

## El abuso sexual en personas con discapacidad intelectual

Miguel Ángel Verdugo, M<sup>a</sup> Ángeles Alcedo\*, B. Bermejo, Antonio L. Aguado\*

Instituto Universitario de Integración en la Comunidad, Universidad de Salamanca

\* Universidad de Oviedo

Este artículo presenta una revisión de uno de los tipos de maltrato mas frecuentes hacia las personas con retraso mental, el abuso sexual. En primer lugar, se muestra una panorámica del tema, destacando la vulnerabilidad de estas personas a sufrir este tipo de agresiones. En segundo lugar, se abordan algunos mitos, falacias y tópicos en torno a la sexualidad de estas personas, que generan actitudes y prejuicios que incrementan la exposición del niño y adulto con retraso mental a situaciones de riesgo de explotación y abuso sexual. En tercer lugar, se tratan las características y repercusiones que acarrea este tipo de abuso en las personas maltratadas. Por último, se hace referencia a la intervención, aspecto que carece de un adecuado tratamiento científico, y se proponen estrategias de prevención encaminadas a proteger a estas personas de posibles agresiones sexuales.

*Sexual abuse of people with mental retardation.* This article is a review of the sexual abuse of people with mental retardation. It starts with an overview emphasizing the vulnerability of these persons. Next, it examines the myths and sexual strategies of these people which generate negative attitudes and prejudices towards them, increasing their risk of sexual abuse and exploitation. Third, features and consequences of maltreatment situations are described. And, finally, several intervention and prevention strategies are proposed.

Si se consulta la bibliografía especializada en el tema que nos ocupa, maltrato en personas con discapacidad, la primera conclusión que se extrae es la de encontrarnos ante un campo de investigación disperso, escaso y con frecuencia carente de rigor científico (Verdugo, Bermejo y Fuertes, 1993), pese a ser un tema que ha despertado en los últimos años el interés de los investigadores y profesionales que trabajan con esta población. Bien es cierto que esta situación no es exclusiva del ámbito de la discapacidad. Ni tampoco afecta solamente a la investigación desarrollada en nuestro país. Limitaciones similares las encontramos en los estudios y trabajos realizados en el entorno europeo y americano.

La mayoría de los estudios sobre maltrato en personas con discapacidad se han centrado en el análisis de tres aspectos básicos (Verdugo y Bermejo, 1995): la discapacidad como causa del maltrato, es decir, como factor explicativo y de riesgo; la discapacidad como consecuencia del maltrato, o lo que es lo mismo, consecuencia de comportamientos violentos que provocan en el niño daños importantes, y la discapacidad de los padres como riesgo de maltrato. De toda esta literatura, la relación entre abuso sexual, conceptualizado como una de las manifestaciones activas del maltrato, y retraso mental ha sido uno de los aspectos que más ha tardado en ser abordado. En la actualidad existen muy pocos estudios y trabajos empíricos sobre este tema. En la casi totalidad de autores que se acercan a esta área existe consenso en reconocer la

suficiencia investigadora y escasez de conocimientos al respecto (Ammerman, Hersen, Van Hasselt, Lubetsky y Sieck, 1994; Sobsey y Mansell, 1997; Sobsey, Randall y Parrilla, 1997; Bailey, 1998; Bermejo, 1999; Clemente, 2000).

Los temas tratados se han centrado por lo general en el análisis de los factores que aumentan la vulnerabilidad al maltrato y en las consecuencias del mismo, en las características de los perpetradores de abusos sexuales y en los ámbitos en que aumenta el riesgo de este tipo de abusos. Pero los resultados son con frecuencia contradictorios y nada conclusivos. No permiten determinar con claridad si el nivel de retraso mental o de deterioro funcional aumenta o disminuye el riesgo de abuso, o si variables como edad, género, entorno familiar y apoyo social de la víctima juegan un papel determinante en la ocurrencia del problema. Sin embargo, la gran mayoría de estos trabajos alude a determinadas actitudes negativas y creencias falsas sobre la sexualidad de las personas con retraso mental como uno de los principales factores que les hace más vulnerables al abuso sexual. Estas actitudes y creencias están basadas en mitos y prejuicios que fomentan la deshumanización, infantilización y devaluación de estas personas en todas las facetas de su vida (Rodríguez Testal y Rodríguez Santos, 1995; Kennedy, 1996; Sobsey, Randall y Parrilla, 1997). Mitos y prejuicios que discapacitan más que el nivel de retraso o deficiencia, que constituyen auténticas barreras para el desarrollo sexual de las personas con retraso mental y que propician situaciones de abuso y explotación sexual. Por su importancia, creemos que este aspecto merece un tratamiento más profundo.

