:
<http://www.mtas.es/inicioas/observatoriodeinfancia/documentos/HojasDeteccion.pd>
- Olivan, G. (2002). Maltrato en niños con discapacidades: características y factores de riesgo. *Anales Españoles de Pediatría*, 56 (3), 219-223.
- Portuondo Sao, M. Evolución del concepto social de discapacidad intelectual. *Revista Cubana de Salud Pública versión online*, 30(4). Ciudad de la Habana. Sep.-Dic. 2004.
- Rivera Sánchez, P. (2008). Sexualidad de los niños, niñas y jóvenes con discapacidad. *Revista Educación*, 32(1): 157-170.
- Schorn, M.E. (2008) *Discapacidad: una mirada distinta, una escucha diferente*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Sobsey, D. y Mansell, S. (1997). Teaching people with Disabilities to be Abused and Exploited: The Special Educator as Accomplice. *Developmental Disabilities Bulletin*, 25 (1): 77-93.
- Verdugo, M.A. (1997). P.H.S. *Programa de habilidades sociales. Programas conductuales alternativos*. Salamanca: Amarú Ediciones.
- Verdugo, M.A., Alcedo, M. A., Bermejo, B. & Aguado, A.L. (2002) El abuso sexual en personas con discapacidad intelectual. *Psicothema*, 14, Supl.: 124-129.