### Mitos y prejuicios

Ya hace varias décadas que se postula y se afirma reiteradamente que las personas con retraso mental tienen necesidades

emocionales de amar y de ser amados, de mostrar afectos, de establecer relaciones y de expresar su sexualidad. También se apela con frecuencia a sus derechos sexuales entre los que se encuentran el derecho a recibir información, educación y orientación sobre su sexualidad, a expresarse sexualmente, y a casarse o vivir en pareja, o a ser padres (Edmonson, 1980, 1988). Todos estos aspectos constituyen objetivos planteados en el proceso de normalización del sujeto con retraso mental. Pese a este reconocimiento, en parte promovido por el hecho de que en la Declaración de Derechos de las Personas con Retraso Mental figura como fundamental el derecho a la vida sexual, la sexualidad de estas personas ha sido y sigue siendo un aspecto carente de educación, cuidado y rehabilitación. Es a partir de los años ochenta, y en el entorno norteamericano, cuando se inician y desarrollan los primeros seminarios específicos sobre socialización y sexualidad, concretamente en las asambleas del Congreso Nacional sobre el Síndrome de Down. Ya en el nuevo milenio poco más es lo que se ha avanzado. Las publicaciones sobre el tema se encuentran en las revistas especializadas en discapacidad. Pero, son escasas y suelen referirse a congresos y seminarios, y algún que otro programa orientado a la prevención y tratamiento de abusos sexuales. Como muy acertadamente expresa algún autor, parece existir sobre este tema un pacto de silencio (García, 1990) que ha atenazado a los responsables de la política educativa y sanitaria, pacto que ha impedido un mayor nivel de avances y progresos.

Se ha venido asignando a las personas con retraso mental un rol en el que no hay 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, puesto 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 forma adecuada de los mismos o bien porque pueden tener hijos con problemas similares a los suyos (Amor, 1997). Pues bien, aunque este criterio ya ha dejado de ser dominante desde los años sesenta aún no ha desaparecido. Si a esto añadimos los mitos y prejuicios a los que antes aludíamos, tan ampliamente aceptados por gran parte de nuestra sociedad pese a estar basados en concepciones erróneas e infundadas, podemos entender la casi total ausencia de planificación de programas y estrategias de educación sexual puestas en práctica con personas con retraso mental. Veamos alguno de estos mitos y falacias.

Uno de esos mitos hace referencia a la necesidad de silenciar una dimensión humana tan vital como es la sexualidad. Se asume que cuanto menos se hable del tema a la persona con retraso mental mejor será. Este mito presupone que la ignorancia en cuestiones sexuales es la mejor arma para defenderse de la propia sexualidad. Sin embargo, somos por naturaleza seres sexuados; por tanto, ningún ser humano, independientemente de su nivel de capacidad o discapacidad, puede ser asexuado. 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 encuentra especialmente retrasado en comparación con sus pares no discapacitados (Fierro, 2000). Aún así, en los distintos ámbitos en los que se desarrolla la vida de estas personas (familiar, escolar, institucional, y laboral) este mito ha estado presente (Edmonson, 1988; Edwards y Elkins, 1988) y es en parte responsable de la ausencia de información y educación sexual.

Otro de dichos mitos tiende a establecer relaciones de linealidad entre sexualidad y capacidad intelectual de forma tal que se

asume que las limitaciones que aparecen en este área también afectan al área sexual. De aquí se derivan las ideas y creencias erróneas de que estas personas no pueden desarrollar una conducta sexual adaptada, responsable y beneficiosa para su desarrollo personal. Solo cabe esperar una conducta sexual torpe, carente de sensibilidad y susceptible de engaño por cualquiera. Dicho de otra forma, una sexualidad impregnada del propio concepto de deficiencia. Sin embargo, es bien sabido que el nivel intelectual no correlaciona positivamente y, por tanto, no determina la capacidad para amar, expresar afecto y cariño, compartir sensaciones corporales, enamorar, seducir o respetar a la pareja (García, 1990; Marchetti y McCartney, 1990; Fierro, 2000).

Estrechamente ligada a la anterior aparece la falsa creencia de que estas personas presentan una vida sexual y afectiva muy distinta a la del resto de la población sin discapacidad. Se habla de sus continuas demandas de afecto, de sus fuertes emociones e impulsos sexuales, de su dificultad para controlarlos y de su tendencia a la promiscuidad sexual. Es decir, sexualidad ligada a matices psicopatológicos, matices definidos por un apetito sexual grotesco y descontrolado, ligado frecuentemente al vicio o patología. Pero la realidad es muy distinta. Su sexualidad se manifiesta de múltiples maneras, existiendo tantas variaciones como las que se pueden encontrar entre el resto de la población. Tampoco es cierto que sean más cariñosos o que sus demandas de afecto denoten pulsiones sexuales intensas. Lo que ocurre es que no suelen ser educados a distinguir a lo largo de las diferentes etapas de desarrollo entre muestras de atención apropiadas e inapropiadas, a modificar y adecuar a las distintas situaciones y/o personas sus manifestaciones afectivas y a conocer las diferencias entre lo público y lo privado para ir así definiendo su propia intimidad (Edwards y Elkins, 1988; Bailey, 1998). Como acertadamente afirma Fierro (2000) las conductas sexuales desviadas que en ocasiones presentan algunas de estas personas pueden catalogarse no como típicas o inherentes a su retraso sino como consecuencia de factores externos. Así, por ejemplo, la frecuente carencia de intimidad y de espacio y vida privada, la intensa reprobación por parte de los adultos hacia las manifestaciones externas de su sexualidad, puede llevar a estas personas hacia conductas sexuales desaptadas y reprobadas socialmente.

También debemos hacer alusión a otro viejo mito según el cual la discapacidad engendra discapacidad, por tanto, el control de la vida sexual de estas personas evitaría la posibilidad de que engendren hijos con retraso. Ahora bien, esto no es necesariamente cierto pues supone admitir que las bases etiológicas del retraso mental son siempre de tipo genético. Ya hace décadas que se admite una etiología variada y múltiple para más del 50% de los sujetos que presentan retraso mental. Es más, se estima que en torno a un 30% de los hijos de padres con retraso mental sí se encuentran moderada o severamente afectados (AAMR, 1992). De todas formas, esta concepción supone ligar sexualidad y reproducción, aspectos que en absoluto se encuentran frecuentemente asociados en esta población, así como considerar al cociente intelectual como factor determinante de una paternidad satisfactoria (Verdugo y Bermejo, 1995).

De la misma forma que se liga sexualidad y reproducción también se tiende a identificar sexualidad con genitalidad y coito. Se asume para estas personas una vida sexual donde apenas tiene cabida el deseo y búsqueda de sentimientos, emociones, comunicación, y diversión. Lo curioso del caso es que tendemos a dar a gran parte de las manifestaciones de afecto de estas personas un significado genital que frecuentemente no existe (Posse y Verde-

guer, 1993). Junto a conductas como coito o masturbación también aparecen en las personas con retraso mental otras manifestaciones de la sexualidad tales como enamoramiento, fantasías o necesidad de ser y parecer agradable a la persona que uno desea (Soulie, 1995). Todas esas manifestaciones son necesarias para su desarrollo emocional, y al igual que a cualquier persona les generan bienestar y satisfacción.

En algunas personas encontramos la idea de que las personas con retraso mental son insensibles al dolor y sin capacidad para captar el abuso del que pueden ser objeto (Sobsey, Randall y Parrilla, 1997; Bailey, 1998), lo que les hace especialmente vulnerables a todo tipo de abusos sexuales. Si bien es cierto que los niños, adolescentes y adultos con retraso mental son particularmente vulnerables al abuso sexual, no lo es que esto sea debido 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.

Llegados a este punto, y una vez abordados los mitos frecuentes que presenta la sexualidad en las personas con retraso mental, creemos que no queda duda de que se generan actitudes muy negativas hacia estas personas, a pesar que todos los mitos carecen de sustento científico. Todo esto impide pensar y aceptar que la sexualidad supone un derecho natural e inherente a toda persona, incluidas las personas con retraso mental, y que constituye un elemento de calidad de vida que potencia al máximo el desarrollo personal y social (Verdugo, 2000). En nuestra opinión, esta facilidad con la que se viene aceptando y asumiendo como máximas todos estos mitos podría ser entendida desde lo que en alguna ocasión Pelechano (1998) ha conceptualizado como la identificación o diferenciación psicológica entre conocer y creer. Según el citado autor, las personas creen lo que no deben o aquello sobre lo que no existe evidencia clara con tal de que se repita un número suficiente de veces. Una vez instaladas esas creencias es muy difícil desearlas. Probablemente esto explique muchos de los mitos, tópicos, prejuicios y falacias que acabamos de exponer y que, por desgracia, son moneda común en las opiniones de muchas personas en torno al tema.

Todos estos mitos también influyen en las actitudes de los profesionales que trabajan en el ámbito del retraso mental y en los servicios especializados dirigidos a estas personas (Sobsey y Mansell, 1997; Kennedy, 1996). Y esto sí que resulta grave, pues ha servido en parte para justificar la exclusión, el aislamiento y la segregación de las personas con retraso mental de una adecuada educación sexual. Al negarles esta posibilidad aumenta considerablemente la vulnerabilidad de estas personas a embarazos, enfermedades venéreas y abusos sexuales. Los valores sociales tan negativos y marginadores que se desprenden de esos mitos y falacias que acabamos de exponer transmiten mensajes contundentes a los agresores potenciales, quienes pueden interpretarlo como una especie de permiso para agredirles (Kennedy, 1996). No debemos olvidar que los planteamientos derivados del principio de normalización han posibilitado la integración e inclusión de los niños y adultos con retraso mental en prácticamente todos los ámbitos de la sociedad. Si estos mitos persisten y la educación sexual y los programas de seguridad y prevención ante cuestiones sexuales siguen sin ponerse en práctica, las situaciones de riesgo de abuso sexual se irán incrementando y las personas con retraso mental se encontrarán totalmente desprotegidas al no contar con estrategias de afrontamiento eficaces.

## Características del abuso sexual

Al hablar de abuso sexual hacemos referencia a todas aquellas situaciones en las que una persona se ve envuelta en actividades o en relaciones sexuales que no quiere y no ha consentido y/o no entiende. Tanto hombres como mujeres, adultos y niños con retraso mental han sido víctimas de este abuso. Estas relaciones están basadas en la gratificación personal del abusador, el cual suele estar situado en una posición de poder, bien sea por edad, tamaño, posición o rol social. El abuso generalmente es unidireccional hacia la víctima pero, en ocasiones, ésta puede ser obligada a realizar prácticas sexuales al abusador. Los tipos de abuso más frecuentes encontrados en esta población son (Bailey, 1998):

1. Abuso sexual sin contacto: incluye acoso, pornografía, posturas indecentes e insinuaciones.
2. Abuso sexual con contacto: recoge tocamientos, masturbación y penetración.

Lo que sabemos acerca de estas agresiones sexuales hacia las personas con discapacidad no es mucho. Ya hemos señalado que contamos con estudios aislados, muy parciales, basados en muestras poco representativas y con limitaciones metodológicas importantes. Por tanto, aún no estamos en condiciones de extraer conclusiones definitivas acerca de las cuestiones abordadas por muchos de estos trabajos. Sin embargo, no por ello dejamos de reconocer su valía como pioneros en este tema y como referentes básicos para el desarrollo de futuras líneas de investigación. Vamos a centrarnos en algunas de las variables y cuestiones examinadas.

La prevalencia de estos abusos en la población que nos ocupa parece ser más elevada que en la población general, aunque la frecuencia real del problema se desconoce entre otros motivos por la tasa tan baja de denuncias existentes (Kennedy, 1996; Lumley y Miltenberger, 1997; Furey, Granfield y Karan, 1999). En el caso de los niños, el riesgo de abuso se duplica en comparación con sus pares sin discapacidad (Ammerman et al., 1994; Sobsey, Randall y Parrilla, 1997). Los niños con retraso mental sufren con mucha más frecuencia estos abusos, especialmente en edades comprendidas entre los 6 y 11 años. El riesgo ante estos abusos aumenta de forma importante en la adolescencia y continúa en la vida adulta (Furey et al., 1999; Sobsey y Mansell, 1997). En nuestro país contamos con datos de un estudio cuya muestra incluía 445 niños y adolescentes con discapacidad, de edades comprendidas entre 0 y 19 años, tutelados por la Administración y procedentes de las nueve provincias de la Comunidad Autónoma de Castilla y León (Verdugo, Bermejo y Fuertes, 1993). Los resultados muestran un porcentaje muy elevado de maltrato en estos niños (11,5%), correspondiendo al abuso sexual un porcentaje de un 2%, aunque aparecen sospechas de este tipo de abusos en un 4% de los casos. Los autores explican este bajo índice de abuso sexual como consecuencia tanto del procedimiento de detección (grado extremo de los ítems que miden este tipo de maltrato en el cuestionario de evaluación), como a la tendencia de los profesionales a informar únicamente de los casos claramente comprobados, no arriesgándose a dar una respuesta referida a sospecha.

En lo que respecta al género, las chicas con retraso mental son objeto de abuso sexual más frecuentemente que los chicos. En los varones el tipo de maltrato que más predomina es el abuso físico o la negligencia (Sobsey, Randall y Parrilla, 1997). Algunos estudios informan de proporciones de agresión sexual que corresponden a

dos de cada tres chicas y uno de cada tres chicos con discapacidad (Kennedy, 1996).

En cuanto a los contextos en los que se produce el abuso sexual, estos son muy variados. El ámbito familiar, el círculo de amistades, el entorno laboral y el ambiente residencial constituyen fuentes potenciales de abuso, aunque es en los ámbitos residenciales o institucionales donde se incrementan las situaciones de riesgo. Dentro de estos entornos los abusos más frecuentes son perpetrados por los cuidadores o personal que está en contacto directo y continuo con estas personas. Hay datos que ponen de manifiesto que una cuarta parte de los abusos sexuales a niños (entre un 14 y un 33%) son realizados por cuidadores (Sobsey y Randall, 1997). Datos aproximados también aparecen en relación al abuso sexual en la población adulta institucionalizada (Furey et al., 1999).

Por lo que concierne a los posibles factores explicativos de estos abusos, y sin olvidar los mitos y tópicos ya apuntados anteriormente como elicitadores de riesgo y vulnerabilidad, la mayoría de los estudios apuntan hacia distintos determinantes, algunos de ellos relacionados con las características del individuo con retraso y otros asociados a conductas y variables del entorno (Turk y Brown, 1993; Ammerman et al., 1994; Sobsey, Randall y Parrilla, 1997; Bermejo, 1999):

1. Las limitaciones cognitivas inherentes al retraso que dificultan la capacidad para expresar los deseos y las necesidades afectivas y sexuales.
2. La presencia de trastornos y/o carencia de habilidades de comunicación que impiden al niño hablar y contar lo ocurrido.
3. Las relaciones de dependencia y sumisión que caracterizan la interacción de estas personas con sus padres y cuidadores.
4. La consecuente pérdida de intimidad que facilita el abuso sexual en determinados ambientes y ante determinadas personas.
5. La ausencia de un modelo de rol sexual, especialmente en personas institucionalizadas, que impide el desarrollo de una adecuada identidad sexual.
6. La falta de información sexual así como el desconocimiento de la adecuación o no de determinadas conductas sexuales.
7. La frecuente ausencia de entrenamiento y formación en habilidades sociosexuales adecuadas y oportunas.
8. El hecho de tener amigos entre la población no retrasada, lo que les lleva a ser más vulnerables a la coacción.

En lo relativo a los efectos y consecuencias provocadas por estos abusos y agresiones sexuales en las personas agredidas, éstos son en gran manera desconocidos. La poca investigación que se ha llevado a cabo matiza que generan trastornos profundos que permanecen mucho tiempo después de haberse producido el abuso (Bailey, 1998). En general se admite que estas situaciones provocan un grave daño en la salud mental de estas personas (Ammerman et al., 1994). Incluso se ha encontrado una alta prevalencia de trastornos psiquiátricos. Entre las reacciones más frecuentes recogidas en algunos estudios aparecen: ansiedad, culpa, agresividad, delincuencia, problemas de adaptación social, disminución de la autoestima y conductas repetidas de imitación del ataque sexual. Algunos niños reaccionan ante un episodio de incesto cerrándose a estados psicóticos tales como períodos de confusión prolongados

y manifestaciones de rabia (Verdugo, Bermejo y Fuertes, 1993). Bailey (1998) recoge una serie de síntomas presentes en muchas personas con retraso mental que han sufrido abusos sexuales (cuadro 1):

- Confidencias, insinuaciones, comentarios
- Comportamiento o lenguaje con alto contenido sexual
- Dibujos de contenido sexual.
- Cambios repentinos de conducta
- Rechazo repentino a una persona
- Ansiedad, miedos y fobias
- Depresión y ansiedad
- Baja autoestima, autolesiones y comportamiento suicida
- Trastornos alimenticios y alteraciones del sueño
- Dificultades en las relaciones interpersonales
- Promiscuidad sexual
- Problemas físicos como infecciones vaginales o urinarias, heridas o molestias en los genitales, hinchazón, dolor de barriga, etc.

Esta variada sintomatología permite detectar y reconocer la existencia de algún tipo de abuso sexual. Son síntomas bastante fáciles de observar y ante los que urge una actuación rápida y controlada. Pero aún más interesante y beneficioso resultaría poder prevenir la ocurrencia de estos síntomas. La protección frente a estas situaciones pasa por una adecuada información y educación dirigida tanto a las personas con retraso como a sus padres o tutores. Pero este tipo de intervenciones son, por desgracia, poco frecuentes. También escasean los programas orientados a los profesionales para proporcionarles información sobre cómo actuar y responder ante un caso de abuso sexual, programas que son imprescindibles para que puedan actuar de forma rápida y adecuada (Bailey, 1998). Si el campo del retraso mental va encaminado hacia la consecución de índices elevados de calidad de vida, al apoyo de la vida independiente y a la autodeterminación, la educación sexual y el desarrollo de estrategias de afrontamiento ante situaciones de abuso han de ser objetivos básicos a desarrollar.

#### Una propuesta de intervención

En el Congreso Mundial de Sexología, celebrado en España en 1997, centrado en el tema de Sexualidad y Derechos Humanos, se constataba la carencia generalizada de programas de educación sexual dirigidos a personas con retraso mental en nuestro país, pese a la demanda creciente de los mismos tanto por parte de familias como de profesionales. En el citado congreso se presentaron algunas experiencias desarrolladas en centros ocupacionales, cuyos efectos habían sido bastante positivos. En general los objetivos de estos programas estaban centrados en promover la autoestima del individuo, en favorecer y desarrollar su conducta social y en prevenir las agresiones sexuales. Iban dirigidos principalmente a los chicos y a sus familias. Pero no dejan de ser experiencias aisladas, no publicadas en fuentes accesibles y, por tanto, difíciles de replicar. Y esta es la descripción más exacta del panorama de la intervención ante el abuso sexual en España.

Sin embargo, esta ausencia de intervención no resulta fácil de justificar. Las directrices generales y los objetivos generales a desarrollar en estos programas son compartidos y asumidos por gran parte de los especialistas en el tema. Estos objetivos se centran en los siguientes aspectos (Edwards y Elkins, 1988; Bailey, 1998):

1. Informar acerca del concepto de lo público y lo privado.

2. Enseñar la diferencia entre un contacto adecuado y un contacto abusivo.
3. Educar en los tipos de contacto adecuados en función del tipo de relación.
4. Enseñar a decir no y a resistirse ante lo que no gusta o uno no desea.
5. Motivar a expresar preferencias y gustos.
6. Reforzar las conductas apropiadas a cada edad.

Y contenidos específicos haberlos, haylos. Un ejemplo lo constituyen los quince objetivos sobre información y educación sexual englobadas dentro de las conductas de interacción social en los PHS - Programas de Habilidades Sociales de Verdugo (1997, págs. 187-215), o el entrenamiento en habilidades concretas como resistirse a la presión de los otros (Bermejo, 1999), o la propuesta de desarrollo de habilidades sociosexuales de la Asociación Vasca (ASCOVAS) (Bermejo, 1999). En todas estos programas se abarca tanto la protección de las personas con retraso mental frente a las situaciones de abuso como la información y educación requeridas para que logren un desarrollo y satisfacción de su propia sexualidad. Los formatos de trabajo varían en el grado de estructuración y el tipo de actividades propuestas pero comparten la forma de ver y entender la sexualidad en las personas con retraso mental y arrancan de un profundo conocimiento de sus déficits.

La propuesta que en todos ellos se refleja es la integración del trabajo en esta área dentro del desarrollo de habilidades sociales que habitualmente forma parte del curriculum ordinario en los centros. Se considera el desarrollo de la sexualidad como un componente más dentro de los diferentes aspectos que implican las relaciones con el otro y se trabaja con el mismo formato de entrenamiento que cualquier otro área de habilidades sociales.

La aplicación de este tipo de programas, sus actividades y contenidos es extensible a la otra cara del abuso sexual, esto es, cuando el ofensor es una persona con retraso mental. Respecto a este

tema, en España la ausencia de artículos y programas al respecto es aún mayor.

### Conclusión

La sexualidad en las personas con retraso mental aún sigue siendo tabú, y las falsas ideas y mitos sexuales no son infrecuentes. Bien sea por desconocimiento o bien por los valores sociales imperantes en la sociedad, el caso es que continúan existiendo prejuicios marginadores hacia este tema. Todo ello pese a que no se encuentran grandes diferencias entre la sexualidad de estas personas y la del resto de la población sin discapacidad. Su sexualidad se manifiesta de múltiples maneras, existiendo tantas variaciones como las que se pueden encontrar en la población general. Su conducta sexual varía tanto de persona a persona como en función de las circunstancias en que se encuentren, pues variables como edad, grado de deficiencia, madurez, educación, y otras, determinan el desarrollo sexual. Además, manifiestan una preocupación similar a la del resto de las personas por definir su identidad sexual.

Por otro lado, en numerosas ocasiones el origen de conductas sexuales inadecuadas se encuentra en el medio (ya sea centro, colegio o ámbito familiar) en el que la persona con retraso mental se encuentra inmerso. Es este medio, con sus actitudes, respuestas y transmisión de información o mejor dicho ausencia de transmisión de ésta, el que impide o enrarece lo que constituiría un desarrollo normal de la sexualidad.

Por tanto, lo que estas personas necesitan de forma urgente es una educación sexual que les permita desarrollar sus capacidades sexuales y afectivas y aprender las habilidades necesarias para expresarlas de forma adecuada. La ausencia de esta educación y falta de oportunidades para aprender a relacionarse afectivamente no les posibilita un adecuado desarrollo y satisfacción de su sexualidad y les hace especialmente vulnerables a padecer todo tipo de abusos y agresiones sexuales.

### Referencias

- American Association on Mental Retardation (1992). *Mental retardation: Definition, classification and systems of supports*, (Ninth Edition). Washington, DC: American Association on Mental Retardation. (Versión castellana de Miguel A. Verdugo y Cristina Jenaro: Retraso mental. Definición, clasificación y sistemas de apoyo. Madrid: Alianza Editorial, 1997).
- Ammerman, R.T., Hersen, M., Van Hasselt, V.B., Lubetsky, M.J. y Sieck, W.R. (1994). Maltreatment in Psychiatrically Hospitalized Children and Adolescents with Developmental Disabilities: Prevalence and Correlates. *Journal of the American Academic Child Adolescence Psychiatry*, 33 (4), 567-576.
- Amor, J.R. (1997). *Afectividad y sexualidad en la persona con deficiencia mental*. Madrid: Universidad Pontificia de Comillas.
- 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.
- Bermejo, B.G. (1999). El desarrollo de habilidades sociales como forma de prevenir el abuso sexual en personas con discapacidad. *Siglo Cero*, 30 (6), 27-31.
- Clemente, A. (2000). Desarrollo de la sexualidad del discapacitado psíquico. En J.R. Amor (Ed), *Sexualidad y personas con discapacidad psíquica* (pp. 69-83). Madrid: FEAPS.
- Edmonson, B. (1980). Sociosexual Education for the Handicapped. *Exceptional 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.
- Edwards, J.P. y Elkins, T.E. (1988). *Nuestra sexualidad: por una vida afectiva y sexual normalizada*. Barcelona: Ediciones Milán y Fundació Catalana Síndrome de Down.
- Fierro, A. (2000). El sexo de los ángeles. En J.R. Amor (Ed), *Sexualidad y personas con discapacidad psíquica*, (ps.51-67). Madrid: FEAPS.
- 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, 13-17.
- Kennedy; M. (1996). Agresiones sexuales y discapacidad infantil. En J. Morris (Ed), *Encuentros con desconocidas. Feminismo y discapacidad*. (pp.139-159). Madrid: Narcea.

- Lurnley, 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 Informes. *Mental Retardation*, 28, 367-371.
- Pelechano, V. (1998). El estudio de la discapacidad desde el punto de vista psicosocial. *Ponencia en el I seminario de actualización en investigación sobre discapacidad (SAID)*, organizado por el Instituto Universitario de Integración en la Comunidad, Salamanca, 16-17-X.
- Posse, F. y Verdeguer, S. (1993). *La sexualidad de las personas discapacitadas*. Buenos Aires: Fundación Creando Espacios.
- Rodríguez, J.F. y Rodríguez, M.D. (1995). Sexualidad y deficiencia mental (I): Introducción teórica a su estudio. *Apuntes de Psicología*, 44, 93-105.
- Rodríguez, J.F., Rodríguez, M.D., Navas, M.D., Pastor, M.C. Jarana, L. y León Rbio, J.M. (1995). Sexualidad y deficiencia mental (II): Un estudio descriptivo en el Hospital Psiquiátrico de Miraflores de Sevilla. *Apuntes de Psicología*, 44, 107-120.
- 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.
- Sobsey, D., Randall, W. y Parrilla, R.K. (1997). Gender Differences in Abused Children with and without Disabilities. *Child Abuse Neglect*, 21, 707-720.
- Soulier, B. (1995). *Los discapacitados y la sexualidad*. Barcelona: Herder.
- Turk, V. y Brown, H. (1993). Sexual Abuse of Adults with Learning Disabilities. Result of a Two-year Incidence Survey. *Mental Handicap Research*, 6, 193-216.
- Verdugo, M.A. (1997). *P.H.S. Programa de habilidades sociales. Programas conductuales alternativos*. Salamanca: Amarú Ediciones.
- Verdugo, M.A. y Bermejo, B.G. (1995). El maltrato en personas con retraso mental. En M.A. Verdugo (Dir.), *Personas con discapacidad. Perspectivas psicopedagógicas y rehabilitadoras* (ps. 873-924). Madrid: Siglo Veintiuno.
- Verdugo, M.A., Berméjo, B.G. y Fuertes, J. (1993). *Maltrato infantil y minusvalía*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales.