

**UNIVERSIDAD AUSTRAL DE CHILE
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE OBSTETRICIA Y PUERICULTURA**

**EXPRESION DE LA SEXUALIDAD EN ADOLESCENTES CON DISCAPACIDAD
MENTAL Y SIGNIFICADOS DE ESTE PROCESO PARA MADRES, PADRES Y
EDUCADORAS/ES**

Tesis presentada como parte de los requisitos para
optar al Grado de Licenciada en Obstetricia y
Puericultura.

CARLA MARIANY GONZALEZ CARDENAS

VALDIVIA – CHILE

2006

COMISION CALIFICADORA

PROFESORA PATROCINANTE:

Juana Romero Z.

Firma:

PROFESORA COPATROCINTE

Debbie Guerra M.

Firma:

PROFESORA COLABORADORA

Liliana Martínez G.

Firma:

FECHA DE APROBACION:

DEDICATORIA

Quisiera dedicar esta investigación a Katy, Paula, Rodrigo, Andrea y Angélica, quienes lograron en poco tiempo anidarse en mi corazón.

A mis padres, por su apoyo y amor, especialmente mi madre que con su sabiduría ha encaminado mi vida.

A mis hermanos, que con su ejemplo, consejo y gran apoyo, me ayudaron a crecer.

A las docentes del Instituto de Enfermería Materna, por el apoyo brindados.

A las señoras: Juanita Romero, Debbie Guerra y Liliana Martínez, quienes han sido mi guía en los pasos finales de mi carrera.

A Roberto, mi compañero incondicional, que ha estado a mi lado en los momentos más difíciles, dándome fuerzas y esperanzas para continuar.

A Dios, por ser la luz que ilumina mi camino.

INDICE

CAPITULOS

1. RESUMEN	
2. SUMMARY	
3. INTRODUCCION.....	1
4. MARCO TEORICO.....	3
4.1 RETRASO MENTAL.....	3
4.2 SEXUALIDAD, ADOLESCENCIA Y DISCAPACIDAD MENTAL.....	3
4.3 FAMILIA Y DISCAPACIDAD MENTAL.....	7
4.4 SOCIEDAD Y DISCAPACIDAD MENTAL.....	9
5. MATERIAL Y METODO.....	11
5.1 DISEÑO METODOLOGICO.....	11
5.2 DISEÑO DE LA MUESTRA.....	11
5.3 TECNICAS DE RECOLECCION DE LA INFORMACION E INSTRUMENTOS.....	11
5.4 PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE LA INFORMACIÓN.....	12
6. RESULTADOS Y DISCUSION.....	16
6.1 DESARROLLO PSICOSEXUAL EN LA PERSONA CON DISCAPACIDAD MENTAL.....	16
6.2 REGULACION DE LA FECUNDIDAD EN ADOLESCNTES CON DISCAPACIDAD MENTAL.....	22
6.3 MIEDOS Y/O TEMORES EN RELACIÓN A LAS VIVENCIAS DE LA SEXUALIDAD DE LAS / LOS ADOLESCENTES CON DISCAPACIDAD MENTAL.....	26
6.4 CONCEPTO DE SEXUALIDAD DE LAS/LOS ADOLESCNTES CON DISCAPACIDAD MENTAL, SUS MADRES, PADRES, Y EDUCADORES/AS.....	28
6.5 FUNCIONES DE LA FAMILIA EN EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD PSÍQUICA.....	34
6.6 DISCRIMINACIÓN Y LENGUAJE.....	38
7. CONCLUSIONES.....	46
8. BIBLIOGRAFIA.....	49
9. ANEXOS.....	54

RESUMEN

La sexualidad de las/los adolescentes con discapacidad mental es un tema de difícil manejo tanto para sus familias, como para las personas que tienen la misión de guiarlas/os en establecimientos educacionales, o de salud. Por esta razón mediante un estudio cualitativo de tipo exploratorio, descriptivo, transversal, no probabilístico, se explora, la forma como las/los adolescentes con discapacidad mental de la Escuela Diferencial Walter Smith de Valdivia expresan su sexualidad, y el significado que tiene para las madres, padres, tutores/as y educadores/as las vivencias en torno a la expresión de la sexualidad de estas/os adolescentes.

A través de esta investigación se puede concluir que debido a su déficit cognoscitivo estas/os adolescentes atraviesan las etapas del desarrollo y erogenización en forma más lenta que las personas sin déficit intelectual, y que presentan dificultades en el proceso de adaptación a los cambios puberales en aquellos casos en que no han sido educados/as al respecto. Además, se ha observado que estas/os jóvenes, son capaces de identificar sus fuentes de placer, de mantener relaciones amorosas heterosexuales, que se inician con la amistad, y pueden culminar con el acto sexual como producto de la expresión de sentimientos de afecto y amor.

La investigación refleja que las/los apoderados presentan dificultades para enfrentar la sexualidad de sus hijas/os con discapacidad mental, debido a que enfrentan este proceso con una suma de temores, en ocasiones no compartidos por las/los adolescentes. Entre estos temores se cuentan los de abuso o violación, el embarazo no planificado por sus hijas/os, o la adquisición de una infección de transmisión sexual. Por estas razones las/los apoderados consideran, en el caso de las mujeres, la esterilización como el método de regulación de fecundidad de elección, y el uso de preservativo en el caso de los hombres.

Las/os apoderadas/os de la investigación, presentan actitudes de sobreprotección con sus hijos/as con discapacidad mental, limitando la adquisición de independencia. Las/los adolescentes con discapacidad mental han sufrido discriminación a causa de su discapacidad y esta discriminación puede ocasionar una lesión de su autoestima.

A través de esta investigación se pretende brindar una visión de las vivencias de la sexualidad en adolescentes con discapacidad mental que ayude a su integración social.

Palabras clave: Sexualidad – adolescentes- discapacidad -mental.

SUMMARY

The sexuality of adolescents with mental disabilities is a difficult subject as much for the families of these adolescents as well as for the people who have to guide them in educational establishments or health. Therefore, by means of a qualitative study of exploratory type, descriptive and cross-sectional material, it is explored how the mental disabled adolescents a Differential School Walter Smith of Valdivia express their sexuality, and the importance role that parents, guardians and teachers play in the expression of the sexuality of these adolescents.

Through this research, one can conclude that due to a lower intelligence, these adolescents arrive to the development stages at a lower rate than people with a higher intelligence and they also have difficulty in adapting to puberty changes in such cases because these adolescents have not been educated on the matter. In addition, it has been observed that these adolescents are capable of identifying their sources of pleasure, and they are able to maintain loving heterosexual relationships, that begin with friendship and he/she can carry out the sexual act like a product of the expression of feelings of affection and love.

This research reflects that the parents have difficulties facing the sexuality of his/her daughters or sons with mental disabilities due to a sum of fears, in occasions not shared by the adolescents. Some of these fears are: rape, an unplanned pregnancy or the acquisition of a sexual disease. For all these reasons, the parents feel that the mental disabled women should be sterilized as method of regulation of fecundity the preservative use in the case of the men.

During the research, the parents or guardians displayed attitudes of overprotection with their children that have a mental disability and they limit his/her independence. The mentally disabled adolescents have experienced discrimination because of his/her mental disability and these discriminations can affect his/her self-esteem.

Through this investigation, we hope to show a vision of the sexuality of mentally disabled adolescents and to help them integrate into society.

Key words: Sexuality - adolescents- disabled - mental.

1.- INTRODUCCIÓN

La sexualidad es un elemento muy importante de la vida humana y hasta podría decirse que modula la percepción que el individuo tiene de sí mismo y del mundo del cual forma parte. El ser humano es naturaleza cultivada y por ello su sexualidad no puede reducirse a genitalidad ni comprenderse como una función meramente reproductiva. La complejidad propia de los individuos es la que hace preciso entender la sexualidad en el horizonte de los valores, del placer, de la realización personal y de las relaciones humanas. (Papalia, 2002).

En Chile aproximadamente el 3% de la población general presenta un coeficiente intelectual inferior a la media, estas personas son discapacitados mentales, pero antes de ser discapacitados son personas, como cada ser humano que habita este planeta. (Centro Diagnóstico Valdivia 2002).

Si se parte de una base de que la sexualidad es inherente al ser humano y abarca la totalidad de la persona en sus aspectos tanto biológicos como psicológicos, sexuales y emocionales esto significa por lo tanto, que no puede decirse que exista alguien que carezca de sexualidad. (Torres y Beltrán, 2002).

Debemos considerar que las acciones de la familia y de la sociedad tienen un efecto importante en el desarrollo de las personas con deficiencia mental y que por lo tanto toda actitud de los familiares y educadores, que implique una restricción del desarrollo y manifestación de la persona con discapacidad, es totalmente inadmisibles. (Torres y Beltrán, 2002).

En muchas ocasiones adolescentes con discapacidad mental y/o sus madres acuden a la consulta de matrona/ón para solicitar orientación en relación a sexualidad. La mayoría de las consultas están enfocadas a solicitar algún método de regulación de la fecundidad.

En estos casos las adolescentes o sus madres o tutoras solicitan a la matrona/ón intervenir sobre la función reproductiva o sobre la sexualidad de esta población.

En este contexto, se decidió realizar esta investigación con los objetivos de:

- Explorar las vivencias y prácticas en torno a la sexualidad de las y los adolescentes discapacitados mentales (ADM), como sujetos de derecho, y
- Explorar de que modo las madres, padres, tutoras/es y educadoras/es perciben y vivencian la sexualidad de estas y estos adolescentes.

A través de este trabajo se pretende generar una herramienta informativa que fortalezca la orientación entorno a la sexualidad de las/los adolescentes con discapacidad mental y que permita, a las/os profesionales matronas y matrones brindar una atención de calidad, en el ámbito de consejería a esta población.

Los resultados de esta investigación serán difundidos en la Escuela Diferencial Walter Smith de la ciudad de Valdivia como contribución y apoyo al proceso educativo que el establecimiento brinda a las/los adolescentes.

2.- MARCO TEÓRICO

2.1.- RETRASO MENTAL.

Según la American Association of Mental Retardation, el retraso mental es una condición producida por la interacción de factores personales, ambientales y las expectativas puestas sobre la persona. Para diagnosticarlo se requiere que la condición haya comenzado antes de los 18 años, que el coeficiente mental sea significativamente menor al promedio poblacional y que existan limitaciones significativas en las capacidades adaptativas de la persona, por lo menos en dos de las siguientes áreas: comunicación, cuidado personal, vida hogareña, habilidades sociales, uso de la comunidad, autodeterminación, salud y seguridad, habilidades académicas funcionales, tiempo libre y trabajo. (AAMR. 1997).

Unas 3 de cada 100 personas en los Estados Unidos tienen retraso mental. Casi 613.000 niños de 6 a 21 años tienen algún nivel de retraso mental y necesitan educación especial en la escuela. De hecho, 1 de cada 10 niños que necesita educación especial tiene alguna forma de retraso mental. (OMS, 2001).

En Chile, aproximadamente el 3% de la población general presenta un coeficiente intelectual inferior a la media. En su gran mayoría, los retrasos mentales son leves siendo detectados cuando el niño tiene problemas en el desarrollo del lenguaje, e incluso no se sospecha hasta que surgen problemas en el aprendizaje al ingresar a la escuela. En la ciudad de Valdivia 1 de cada 20 niñas/os necesita educación diferencial y en el año 2002 se estimó que el 4 % de la población menor de 18 años presenta un coeficiente intelectual inferior a la media. (Centro Diagnóstico Valdivia 2002).

2.2.- SEXUALIDAD, ADOLESCENCIA Y DISCAPACIDAD MENTAL.

La sexualidad es inherente al ser humano desde que nace hasta que muere, y abarca la totalidad de la persona en sus aspectos tanto biológicos como psicológicos, sexuales y emocionales. (Papalia, 2002).

Cuando la persona se ve como ser sexual, reconoce su orientación en este sentido, piensa en su relación con su despertar sexual y la formación de vínculos románticos o sexuales, todo esto alude al logro de la identidad sexual. Esta urgente conciencia de la sexualidad es un aspecto importante de la formación de la identidad, que afecta profundamente la imagen que se tiene de sí mismo y las relaciones. Este proceso está orientado desde el ámbito biológico pero su expresión está definida en parte a nivel cultural. (Papalia, 2002).

Las actitudes hacia la sexualidad se han vuelto más liberales en los últimos 50 años. Esta evolución sexual incluye una aceptación más abierta de la actividad sexual y un descenso de la doble moral que permite que los hombres sean más libres sexualmente que las mujeres. (Papalia, 2002).

Papalia describe la Adolescencia como la transición en el desarrollo entre la niñez y la edad adulta, que implica importantes cambios físicos, cognoscitivos y psicosociales que se presentan interrelacionados. Pubertad como el proceso mediante el cual una persona alcanza su madurez sexual y la capacidad para reproducirse. La adolescencia dura casi una década, desde los once o doce años, hasta los diecinueve o comienzos de los veinte, pero ni el punto de iniciación ni el de término están marcados con claridad. (Papalia, 2002).

Papalia menciona una serie de marcadores de entrada a la edad adulta, tales como definiciones legales, definiciones sociológicas, definiciones psicológicas. En éste ámbito, se puede considerar que la madurez cognoscitiva coincide con la capacidad del conocimiento abstracto, y la madurez emocional puede depender de los logros de descubrir la propia identidad, independizarse de los padres, desarrollar un sistema de valores y establecer relaciones; motivo por el cual algunas personas nunca abandonan la adolescencia, sin importar su edad cronológica. (Papalia, 2002).

En las/os adolescentes con discapacidad mental (ADM) la posibilidad de razonamiento abstracto o lógico-matemático, está muchas veces vedada desde un comienzo. Sin embargo, las/os ADM sí pueden comprender, acceder, procurar valores y entidades muy abstractos como la libertad, la justicia, la amistad, la honestidad y la fe. Esto les permite participar en instituciones sociales, religiosas, deportivas, comunitarias, del mismo modo que cualquier otra persona. Con esta frase se reconoce, la posibilidad de abstracción en las/os ADM. El imaginario de la discapacidad fue moldeado sobre el coeficiente intelectual a raíz del cual lo que se mide como déficit en la capacidad de abstracción en los test de inteligencia representa toda la capacidad de abstracción de una persona. (Torres y Beltrán, 2002).

Torres y Beltrán (2002) tratan de explicarse si es posible que alguien pueda sostener que es más religioso que su vecino porque que es más inteligente o que para rezar o para enamorarse se necesita un determinado coeficiente intelectual. Ambos autores consideran estas interrogantes como "una lista de ironías que lamentablemente operan en la actualidad".

“Personalidad” es un término que se utiliza comúnmente para designar el conjunto de formas relativamente consistentes de interactuar con las personas y situaciones que hacen único e irrepetible a cada individuo (Torres y Beltrán, 2002).

Papalia (2002) señala que, de acuerdo a la teoría psicoanalítica de Sigmund Freud, el individuo se halla en constante conflicto entre sus impulsos biológicos y la necesidad de dominarlos; y por lo tanto debemos considerar que dentro de la personalidad existen tres elementos indisociables: la cognición, la afectividad y la socialización. (Papalia, 2002)

El desarrollo psicosexual es el eje integrador de estos elementos, al mismo tiempo es el resultado de los anteriores. Por ende, si se favorece el desarrollo armónico de estos tres elementos, se favorecerá el desarrollo armonioso de la sexualidad, con lo que se estará propiciando una vida sexual plena en el sujeto, libre de conflictos internos y, con ello, se estimulará en él un mayor aprovechamiento de sus capacidades cognitivas, afectivas y sociales. (Papalia 2002).

La dinámica interna de estos procesos da como resultado la forma de ser de un individuo en particular; la personalidad es el resultado de la interacción entre elementos cognoscitivos y socio afectivos; por lo tanto, no se pueden considerar de manera aislada, sino, como componentes de un desarrollo integral. (Papalia, 2002).

Irma Torres y Francisco Beltrán en su trabajo "La sexualidad del discapacitado mental" explican las dimensiones comprendidas en la sexualidad según Amor (1995):

1.- Dimensión biológica:

En esta línea, la sexualidad tiene un sentido procreativo; pero no es el único: existe una posible separación entre la función unitiva y la procreativa puesto que desde esta perspectiva la sexualidad es también fuente de placer.

Un ejemplo de esta dimensión biológica es señalado por Aznar y González (2001) quienes explican que las personas con discapacidad mental experimentan sus necesidades sexuales de alguna manera, que no es claramente comprendida por los que lo rodean. La provocación del orgasmo mediante manipulación de los órganos genitales (masturbación) es una de las más frecuentes conductas que estas/os adolescentes presentan. La auto estimulación que existe en adolescentes con discapacidad mental no significa necesariamente una conducta erótica, sino una necesidad de estimulación interoceptiva. En ocasiones existe una marcada dependencia del adolescente hacia los adultos, lo que demora el conocimiento de su propio cuerpo, posiblemente éste se encuentre mucho menos erotizado que el de otro individuo, debido a que los adultos hayan estimulado menos o hasta rechazado este aspecto de su persona. (Aznar y González , 2001).

2.- Dimensión psicológica:

El comportamiento sexual es un comportamiento vivenciado y hecho conducta humana; no es sólo una necesidad, es también un deseo. La sexualidad es una fuerza edificante del "Yo"; además, la sexualidad es una forma expresiva de la persona. Las/os adolescentes con discapacidad mental pueden desarrollar formas reguladoras de su personalidad, incluyendo los aspectos de identidad de género y su comportamiento de acuerdo con el rol genérico esperado.

Su comportamiento moral puede mantenerse a nivel de normas y estereotipos adquiridos en su ritmo de aprendizaje social. Las/los adolescentes con discapacidad mental pueden lograr en su juventud una autovaloración de sus personas en el aspecto sexual, una conciencia concreta de su identidad de género y del rol de género que desempeñan en diferentes situaciones. En suma se puede afirmar que: "La psiquis de este tipo de personas y el proceso de formación de sus personalidades transcurre de acuerdo con las leyes fundamentales del desarrollo psíquico". (Torices, 1997).

3.- Dimensión existencial:

Esta dimensión explica al hombre como ser sexuado y muestra la sexualidad como una estructura conformadora de la existencia humana debido a que ella permite el encuentro con los demás. En relación con esta dimensión, Torices, menciona que: "un/a adolescente con discapacidad mental tiene un proceso de representación de su propia sexualidad, menos generalizado que el de un individuo sin deficiencia, pero tan movilizador como el de cualquier otra persona". Algunos/os adolescentes con deficiencia mental pueden sufrir debido a diversas fallas en su educación, algún trastorno emocional que altere su comportamiento en general, y por tanto, su esfera sexual. Las experiencias de las/os adolescentes con deficiencia mental en la esfera de la sexualidad son un dispositivo estimulador del desarrollo de su persona. (Torices, 1997).

En el/la adolescente los cambios puberales son evidentes; se completan los procesos de maduración enzimático y cerebral, y percibe que su cuerpo crece, gana en altura y fuerza, completándose el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios. (Papalia, 2002).

Aznar y González en su trabajo: "Adolescencia especial o niñez eterna", explican que la/el adolescente presenta un cambio significativo con su entorno, puesto que puede tomar distancia del pensamiento de los otros, compara sus opiniones con pares y adultos, adquiere relativa objetividad y capacidad de reflexión abstracta. El / la adolescente logra comprender las normas establecidas por convención, pudiendo diferenciarlas de sus propios deseos, pareceres y fantasías. Su capacidad de reflexión le genera cuestionamientos respecto de los primeros modelos de identificación, lo que habilita, al tránsito por la crisis de la propia identidad. Ésta genera la agrupación e identificación con sus pares, que ganan preponderancia afectiva con respecto a los referentes familiares de la infancia. (Aznar y González, 2001).

Papalia muestra, que una de las características importantes en la problemática de la adolescencia, es el tránsito del sujeto por la propia crisis de identidad, aspecto que, además de múltiples resoluciones, positivas o negativas, habilita a un próximo paso: el camino hacia la consolidación de la identidad adulta. (Papalia, 2002).

La sexualidad tiene un papel fundamental en la estructura psíquica del sujeto, ya que la sexualidad está relacionada con el placer, el cual es movilizador de gran parte de nuestro actuar en la vida. La/el discapacitada/o mental no debe quedar rechazada/o, de este proceso, a menos que se le pretenda excluir de la condición de persona, y de toda circulación social. (Oyarzabal, 2001).

2.3.- FAMILIA Y DISCAPACIDAD MENTAL

Con respecto a cómo recibe la madre la noticia de que su hijo presenta limitaciones cognitivas, Aznar y González (2001) dicen lo siguiente: "A la madre, por lo general, le resulta imposible la resignación ante el diagnóstico de un niño con deficiencia mental y lucha por la /el niña/o como si se tratara de su propia existencia y podría decirse que la enfermedad del niño/a protege a la madre de su angustia".

Esta aparición desafortunada del niño/a dentro de la familia, sin lugar a dudas tendrá consecuencias en su desarrollo, principalmente en el terreno de la socialización, ya que muchos de sus comportamientos antisociales deberán explicarse como reacciones ante situaciones familiares inadecuadas más que a elementos de carácter orgánico o cognoscitivo. (Aznar y González, 2001).

En principio, es necesario puntualizar lo que varios autores han señalado con respecto a la presencia de un niño con discapacidad mental en una determinada familia. Morgenstern (1978) señala al respecto que este pequeño es tratado de una manera especial por parte de sus padres y hermanos, lo cual llega a alterar significativamente su proceso adaptativo. (Aznar y González, 2001).

Frecuentemente las/os discapacitadas/os mentales presentan problemas sexuales y algunas de las respuestas posibles propuestas por Cristina Oyarzabal (2001) son:

- la aparición de este hijo/a "diferente" aparece como inquietante, amenazante para la madre de modo tal que su deseo hacia el niño/a queda perturbado o suspendido.
- el vínculo madre-hijo/a deja de ser placentero debido a la depresión materna y al dolor familiar motivados por la sensación de intrusión que causa este recién nacido/a que no concuerda con el niño/a esperado.
- las promesas de una realización sexual por venir quedan anuladas.

Los genitales del niño/a, que generalmente devienen objeto de interés familiares, en estos casos, suelen ser desconocidos o enmudecidos en su significación. El período o fase de curiosidad sexual y de las teorías sexuales infantiles, simultáneamente con la preocupación del niño/a por su origen, no aparecen con frecuencia en los deficientes mentales. (Cristina Oyarzabal, 2001).

En los niño/as de 4 a 7 años con niveles moderados de déficit mental, tal ausencia de curiosidad no puede justificarse por una escasa inteligencia para enunciar dichas cuestiones, ya que éstas son "pre-lógicas", es decir de un nivel intuitivo elemental y nunca de nivel lógico. La ausencia de tales preguntas en los enunciados del niño/a se pueden atribuir a los reparos que ponen los padres para abordar esta cuestión.

Turchin (1974) menciona, que con frecuencia, el/la discapacitado/a mental es una persona a la que se mantiene marginada en el ámbito familiar; es como un miembro olvidado que no se menciona ni se reconoce. (Aznar y González, 2001).

En función de lo antes mencionado los encuentros de las/os ADM, están signados por “mandatos”, destinados a brindarles protección por causa de su supuesta inocencia, indefensión y limitación intelectual (Aznar y González, 2001):

- No intentes opinar, te podrías equivocar, repite las palabras que otros hayan dicho.
- Estarás de acuerdo, porque sabemos qué es lo mejor para ti.
- Ante cualquier conflicto contigo, tus interlocutores van a buscar “al normal” que cuida de ti y sabe lo que te pasa realmente.
- Tus palabras sólo serán escuchadas si las repiten otros autorizados.

En otros casos, las familias asumen actitudes extremas ante la presencia de un niño/a con discapacidad dentro del seno familiar: pueden sobreprotegerlo o tener actitudes de marcado rechazo; lo cual limita la posibilidad del niño/a de enfrentarse a contradicciones y conflictos generados por su acción que le llegan a impedir un adecuado desarrollo personal, cognoscitivo y, desde luego, un mejor aprovechamiento del resto de sus potencialidades. Existen familias que, al no cubrir el hijo/a las fantasías y expectativas que se habían hecho para su nacimiento, rechazan al pequeño/a, quien es tratado/a en muchas ocasiones de manera discriminatoria. (Torres y Beltrán, 2002)

Consecuentemente, el/la discapacitada mental es considerado/a, como una persona no autónoma, a la cual se le enseña frecuentemente a percibirse como disminuida, e incapaz de relacionarse exitosamente en su ambiente social. De ahí que, por extensión, su sexualidad sea vista de manera deformada por los padres, quienes, por un lado, prolongan la dependencia del sujeto hacia ellos y, por el otro, incrementan la dificultad para que aquél promueva una separación emocional del núcleo familiar.

Lo anterior conduce a una situación donde la sexualidad ADM es negada, disfrazada, ocultada o ignorada por temor de abordarla, ya por desconocimiento del tema o por otras razones similares. Esto muestra, en suma, una falta de conocimientos respecto de la sexualidad humana, que se traduce en actitudes de rechazo o negación acerca de la misma. (Torres y Beltrán, 2002)

La familia tiene imágenes inquietantes respecto del futuro del niño/a, por la frecuente confusión conceptual entre inteligencia y personalidad. Respecto del primer factor, la escasa inteligencia se hace presente, temores o sospechas de perversión sexual del hijo/a con discapacidad mental durante la adolescencia, atribuyéndole una peculiar naturaleza impulsiva, una incapacidad de control o como contrapartida, una inocencia tal, que los convertirá en víctima fácil de abuso sexual, al igual que la marcada preocupación de algunos padres de familia ante la conducta de masturbación de sus hijos/as, pues temen que la realicen con demasiada frecuencia o en lugares públicos. (Torres y Beltrán, 2002)

Los padres y madres sienten temor de que la debilidad de la “razón” no resulte un freno suficiente ante los primitivos impulsos sexuales. La contención de los impulsos sexuales no se subordinan a la inteligencia sino que están asociados a procesos de identificación y simbolización y para que estos ocurran basta con una inteligencia intuitiva. (Cristina Oyarzabal, 2001).

Un déficit intelectual imposibilita en algunos casos y dificulta en otros el desplazamiento simbólico, sólo en aquellos casos más graves de deficiencia mental profunda esto llega a niveles tales que impiden la elaboración de los impulsos sexuales. Aznar y González (2001) explican que los niveles de inteligencia raramente ofrecen, por sí mismos, riesgos para una respuesta adecuada de la sexualidad, y que los mayores riesgos provienen de la resistencia parental a enfrentarse con la sexualidad del hijo. Esta resistencia opera como un cierre, que obtura el futuro personal del niño e induce a la familia a anticipar en él un bebé eterno proceso llamado más comúnmente como infantilización mantenida, lo cual constituye un padecimiento intolerable tanto para los padres como para el hijo. (Aznar y Gonzalez, 2001).

Este es el panorama que viven muchos/as ADM respecto de su sexualidad. Se impone, pues, afirmar la sexualidad de las personas con deficiencia mental y su derecho a vivir y manifestar su sexualidad con total libertad y normalidad, en la medida en que sus posibilidades y potencialidades lo permitan. (Aznar y Gonzalez, 2001).

2.4.- SOCIEDAD Y DISCAPACIDAD MENTAL

En principio, es importante señalar que el niño con deficiencia mental es un pequeño que, dadas sus limitaciones y desventajas cognoscitivas, es percibido por la sociedad como un ser incompleto. (Aznar y González, 2001).

Manoni (1987) afirma al respecto:

"En nuestra civilización no hay lugar para un ser humano incapaz de cierto rendimiento social o escolar determinado".

Y, al referirse a las personas con discapacidad mental, abunda: "No hay sitio en nuestra sociedad para el deficiente mental; muchos niños son orientados hacia el fracaso cuando se les podría dar una posibilidad de desarrollo en un medio escolar donde les sería más fácil vivir". Enfocar la problemática de la discapacidad comparando a estas personas con limitaciones, con un patrón o modelo sancionado como normal, de acuerdo con los diferentes modos de establecer una normalidad: como mayoría, como convención, o como modelo enunciado por la autoridad médica, religiosa o legal, genera que la sociedad naturalice mecanismos de exclusión por medio del paradigma del déficit, en el cual se establecen comparaciones cuantitativas. Cuando se interviene sobre estas poblaciones desde el paradigma del déficit se piensa en compensar, reemplazar, dar lo que falta.

Lo que proponen Aznar y Gonzalez (2001) es pensar en la diferencia, en vez del déficit, como una entidad en sí, (Diferente, del latín *di-ferens*: dos caminos), como una condición cualitativa de un sujeto que va por otro camino. El déficit es una descripción cuantitativa de un objeto comparado con un modelo previo. La discapacidad, como falta, podría leerse desde la problemática del tener. Pero al esencializar la falta, queda sumida en la problemática del ser. (Aznar y González, 2001).

Desde el paradigma de la diferencia se debe brindar el apoyo que las personas con limitaciones necesitan para tener las vidas que ellos quieren tener y pueden sostener. Pensar en este apoyo permite identificar a estas personas no sólo con aquello de lo que carecen sino con lo que pueden, pudieron y podrían obtener. En general se sostiene que las conductas antisociales del niño/a con deficiencia mental parten muchas veces del núcleo o constelación familiar. (Aznar y González 2001).

Sarason (1978), señala con respecto a este tema que las/os ADM, han recibido una estigmatización. Nuestra sociedad tecnológica es cada vez menos favorable para con las personas dependientes. En algunas culturas, el relativo bajo nivel de productividad económica del retrasado se reduce al mínimo, se compensa o simplemente se acepta. Pero nuestra sociedad es competitiva y hay en ella demasiada movilidad, sin embargo el conocer cómo ocurre el desarrollo de la personalidad en el individuo con deficiencia mental es un elemento importante para el logro e impulso de su desarrollo integral dentro de la sociedad. (Aznar y González, 2001).

Los/as ADM son seres humanos dotados de sexualidad y tienen derecho a la expresión de la misma. “La sexualidad como forma de ser en el mundo y estar con los otros existe también en la persona con deficiencia mental.” (Torres y Beltrán, 2002)

3.-MATERIAL Y MÉTODO

3.1.- DISEÑO METODOLÓGICO.

Mediante un estudio exploratorio, descriptivo transversal, no probabilístico, se aborda el tema de la expresión de la sexualidad de las/los adolescentes con discapacidad mental y vivencias de esta expresión en los padres, madres, tutores/as, y educadoras/es de estas/os adolescentes. A partir de los objetivos de esta investigación, se hace necesario su abordaje desde el paradigma cualitativo para ahondar y comprender mejor las características de este proceso tanto desde el ámbito personal como familiar y social de la población en estudio. La riqueza de los relatos en las voces de sus protagonistas, pese a su subjetividad amplía el campo de conocimiento, dando lugar a una mejor comprensión de de la situación y sus dimensiones socioculturales. Lo anterior permite aproximarse a aspectos tan sensibles e íntimos como son: los temores de las/os apoderadas/os, las relaciones entre madres/padres e hijas/os, fuentes de placer para las/los adolescentes con discapacidad mental, entre otros.

3.2.- DISEÑO DE LA MUESTRA.

La población sujeto corresponde a 15 personas seleccionadas desde los registros de matrícula de la Escuela Diferencial Walter Smith de Valdivia en el mes de Marzo del 2005. Los criterios de inclusión permiten la representación de mujeres y hombres, con discapacidad mental leve y moderada en la etapa del ciclo individual de adolescencia, viviendo o no con su madre, padre, tutores. En el caso de adolescentes con discapacidad mental, que además presentaban otras discapacidades, por ejemplo discapacitados visuales o problemas del músculo esquelético severos u otros, no fueron considerados dentro de la población de estudio. Estos perfiles definieron las directrices de los criterios de inclusión y exclusión.

La muestra considera alumnas/os de procedencia tanto urbana como rural y de diferentes niveles socioeconómicos. Además forman parte de la muestra 8 madres/padres o tutoras/es y 2 educadoras. Las/los adolescentes comparten la característica de tener el diagnóstico de discapacidad mental, realizado por un centro especializado. El estudio se lleva a cabo en un período de seis meses en el marco del segundo semestre del año escolar 2005.

3.3.- TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN E INSTRUMENTOS.

La recolección de la información se realiza mediante entrevistas en profundidad y grupos focales con adolescentes, madres y/o padres y tutoras/es de las/los adolescentes con discapacidad mental y sus educadoras/es previa reuniones de acercamiento y coordinación. Las entrevistas en profundidad se plantearon a través de una guía (Ver anexos) que le otorga cierta estructuración en relación a los tópicos, (lo que imprime un carácter inductivo, no obstante se procuró un relato integrador que no inhiba el discurso de él/la entrevistado/a.)

La entrevista se lleva a cabo idealmente en una sesión, sin embargo considerando las características de la población a entrevistar; en el ámbito de la concentración se realiza en dos sesiones. Las entrevistas se realizaron en una sala del mismo establecimiento educacional, acondicionada especialmente de tal manera que facilite el ahondar en temas tan personales como los pretendidos en los objetivos de la investigación; permitiendo el resguardo de la privacidad y privilegiando la comunicación entre el /la entrevistado/da y la entrevistadora. Se presenta tanto al establecimiento educacional como a las/los adolescentes y sus madres y/o padres una carta de consentimiento informado, lo cual aporta un marco ético a este estudio.

Entre las herramientas utilizadas se consideran las grabaciones de audio y la toma de notas.

Los grupos focales corresponden a una muestra estructurada, entendida esta como un grupo de madres y/o padres, tutoras/es y de educadoras/es, que representan a su estamento de referencia (sin significación estadística), establecida por conveniencia de las partes. Los grupos focales se realizaron en el establecimiento según disponibilidad de los participantes. Esta técnica permitió "indagar en las percepciones construidas colectivamente" y así generar información acerca de la temática expuesta y sus dimensiones desde su particular punto de vista como familiares y educadores directo de estas /os adolescentes.

3.4.- PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.

Las entrevistas gravadas se transcriben para el posterior análisis semántico, temático, e interpretativo del relato; se realizó una revisión de notas de campo de modo que permita la deducción de respuestas al problema planteado, y análisis de tópicos o dimensiones emergentes.

Una vez examinados los datos repetidamente se realizó una lista de categorías de análisis que se muestra a continuación:

Categoría de análisis	Sub categoría de análisis.
Vivencias de la sexualidad de las/los adolescentes con discapacidad mental.	Fuentes de placer de las los adolescentes con discapacidad mental
Formas de expresión de la sexualidad en adolescentes con discapacidad mental.	Relaciones interpersonales y/o vínculos románticos en los ADM.

<p>Regulación de la fecundidad en adolescentes con discapacidad mental</p>	<p>Métodos anticonceptivos preferidos por apoderados/as.</p> <p>Métodos anticonceptivos preferidos por las/los adolescentes.</p>
<p>Influencias de las madres y/o padres el desarrollo de la sexualidad de sus hijos/as discapacitados mentales.</p>	<p>Comunicación entre apoderados/as y adolescentes discapacitados/as mental.</p> <p>Temores de apoderados/as, educadores/as de adolescentes con discapacidad mental en relación al desarrollo de la sexualidad de estas/os jóvenes.</p> <p>Creencias y actitudes tienen las/los apoderadas/os, educadoras/es de ADM en relación a la sexualidad de estas/os jóvenes.</p>
<p>Normas y límites en el ámbito de la sexualidad impuestos a las/los adolescentes con discapacidad mental.</p>	<p>Normas y límites en el ámbito de la sexualidad impuestos dentro del área escolar por sus educadoras/es.</p> <p>Normas y límites en el ámbito de la sexualidad impuestos por las/los apoderados/as.</p>
<p>Experiencias de discriminación vividas por las/los adolescentes con discapacidad mental.</p>	<p>Experiencias de discriminación vividas en las relaciones amorosas con el sexo opuesto.</p> <p>Experiencias de discriminación vividas en el ámbito familiar.</p> <p>Experiencias de discriminación vividas en el ámbito</p>

Una vez realizada la lista de categorías de análisis, se codificaron las notas de campo, las transcripciones y el material obtenido a través de grupos focales, escribiendo al margen una letra del abecedario que indica su procedencia. Cada uno de los informantes recibe este código para resguardar su identidad y en los casos en que se incluyen nombres propios en los relatos estos fueron reemplazados por pseudónimos.

Código	Informante
A	Adolescente sexo femenino, discapacidad mental leve, 20 años, vive con madre y su padrastro, sin proceso de lecto - escritura desarrollado.
E	Adolescente sexo femenino, discapacidad mental leve, 19 años, vive con su madre y padrastro, sin proceso de lecto - escritura desarrollado.
I	Adolescente sexo femenino, discapacidad mental moderada, 20 años, vive solo con su madre, sin proceso de lecto - escritura desarrollado.
O	Adolescente sexo masculino, discapacidad mental moderada, 18 años, vive con madre y padre, sin proceso de lecto - escritura desarrollado.
U	Adolescente sexo femenino, discapacidad mental leve, 17 años, vive con su madre, presenta un embarazo de segundo trimestre, sin proceso de lecto - escritura desarrollado.
W	Apoderada de adolescente sexo femenino con discapacidad mental moderada, enseñanza media incompleta, dueña de casa.
X	Apoderada de adolescente sexo masculino con discapacidad mental moderada, enseñanza media completa, dueña de casa.
Y	Educadora diferencial con 7 años de experiencia.
Z	Educadora diferencial con 12 años de experiencia.
GFMP	Grupo focal de madres, padres, tutoras/es.
GFA	Grupo focal adolescentes.
GFE	Grupo focal Educadores/as.

Posteriormente se inició el proceso de codificación de los datos, lo que en investigación cualitativa es un modo sistemático de desarrollar y refinar las interpretaciones de los datos. A cada dato se le asignó un número correspondiente a la categoría de análisis que

perteneciera. A medida que se codificaron los datos se realizó el proceso de añadir, suprimir, expandir, o redefinir las categorías de modo que los códigos se ajusten a los datos. En los casos en que algún dato integrado a una o más categorías de análisis, se le asignó número de cada una de ellas.

Luego se separaron los datos pertenecientes a cada categoría de análisis de forma mecánica no interpretativa, para luego repasar el remanente de datos que no se incorporaron al análisis y verificar que no pertenecieran a algunas de las categorías ya existentes y en los casos en que fuera necesario se agruparon en nuevas categorías emergentes.

La fase final del análisis cualitativo, consiste en lo que Deulsher y Mills (1940) denominan relativación de los datos. Este proceso trata de interpretar los datos en el contexto en que fueron recogidos y luego relacionarlos con la teoría para dar origen a un documento coherente, en esta etapa se utilizaron los datos obtenidos en los grupos focales para triangular la información.

4.- RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Por las características de esta investigación al tratarse los resultados de las propias entrevistas en toda su extensión, se ha decidido hacer un compendio en el cual se incluyen los resultados y la discusión en un mismo capítulo.

4.1.- DESARROLLO PSICOSEXUAL EN LA PERSONA CON DISCAPACIDAD MENTAL.

El ser humano desde que nace, va desarrollando estructuras cognoscitivas las cuales se van configurando por medio de las experiencias. El pensamiento sigue su crecimiento, llevando a cabo varias funciones especiales de coherencia como son las de clasificación, simulación, explicación y de relación. Sin embargo estas funciones se van rehaciendo conforme a las estructuras lógicas del pensamiento, las cuales siguen un desarrollo secuenciado, hasta llegar al punto de la abstracción. Es en este momento, cuando su estructura cognoscitiva puede llegar a la comprensión de la naturaleza hipotética deductiva. (Erikson, 1968)

El desarrollo cognoscitivo comienza cuando el niño va realizando un equilibrio interno entre la acomodación y el medio que lo rodea y la asimilación de esta misma realidad a sus estructuras. Este desarrollo va siguiendo un orden determinado, que incluye cuatro periodos de desarrollo, el senso-motor, el preconcreto, el concreto y el formal, estos periodos son atravesados en forma más lenta por la persona con discapacidad mental. (Zinovoy, 2005)

El desarrollo cognoscitivo de la persona con discapacidad mental tiene directa relación con el desarrollo de la identidad sexual entendiéndose por tal, a la conciencia de pertenecer a uno u otro sexo en función de los atributos corporales, en especial los genitales. Si se considera que el proceso de sexuación es esencialmente un proceso de desdoblamiento en dos formas, que se produce desde lo biológicamente más elemental, hasta lo psicológicamente más complejo, concluiremos que un adolescente con discapacidad mental que tiene un desarrollo cognoscitivo alterado, podría tener diferencias en su proceso de sexuación al compararlo con una persona que no posea esta condición. (Fuentes, Soriano et al.1995)

A lo largo del periodo intrauterino se desarrolla el proceso de dimorfismo sexual que culmina al final del embarazo. La persona queda biológicamente diferenciada alcanzando la pubertad, en este periodo aumenta la producción de hormonas sexuales lo que incrementa el impulso hacia la búsqueda de gratificación. Las personas con discapacidad mental, desarrollan los caracteres sexuales secundarios y se completa la maduración de los caracteres sexuales primarios, con el inicio de la menstruación y la eyaculación. (Fuentes, Soriano et al.1995)

Estos eventos puberales obligan a una reestructuración de la identidad sexual en la medida en que el cuerpo es su pilar esencial. Por un lado los cambios físicos exigen, desde un punto de vista intrapsíquico, una redefinición de la identidad en función de la nueva imagen y de las nuevas funciones adquiridas como por ejemplo capacidad de embarazarse, de menstruar en el caso de las mujeres y de eyacular en el caso de los hombres. (Erikson, 1968)

La tarea de redefinir la identidad sexual podría ser conflictiva para las personas con discapacidad mental ya que debido a sus alteraciones cognitivas presentan dificultades en los procesos de adaptación a cambios. (Erikson, 1968)

Los adolescentes con discapacidad mental que no han recibido educación en relación a los cambios que enfrentarán en el periodo puberal, pueden reaccionar ante ellos con miedo, rechazo u otros sentimientos negativos entorno a esta etapa de su ciclo vital.

A continuación se presenta el relato de una adolescente con discapacidad mental que se enfrentó a la llegada de su primer periodo menstrual sin educación al respecto:

“...Cuando tuve mi primera regla me puse a llorar porque no sabía lo que me había pasado pensé que era algo super malo, que me había enfermado o que tenía una herida abajo, bueno ahí me puse un trapo en mis calzones y me fui corriendo donde mi abuelita y llorando le conté, entonces ella me contó que era el desarrollo y que desde ahí yo podía quedar embarazada si me acostaba con alguien”. (I)

En este periodo puberal, las/os adolescentes con discapacidad mental comienzan a atravesar por un estadio psico sexual y logran la satisfacción de sus impulsos sexuales por los medios que conocen, es decir la masturbación y el contacto corporal con otra persona que en general según los resultados de la investigación poseen su misma condición de discapacidad. (Erikson, 1968)

La masturbación en los adolescentes con discapacidad mental es un evento que preocupa a algunas de las familias del estudio, porque han enfrentado situaciones en que estos adolescentes han realizado este acto en presencia de varias personas y en circunstancias familiares, dejando a las madres y padres en conflicto frente al entorno social, que ve este acto como obsceno y sucio.

El siguiente es un testimonio de una madre que vivió esta experiencia con su hijo en presencia otros miembros de su familia:

“...Una de las cosas mas fomes es cuando los chicos entran en la edad en que se empiezan a masturbar, a nosotros nos paso que estábamos en la casa viendo una película con la familia de mi esposo y Gabriel empezó a moverse en la silla y a quejarse, ahí me di cuenta que se estaba masturbando, entonces todos lo empezaron a mirar con cara de asco o de terror y ahí me dio tanta vergüenza que lo tuve que llevar de un ala a la pieza y lo tuve castigado para que aprendiera a que esas cosas no se hacen delante de gente”. (GFMP)

Existen otras familias que tiene otra visión de este tema, debido a que han sido instruidos en el manejo de estas situaciones. En estas familias los dos miembros de la pareja asumen la labor educativa de su hijo/a con discapacidad mental en torno a la sexualidad.

Este es el caso de la madre que cuenta a continuación su experiencia:

“...Mi hijo al principio se masturbaba escondido, hasta que lo encontré haciéndolo y le explique porque ocurría eso, y el sabe porque pasa y sabe que es normal, también el pololea con una niña que también tiene discapacidad mental leve y siempre se han llevado bien se respetan, y yo se que van a tener relaciones algún día, yo no se lo puedo prohibir es obvio que a cualquier persona aunque sea discapacitada le van a dar ganas de tener relaciones con su polola y eso es normal, anormal sería que no tuviera ganas.” (X)

Durante la investigación las educadoras manifestaron haber detectado dificultades por parte de madres y padres, al tratar de controlar situaciones en que sus hijos se masturbaban.

A continuación una educadora diferencial comenta su visión al respecto:

“...Los padres enseñan otra idea de sexualidad, que tiene que ver con lo oculto, lo privado, lo morboso, no tienen una idea abierta y acabada de los aspectos que abarca la sexualidad. En muchas oportunidades los padres vienen espantados porque sus hijos se masturban en sus casas y ellos no saben como controlarlo u ocultarlo, yo les explico que eso es parte de su desarrollo sexual y me quedan mirando como si fuese una depravada sexual o algo por el estilo, aunque les explique la naturalidad del evento.” (Y)

Esta idea de sexualidad a la que hace alusión la educadora diferencial proviene de la falta de conocimientos en algunos de las/os apoderados/as en relación a los procesos naturales que involucra el transito de sus hijas/os por la pubertad.

Si bien es cierto las/os adolescentes con discapacidad mental atraviesan en forma más lenta las etapas de erogenización, no dejan de vivir cada una de ellas, por lo que enfrentan a lo largo de su vida las etapas oral (del nacimiento a los 12 ó 18 meses) en donde la principal fuente de placer del bebé se orienta hacia las actividades de la boca, como chupar y comer.

La etapa anal (de los 12 ó 18 meses a los 3 años) en la cual la retención y expulsión de sus heces produce placer en el niño.

La etapa fálica (de los 3 a los 6 años) la cual es una época del "romance familiar", el complejo de Edipo en los niños y el de Electra en las niñas, aquí la zona de gratificación se desplaza hacia la región genital.

Las/os jóvenes con discapacidad mental comienzan a adoptar los roles de género y desarrollan el super-ego; el cual involucra la conciencia e incorpora sistemas de valores y deberes aprobados por la sociedad. Estos/as pueden socializarse, desarrollar habilidades y aprender acerca de ellos mismos y de la sociedad. Este periodo denominado de latencia es aquel en que las/los adolescentes con discapacidad mental presentan las mayores dificultades de adaptación debido a su déficit cognitivo. (Freud, 1915)

Por último alcanzan la etapa genital (adolescencia y edad adulta) en la cual los cambios fisiológicos de la pubertad realimentan la libido, energía que estimula la sexualidad, y se establecen relaciones heterosexuales en su gran mayoría. (Freud, 1915)

En relación a lo antes mencionado todos los/las miembros del estudio, mantienen relaciones de pareja amorosas y sexuales en el marco de la heterosexualidad. Además tienen un alto componente sentimental. Es en esta última etapa donde se acentúa la masturbación como componente natural de este periodo. (Freud, 1915)

Un adolescente con discapacidad mental moderada relata su situación:

“...Yo me toco mi pene muchas veces, me hace sentir bien, por eso lo hago “(GFA)

La auto estimulación corporal en este adolescente conduce al reconocimiento del placer. Todos los/las adolescentes con discapacidad mental involucrados en el estudio fueron capaces de reconocer sus zonas corporales placenteras, y las reconocieron como fuente de placer al autoestimularse. Ellos/ellas manifestaron que las sensaciones de placer vividas con sus parejas los/las llevan repetir situaciones similares en la búsqueda de satisfacción corporal.

A las/os ADM que habían mantenido relaciones sexuales o episodios de tocaciones corporales con otra persona, se les consultó sobre los motivos por los cuales repetirían estos episodios ante lo cual ellos respondieron que la principal razón era el placer que sentían al hacerlo.

Si las personas con discapacidad mental leve y moderada atraviesan sin interferencias las etapas del desarrollo antes mencionadas (oral, anal, fálica, de transición y genital), pueden llegar a la elección afectiva de un compañero/a con quien compartir afectos y contactos corporales de exploración descubriendo el cuerpo del par como fuente de gratificación, todo este proceso se canaliza en la adquisición y reafirmación de una identidad sexual. (Freud, 1915)

Si una persona con discapacidad mental tiene alguna experiencia en la cual se niegue alguna de las etapas del desarrollo, o se interfiera negativamente a través del aislamiento social, la discriminación o la sobreprotección, se retrasará el logro de su identidad sexual y por ende el fortalecimiento de su personalidad. (Erikson, 1968)

A continuación se analizarán las vivencias que las/los adolescentes de la investigación han vivido entorno a la sexualidad. Se muestra como algunos han logrado mantener relaciones amorosas que en ocasiones incluyen la actividad sexual y además se muestran las necesidades afectivas que presentan.

Al preguntársele a las/los adolescentes si mantienen relaciones sexuales ellos/ellas responden lo siguiente:

“...Si, pero yo me cuido con pastillas, pero a escondidas de mi mamá.” (A)

“...Yo no he tenido relaciones sexuales con nadie, a mi me operaron hace dos años en el hospital para no tener guagüita.” (E)

“....Yo la primera vez que tuve relaciones fue con mi pololo de ahora, con el nos conocíamos de tiempo.” (U)

“...Tuve mi primer pololo a los 14 años. El no era de mi misma edad. Era mayor que yo, con el tuve la primera relación.” (I)

Cada uno/a de estas/os adolescentes a lo largo de la investigación ligó al acto sexual el sentimiento de amor, al cual tradicionalmente se le considera como un sentimiento que hace desear el bien y la compañía de otro. El amor es, bajo esta perspectiva, una sensación que la mayor parte de las veces ayuda a aumentar la autoestima y el sentimiento de felicidad.

Para Erich Fromm, el amor es una acción voluntaria que se emprende y se aprende, no una pasión que se impone contra nuestra voluntad. El amor es un estado mental que crece o decrece a partir de factores que nos son más o menos conocidos: ya sea por el comportamiento de la persona amada, por sus atributos involuntarios o por las necesidades particulares de la persona que ama. (Sternberg, 1999)

Desde el punto de vista de la biología, lo que se llama amor parece ser un medio para la supervivencia de los individuos y de la especie. Si la supervivencia es el fin biológico más importante, es lógico que nuestra especie le confiera al amor un sentido muy elevado y trascendente. (Sternberg, 1999)

Desde una perspectiva psicológica según Robert Sternberg él propuso 3 componentes del amor: la intimidad, entendida como aquellos sentimientos dentro de una relación que promueven el acercamiento, el vínculo y la conexión; la pasión, como estado de intenso deseo de unión con el otro, como expresión de deseos y necesidades; y la decisión o compromiso, la decisión de amar a otra persona y el compromiso por mantener ese amor. (Sternberg, 1999)

Al analizar los componentes las/los ADM ligan al amor podemos encontrar todos los que se mencionan en la definición de Sternberg, por lo que se puede concluir que su definición concuerda con esta última concepción del amor. (Sternberg, 1999)

Es común que las/los ADM manifiesten el deseo de tener novio o novia y también de vivir juntos, casarse y tener hijos/as, si es que mantienen un vínculo afectivo con la pareja elegida.

Este es el caso de una adolescente que no ha tenido una relación de afecto con su familia y que anhela tener su propio hogar:

“...Yo voy a ser tan feliz cuando me case, tenga mis hijos y mi casa, eso es lo que más quiero.” (A)

Estas/os adolescentes con discapacidad psíquica tienen necesidades afectivas similares a las personas que no padecen de esta condición, por lo cual ellos manifiestan el deseo de tener una pareja que cumpla con una función bastante especial que es la de satisfacer determinadas necesidades afectivas; así lo hace ver una adolescente con discapacidad mental leve en su relato:

“...A mi me gustaría tener un pololo que me haga cariño, que me de besos que me abrace y me cuide y me haga reír.” (E)

Para las/los ADM la atracción por otra persona comienza con la amistad, con disfrutar de cosas en común, y en todos los casos involucra sentimientos positivos como la felicidad, manifestada a través de la risa.

Karen nos relata la historia con la cual inició su relación de pareja que mantiene en la actualidad:

“...Nosotros al principio nos mirábamos harto, fuimos muy amigos, nos reíamos mucho, lo pasábamos bacán, yo le hacía regalos y cuando me iba pa’ la escuela me arreglaba bien bonita para tratar de conquistarlo y yo cachaba que el también era igual que yo así que no tenía vergüenza ni nada, después un día fuimos a la casa de una amiga de los dos y el me pidió pololeo, me dio un beso, fue bacán, y de ahí que pololeamos, nunca hemos peleado.” (A)

Este es el testimonio de una adolescente que relata su atracción por un compañero de curso:

“...Si, si me gusta un chico.... es de aquí, es bueno conmigo jugamos harto, nos reímos, nos regalamos dibujos, actuamos.” (E)

Como se observa en los relatos antes presentados las adolescentes valoran la amistad y la compañía gratificante de la persona por la cual se sienten atraídos, en tanto que los hombres agregan a estas características la atracción por la apariencia física y la belleza, es el caso del joven que nos cuenta sobre su polola:

“...Yo tengo polola, es bonita, ella no es de aquí, pero yo la veo todos los días, a veces ella me acompaña a comprar y me ayuda a hacer mis tareas de la escuela y mis papas la quieren harto.”(O)

A través de experiencias como las anteriores los/las ADM van construyendo lentamente su identidad sexual, pero con las dificultades derivadas de un desarrollo cognoscitivo disminuido que le dificulta su capacidad de adaptación.

Considerando entonces la dificultad de la persona con discapacidad mental para reconocerse a sí mismo y así construir su propia identidad psicosexual, es de gran importancia el reconocimiento que de él/ella hagan las personas con las que se relaciona (madres, padres, familia en general, educadoras/es, amigos/as, parejas, compañeros de trabajo, jefes, etc.), y principalmente de aquellas personas con las cuales tienen una relación afectiva más fuerte, de lo contrario estos/as adolescentes podrían atravesar por periodos de baja autoestima y desencadenarse en ellos una depresión profunda. (Sternberg, 1999)

Es frecuente encontrar entre estas/os jóvenes, que el desarrollo psicosexual no es el esperable, y no concuerda con la evolución de otros aspectos de su vida, en estos casos se deben investigar las causas que provocan la diferencia evolutiva. (Fuentes, Soriano et al.1995). Sin embargo, producto de los hallazgos de la investigación se pueden mencionar entre las causas que podrían frenar este desarrollo las interferencias en las relaciones interpersonales, las pocas oportunidades de experimentación y exploración en el ámbito de la sexualidad y fundamentalmente a la represión y negación de la sexualidad principalmente por las madres y padres de estas/os adolescentes, aspecto que será analizado con mayor profundidad en el capítulo 4.3.

4.2.- REGULACIÓN DE LA FECUNDIDAD EN ADOLESCENTES CON DISCAPACIDAD MENTAL.

La regulación de la fecundidad persigue como objetivo la plenitud de los seres humanos y defiende el derecho de que las personas sólo tengan los hijos que desean y en el momento en que lo deseen. A este componente de la salud reproductiva se le puede definir como la decisión libre, consciente y voluntaria de las parejas para determinar el número de sus hijos y el espaciamiento entre ellos. (Atucha y Schiavo, 1994).

Existen sólidos argumentos a favor de la planificación familiar, entre ellos está el que posibilita a los seres humanos el ejercicio del derecho básico mencionado anteriormente. Sin embargo los prejuicios asociados a la sexualidad y reproducción de las personas con discapacidad mental, condicionan que muchas de estas personas renuncien a su derecho a tener una sexualidad plena por miedo al embarazo, a tener hijos con alguna discapacidad o por el temor a no poder criarlos. (Atucha y Schiavo, 1994).

Algunos apoderadas/os que forman parte de la investigación piensan que es un error entregar a las/los ADM información sobre sexualidad o específicamente sobre métodos de

anticoncepción o regulación de la fecundidad, debido a que, según sus opiniones, les permitiría despertar en el ámbito de la sexualidad, lo que se constituye en un aspecto de difícil manejo para la mayoría de las familias de estos adolescentes.

Otros apoderados/as, están convencidos que si se los quiere integrar a la sociedad, es necesario que estén preparados en todos los aspectos de la vida, y principalmente en el ámbito de la sexualidad.

Una apoderada afirma:

“...Nuestros hijos están saliendo a trabajar, ahí conocen otra gente, se empiezan hacer amigos, y no es raro de tal vez pololeen y en ese momento va a ser mejor que los niños sepan como cuidarse de los embarazos y también de todas las enfermedades que se pueden pegar, porque sino a la primera se van a quedar embarazadas o se van a pegar cualquier cosa, lo mejor es que estén preparados, y si no queremos que nadie les hable de eso, nosotros tendremos que hacerlo.”(GFMP)

El comentario deja ver dos, de las tres inquietudes más importantes que presentan las/os apoderadas/os de los adolescentes con discapacidad psíquica, una es la posibilidad de embarazo no planificado por los/las jóvenes, la otra es la adquisición de una infección de transmisión sexual y por último el abuso sexual sobre todo en aquellas madres y padres que tienen adolescentes mujeres, situación que se desarrollará en el próximo capítulo.

Existen apoderados/as dentro de la investigación que consideran la esterilización como el camino más seguro para proteger de un embarazo a sus hijas, pues es una elección que perdura por el resto de la existencia de la joven.

Los/las apoderados/as que han tomado la decisión de esterilizar a sus hijas, han revelado sentirse muy satisfechos debido a que consideraban un gran problema el vivir con el temor de que sus hijas se embaracen.

Una apoderada relata su conformidad ante la intervención quirúrgica de su hija:

“...Gracias a Dios la operamos para que no tenga hijos hace dos años más o menos.”
(W)

A pesar de que para las madres y padres esta decisión no ocasiona daño para su hija, para la adolescente con discapacidad mental que fue sometida a la esterilización tubaria, este evento marcó su vida. Le provocó sentimientos negativos de tristeza y dolor, pues según su parecer, esto le truncaría la posibilidad de tener un hijo/a, una pareja estable, de casarse y tener una vida familiar plena.

A continuación se muestra el testimonio de una adolescente con retardo mental moderado que vivió la experiencia de ser esterilizada:

“...A mi me gustan mucho las guagiitas y siempre he querido tener un guagiita, al principio cuando mi mami me dijo que me iban a operar me largue a llorar sola en mi pieza, porque pensé que nunca iba a tener una guagiita, ni un pololo.”(E)

Para la adolescente el no poder tener hijos iba de la mano con no tener pareja debido a que, según su modo de pensar ningún hombre iba a querer pololear con ella ni mucho menos casarse.

Las/los apoderados de la investigación fundamentan la elección de este método, en la incapacidad de sus hijas para utilizar otras formas de regulación de fecundidad, con responsabilidad y constancia, aunque en algunos casos desconocen que sus hijas los utilizan en forma oculta, sin su conocimiento, ni consentimiento, por temor al castigo.

Esta es la reacción de una madre al descubrir que su hija consumía pastillas anticonceptivas según el relato de la adolescente con discapacidad mental:

“...Una vez me pilló las pastillas y me sacó la mugre, yo le decía que no eran mías las pastillas pa’ que no me siguiera pegando, por suerte llegó mi amiga y le dijo que las pastillas eran de ella y ahí mi mami se calmó; esas pastillas me las dio una matrona.” (A)

Otra adolescente con discapacidad mental leve intenta explicar lo que viven sus compañeras y ella al iniciar una vida sexual activa:

“... La mayoría de las que tenemos relaciones hemos ido a la matrona solas y nos dan pastillas para no quedar embarazadas, pero no le podemos contar a nuestras mamas porque no nos entienden.” (GFA)

Estas adolescentes asumen los temores de sus padres, pero no los comparten, ellas no tienen temor al embarazo, y en algunos casos lo desean a futuro, manifiestan no sentirse comprendidas ni apoyadas en esta iniciativa de regular su fecundidad, por lo que acuden a una profesional Matrona/ón ya sea por iniciativa propia o por estímulo de sus pares para recibir orientación.

A continuación se presenta el relato de una adolescente con discapacidad mental que actualmente esta cursando un embarazo libre de complicaciones:

“...Me encanta tener mi guagua dentro mío, y cuando lo siento moverse es bacán, yo quiero que cuando nazca mi guaguairme a vivir con mi pololo.” (U)

Esta adolescente ha contado durante su embarazo con el apoyo de su pareja quien no posee discapacidad mental, además del de sus educadoras/es quienes han facilitado el curso normal de su Control Prenatal promoviendo su asistencia a la matrona y en forma parcial de su madre, quien en ocasiones, obstaculiza el acercamiento de la pareja de la joven a este proceso.

Esta adolescente tiene la certeza de poder ser una buena madre para su hijo o al menos lo intentará, así lo demuestran es sus palabras:

“...Creo que podría cuidar bien mi guagua, y trataría de darle todo, que no le haga falta nada como a mi me pasó que de repente me faltaban cosas.” (U)

Otra de las razones manifestadas por las familias de la investigación para tomar la decisión de esterilizar a sus hijas, es la percepción de la incapacidad de cuidar a un hijo/a de parte de las jóvenes con discapacidad, en caso de que ellas llegaran a tener un recién nacido producto de una falla de otro método anticonceptivo que ellas o su pareja hayan usado. De tal modo ellos consideran la esterilización como el método más seguro para evitar tal situación.

A continuación una madre muestra su opinión en torno a la esterilización tubaria como método anticonceptivo para una hija con discapacidad mental:

“... Es lo más seguro para uno quedarse tranquila, porque si usara pastillas ni Dios lo quiera se hubiese quedado esperando guaguüita, y ahí quien iba a tener que cuidarla, uno no más, porque ella no creo que sería capaz.” (GFMP)

Este relato muestra a la esterilización tubaria como una forma de disminuir, lo que ellos, como padres de una persona con discapacidad mental consideran como una responsabilidad más.

Sin embargo las leyes e incluso en la Constitución Chilena predica que se debe asegurar a todas las personas sin distinción de ninguna clase, el derecho a que se les proteja su vida privada y el derecho a la no-intromisión de terceros en la esfera de su intimidad, en tanto los Derechos Sexuales y reproductivos abogan por la misma causa. En este mismo ámbito, las posturas Católica y Evangélica se inclinan por rechazar la esterilización en general. Hoy en día con frecuencia la sexualidad de las personas con discapacidad mental es una responsabilidad que recae directamente en los padres, quienes en la mayoría de los casos, disponen de escasas herramientas para manejarla, poca información y educación al respecto.

Los varones con discapacidad mental no viven la experiencia de ser esterilizados pues sus apoderados/as enfocan sus esfuerzos en educarlos en relación al uso correcto del preservativo para evitar de este modo el embarazo de la pareja y por otro lado prevenir la adquisición de una infección de transmisión sexual así lo cuenta un apoderada que tiene un hijo con discapacidad mental moderada:

“... Yo siempre he tratado de que mi hijo tenga confianza conmigo para hablarme de sus cosas íntimas, por eso yo le he explicado que es un condón, para que sirva, se lo he mostrado y le he explicado que cuando el necesite uno me lo pida y yo no lo voy a castigar ni nada.”(GFMP)

Como se puede ver las preocupaciones de los apoderados/as de la investigación difieren según el sexo de sus hijo/as, considerando la labor de guiar a sus hijos en la elección de un método anticonceptivo una gran responsabilidad.

En definitiva se puede ver que el tema de regulación de la fecundidad en las personas con discapacidad mental es una situación que causa preocupación en las/los apoderadas/os de estas/os jóvenes y en la medida en que reine la falta de información en este ámbito, podrían desencadenarse eventos que endenlezcan aún más el desarrollo psicosexual de estas personas.

4.3.-MIEDOS Y/O TEMORES EN RELACIÓN A LA VIVENCIA DE LA SEXUALIDAD DE LAS/LOS ADOLESCENTES CON DISCAPACIDAD MENTAL.

La vivencia de la sexualidad de las/los adolescentes discapacitados mentales lleva de la mano temores por parte de sus madres, padres, tutoras/es, los cuales en algunos casos llegan a ser transmitidos a las/os propias/os jóvenes e interiorizados por ellos. Esta interiorización de miedos podría tener como consecuencia dificultades en los procesos de socialización de las/los adolescentes con discapacidad mental retrasando el desarrollo de su identidad sexual. (Parra y Hernández, 2005)

Uno de los grandes retos en vivenciar el derecho de las personas con discapacidad mental a vivir su sexualidad lo constituye el que la familia de estos/as adolescentes acepte este derecho que tienen. (Parra y Hernández, 2005)

Para las madres y padres de la investigación el aceptar que sus hijas/os vivencien su sexualidad es una gran dificultad para ellos, debido a que enfrentan este proceso con una gran cantidad de miedos, los cuales como anteriormente se mostró no son compartidos por las /os adolescentes con discapacidad mental. Miedos que, generalmente, están referidos a otros/as, no al discapacitado/a en sí.

El miedo a lo que piense la gente si le ven masturbarse, el miedo a que toque a otra persona al sentirse atraído/a eróticamente por esta, miedo a que se enamore y manifieste algún deseo de intimidad, miedo en general a que se les eduque para la sexualidad. Todos estos miedos se agrupan en el proceso de negación de la sexualidad de estos/as adolescentes con discapacidad mental por parte de sus apoderados/as. (Parra y Hernández, 2005)

La negación de la sexualidad de las/los ADM por parte de la familia esta vinculada directamente con la relación que exista entre ambas partes. Existen casos, en que las madres y /o padres no creen necesario que sus hijas/os sean felices en otros ámbitos distintos al familiar, tal como en el relato que se cita a continuación:

“...No le importa pololear, ella es feliz compartiendo con su familia solamente.” (W)

Este relato permite ver que esta apoderada considera totalmente aceptable y normal que su hija sea feliz compartiendo solo con su familia, no cree necesario otro tipo de relaciones afectivas como por ejemplo la de pareja.

El hecho de tener una hija y no un varón, puede influir en el sentido que, histórica, cultural y antropológicamente existe la idea de inferioridad y subordinación femenina. Esto determina que su sexualidad sea en mayor grado negada, o incluso vigilada por sus madres o padres. (Posse y Verdeguer, 1991).

En la población de apoderadas/os de la investigación se observa una mayor preocupación en la esfera de la sexualidad en caso de tener una hija.

Una educadora diferencial cuenta al respecto lo siguiente:

“...Las mujercitas siempre son más vigiladas por sus padres en el ámbito de las sexualidad, si una niña del colegio comienza a pololear inmediatamente los padres se asustan y vienen a comunicarse con nosotros, en cambio si un varón comienza a pololear no pasa nada, excepto algunas situaciones puntuales”. (Y)

Esta mayor preocupación por la sexualidad, puede deberse a que los temores crecen y adquieren mayor relevancia si se trata de una mujer, por la posibilidad de abuso, violación y/o embarazo. (Posse y Verdeguer, 1991)

A continuación se muestra el relato de una madre de una adolescente con discapacidad mental moderada quien nos cuenta acerca de sus temores entorno a la sexualidad de su hija:

“...Lo peor es que abusen de ella, porque ella es una niña ingenua, ella no ve la maldad en la gente, una vez un hombre la siguió desde la casa al colegio y ella conversó todo el camino con él. Le dijo que otro día la iba a invitar a salir y ella estaba súper contenta por eso y no se dio cuenta que el le podía hacer algo malo.” (W)

Posterior a este evento la familia de la adolescente decidió esterilizarla para evitar un embarazo ante una posible violación, lo que posiblemente podría ser interpretado de forma en que, para la familia el mayor temor es el embarazo, y secundariamente la violación.

Estos temores ocasionan que las adolescentes con discapacidad mental oculten sus vivencias entorno a la sexualidad, a las personas que coartan su libre expresión por miedo a la represión o al castigo, así lo demuestra el siguiente relato:

“...No le conté a nadie de mi casa, ni en la escuela porque los prohíben pololear en la escuela, y mis papás son terrible mala onda y si les decía cualquier cuestión iban al tiro a encerrarme pa’ que no viera a mi pololo.” (U)

Los miedos de las/os apoderadas/os en relación a la expresión de las sexualidad de sus hijos/as difiere según sea el sexo de éstos/as. Por ejemplo en el caso de tener un pupilo varón

ello/as tienen miedo de que adquiera una infección de transmisión sexual al mantener relaciones sexuales sin preservativo y en segundo lugar que embarace a su pareja sexual. Así lo manifiesta esta apoderada:

“Yo tengo miedo de que mi hijo se contagie cualquier enfermedad sexual si no usa condón, hay tanta enfermedad hoy en día, el mismo SIDA, o capaz de deje embarazada a la polola,... no se po, esos serian los miedos mas grandes.” (GFMP)

Las educadoras/es de estas/os adolescentes con discapacidad mental también tiene temores entorno a la expresión de la sexualidad de sus alumnas/os.

Una educadora diferencial en cuanto a sus temores explica:

“...Temo que mis alumnos no tomen con responsabilidad su sexualidad, y que actúen irresponsablemente, que queden embarazadas sin desearlo.” (Y)

Se puede observar que el temor de esta educadora se enfoca en el inadecuado ejercicio de la sexualidad por parte de sus alumnas/os, un ejercicio carente de responsabilidad, entendiéndose por esto, según su punto de vista, el mantener relaciones sexuales sin protección anticonceptiva.

En definitiva, se puede decir que toda la suma de miedos que madres, padres, educadoras/es presentan entorno a la sexualidad de las/los adolescentes con discapacidad mental y las formas de expresión de esta, ocasionan un distanciamiento entre las partes, alterándose la comunicación y obligando a los/las jóvenes a vivir su sexualidad en forma oculta.

4.4.- CONCEPTO DE SEXUALIDAD DE LAS/OS ADOLESCENTES CON DISCAPACIDAD MENTAL, SUS MADRES, PADRES, Y EDUCADORAS/ES.

El desarrollo psicosexual es uno de los aspectos más importante en el desarrollo integral de los seres humanos. Cada persona vive de manera distinta este proceso y por lo tanto puede llegar a formar una concepción de sexualidad propia según sus experiencias en torno al tema. Se plantea que los conceptos que mentalmente una persona va desarrollando tienen relación con los conceptos inculcados a través del proceso de socialización y/o con los que tengan las personas que guían nuestro aprendizaje por la vida. (Fuentes, Soriano et all.1995)

En el caso de esta investigación las madres, padres, tutores/as de adolescentes con discapacidad mental tienen su propia definición de sexualidad. Algunas/os de ellos/as tienen una definición restringida de la sexualidad y de los aspectos que abarca, relacionándola directamente con el coito.

“...Bueno yo creo que es una forma que tiene los niños de expresar sus sentimientos y lo hacen por ejemplo a través de las relaciones sexuales.” (X)

En tanto hay quienes tienen claro lo que significa pero se les dificulta explicarlo a las demás personas e incluso a sus hijos/as.

“...Sexualidad es demostrar los sentimientos que tiene una persona a las otras, y cada uno tiene su forma de hacerlo.” (GFMP)

“... Bueno sexualidad es tener una relación de pareja con otra persona de distinto sexo y llegar a comunicarse.” (GFMP)

“...Bueno no se en realidad no se me ocurre como explicarlo, bueno para mi es tener relaciones sexuales con cariño, con amor, con respeto, eso mas o menos.” (W)

En esta última definición destaca la asociación de sentimientos con el acto sexual, sin embargo llama la atención, que todos/as las/los apoderados restringen la sexualidad a la pareja, no conciben la sexualidad en otros ámbitos como el familiar, entre una madre y su hija/o al ser amamantada/o por ella como ejemplo, entre amigos al abrazarse mientras comparten un momento de goce; para ellos/as estas circunstancias no forman parte de su concepto de sexualidad.

Es de vital importancia que las/los tutoras/es de las/los ADM, tengan claro el significado de este concepto pues son ellas/os quien en gran parte guiarán la formación de este concepto en sus hijos/as. Las tutoras/es transmitirán su concepto de sexualidad a sus hijos dependiendo de la calidad de comunicación que tengan con ellas/os, pues la comunicación juega un rol central en el intercambio de percepciones entre madres / padres e hijos/as. (Fuentes, Soriano et al. 1995)

Al preguntar a tutoras/es sobre la comunicación con sus hijos/ as entorno a la sexualidad ellos responden:

“...No, no hablamos mucho de esos temas porque ella no le gusta hablar de eso, pero lo que me pregunta se lo respondo.” (W)

“...El me pregunta hartas cosas por ejemplo.. que es el liquido que le sale cuando se masturba por ejemplo y yo le cuento; con su padre han hablado de que cuando el tenga relaciones con su pareja tiene que ponerse condón para no dejarla embarazada y todo lo que el pregunta se lo respondemos los dos.” (X)

A través de estas citas se puede concluir que para el caso de estas madres la iniciativa de abrir un espacio de comunicación entorno a este tema, debe partir por parte de las/los adolescentes con discapacidad mental, y en el caso del último testimonio, la entrega de información entorno a sexualidad solicitada por su hijo, es un tarea que se asume en pareja.

Dentro del grupo tutores/as y educadoras/es del estudio existen diversas opiniones en torno al modo en que las personas con discapacidad psíquica expresan su sexualidad.

Hay apoderadas/os y educadoras/es quienes creen que las/los adolescentes con discapacidad mental poseen una mayor capacidad de expresión de su sexualidad al comparárseles con personas que no poseen la condición de discapacidad.

A continuación tenemos sus relatos en relación al tema:

“...No, no creo que haya muchas diferencias, lo que creo es que son más libres de demostrar lo que sienten.” (X)

“...Yo creo que es igual en los aspectos generales, lo único puede ser que los chicos les cueste un poco más contener sus emociones o tienen menos vergüenza de expresarse, porque ellos no se dan cuenta de que sus actos causan efectos en las personas que los rodean, solo eso.” (Y)

“Yo creo que tal vez podría ser que el despertar sexual se retrase un poco en la edad, pero en sus características no he encontrado grandes diferencias con el común de los adolescentes, puede ser que estos adolescentes son más espontáneos y expresan más que los demás.” (Z)

Sin embargo hay quienes opinan que no hay diferencias:

“...No, no creo que haya diferencia en la sexualidad, lo que pasa es que algunos le dan más importancia que otros.” (W)

Dos educadoras diferenciales se refieren a las formas de expresión de la sexualidad que presentan sus alumnas y alumnos:

“...Son las mismas que los adolescentes normales, solo que son más espontáneas y desubicadas en relación al contexto temporoespacial. Son besos, caricias, se arreglan, algunos se preocupan mucho por su figura. Lo que si creo es que ellos son más libres afuera del establecimiento, yo creo que expresan su sexualidad de otras formas que no lo pueden hacer mientras están en clases, pero eso ocurre en todos los colegios y liceos.” (Y)

Como se puede observar esta educadora reafirma la idea de algunos/as apoderados/as de que estas/os adolescentes son más expresivos de su sexualidad al compararlos con adolescentes que no padezcan la condición de discapacidad.

Otra educadora comenta la facilidad que tienen sus alumnos/as para demostrar sus emociones:

“...Ellos son muy amistosos se encariñan con gran facilidad de las personas, son capaces de demostrar sus emociones muy bien, muestran su amor, su cariño, su enojo, todos tiene diferentes formas de hacerlo.” (Z)

Las educadoras que trabajan cotidianamente con estas/os adolescentes con discapacidad mental han identificado estas características en la forma que ellas/os tienen de demostrar su sexualidad, y manifiestan que justamente esa forma de relacionarse tan abierta con su entorno, es lo que preocupa a las/los apoderadas/os, pues desde su punto de vista, los hace ser más susceptibles de ser abusadas/os, de ser protagonistas de un fracaso sentimental, o de ser discriminados por la sociedad producto de su forma de exteriorizar su sexualidad.

Las/los educadoras/es forman parte importante en la formación de la percepción que tiene las/los ADM en torno a la sexualidad, por lo tanto el concepto que ellas/ellos tengan de la sexualidad, va influir directamente en la información que al respecto les entreguen a sus pupilos/as:

En general, las educadoras tienen un concepto de sexualidad asociado al desarrollo integral de las personas, por ejemplo plantean que:

“...La sexualidad desde mi punto de vista es el desarrollo integral de la personalidad de un ser humano, en todos sus ámbitos.” (Y)

“...Para mí es el desarrollo integral del ser humano tanto a nivel físico, psicológico y emocional.” (Z)

Otra razón por la cual es importante conocer el concepto de sexualidad que tienen las/os educadoras/es de las/os adolescentes con discapacidad mental es que dicho concepto será tomado en cuenta al considerar las normas o límites que entorno a la sexualidad establezcan para sus alumnas/os dentro del establecimiento educacional.

A continuación tres educadoras de la escuela diferencial en donde se realizó la investigación comentan las normas o límites que entorno a la sexualidad se establecen en el establecimiento de estudio:

“...Aquí en la escuela, no se permiten pololeos dentro de la sala, ni dentro de la escuela, se les explica que fuera del establecimiento pueden pololear si sus padres les dan permiso para hacerlo, nunca se les dice que es malo pololear, sino que en el colegio no se puede hacer porque aquí las reglas no lo permiten.” (Y)

“...En general por orientaciones emanadas de la dirección y por el manual de convivencia del establecimiento no se permiten vínculos y expresiones de situaciones amorosas, ni el pololeo, obviamente dentro de la sala se orienta a los alumnos a la responsabilidad y el respeto que se deben tener entre ellos, también se les ha explicado cual es el objetivo principal de la asistencia a la escuela. Aquí toda situación de pololeo debe ser autorizada por los padres y fuera del establecimiento.” (Z)

También las educadoras dieron su opinión sobre la conducta de sus alumnas/os dentro de la escuela:

“...La verdad es que al parecer dentro de la jornada escolar la conducta es mucho más respetuosa, responsable y sin muestras exageradas de afectos porque como regla del colegio no se permiten pololeos o cualquier otra manifestación de esta condición, para respetar la individualidad.” (Z)

Se puede concluir al analizar estos testimonios, que en el establecimiento de estudio se les priva a las/os adolescentes con discapacidad mental de la autonomía para decidir sobre sus relaciones amorosas. También queda claro que se les entregan nociones sobre como vivir su sexualidad con responsabilidad, por ejemplo si las educadoras tienen conocimiento de que alguna alumna mantiene relaciones sexuales se les estimula a acudir a un control con una profesional matrona para recibir orientación sobre métodos anticonceptivos. Otro punto interesante es que las educadoras/es consideran la escuela como un lugar de aprendizaje, pero no de expresión exagerada de la sexualidad. Al interrogar a las educadoras sobre lo que consideran expresiones exageradas de sexualidad una de ellas responde lo siguiente:

“... Se puede considerar exagerado darse besos entre pololos, tocarse de forma estimulante, o tener relaciones sexuales en el establecimiento.”(GFE)

Según lo antes expuesto, existe un espacio para que cada persona interprete las normas o límites impuestos en el establecimiento educacional, según su propia percepción de lo que es una conducta de expresión exagerada de afectos, pues lo que no es exagerado para una persona puede serlo para otra.

Después de haber analizado los conceptos de sexualidad entregados por apoderadas/os y educadoras/es de adolescentes con discapacidad, es necesario indagar en lo que estas/os jóvenes entienden por sexualidad.

Se sabe que como resultado de las diversas experiencias vividas entorno a la sexualidad las/os adolescentes desarrollan su propio concepto de lo que significa para ellas/os esta palabra. La definición mental que las/os adolescentes con discapacidad psíquica formen entorno a este tema estará directamente relacionada con su desarrollo psicosexual. (Fuentes, Soriano et al.1995)

En la definición de sexualidad que tiene cada adolescente con discapacidad mental afloran componentes que las hacen ser diferentes entre ellas, por ejemplo una adolescente que ha sido esterilizada para evitar un embarazo en caso de abuso entrega la siguiente definición:

“...Es querer mucho a una persona...entonces ahí uno se acuesta con él y tiene relaciones, pero con cuidado para no quedar embarazada.” (E)

La definición de sexualidad que esta adolescente tiene limita la sexualidad al acto sexual ligado a sentimientos de cariño, y llama la atención el componente de miedo al embarazo, que menciona pese a estar esterilizada, el cual probablemente ha llegado a ser incorporado en su concepción de sexualidad por haber estado presente por años entre los miedos de sus padres como se mostró en el capítulo tres de esta investigación.

A continuación se muestra la definición de sexualidad que entrega un adolescente con discapacidad mental moderada:

“...Eh...es tener relaciones con la polola y después casarse, para tener hijos, pero si uno tiene relaciones con cualquier mina tiene que ponerse condón para no pegarse cualquier lesera. Yo tengo un amigo que se pegó una lesera de esas cuando se acostó con una mina y se sentía mal, entonces tuvo que ir al hospital y se tuvo que estar pinchando pa’ sanarse, entonces si uno no quiere que le pase nada de eso, las tías dicen que hay que usar condón siempre, pa’ protegerse.”(O)

La definición de este joven involucra una serie de procesos normativos que tienen que tener cierto orden, primero pololear, luego casarse y posteriormente tener hijos, este es el orden correcto en que tienen que evolucionar las relaciones amorosas según los padres de este joven, esta definición es una muestra clara de la influencia de las personas significativas en la formación de conceptos en la/el discapacitado/a mental. También queda claro que este joven incorpora a su concepto de sexualidad la protección contra infecciones de transmisión sexual incentivado por el consejo de su educadora.

A continuación se muestra la definición de sexualidad de una adolescente con discapacidad mental embarazada que esta cursando su segundo trimestre de embarazo:

“... Es tener relaciones con un pololo, pero no con otro pololo, solo con el pololo que yo amo, porque yo si tuviera otro pololo no lo amaría tanto como a mi pololo de ahora y además que vamos a tener una guagüita que es de los dos, y los dos tenemos que cuidarla, pero a veces me da miedo de tener que cuidarla sola porque si me patea que voy hacer, tengo que cuidar mi guagua nomás.” (U)

La idea de sexualidad que tiene esta adolescente con discapacidad mental tiene dos componentes especiales, el primero que involucra tener relaciones sexuales solo con la persona amada y en segundo lugar el sentimiento de unidad que le ocasiona el tener un/a hijo/a en común con esta persona .

Una vez revisadas las definiciones de sexualidad entregadas por las/los adolescentes con discapacidad mental, se puede concluir que el significado otorgado a la sexualidad es personal. Sin embargo, en algunos casos puede ser modificado de acuerdo a las influencias de las personas significativas. Lo que debe considerarse es que la sexualidad es una función vital que influye sobre la conducta de los individuos y sobre las relaciones humanas en general. Afecta a todos los procesos fisiológicos y psicológicos del ser humano. Se trata de un impulso

instintivo que atraviesa diferentes etapas a lo largo de la vida de los individuos y que es condicionado en gran medida por el entorno sociocultural en el que viven.

4.5.- FUNCIONES DE LA FAMILIA EN EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD PSÍQUICA.

Diversas son las funciones que se le han atribuido históricamente a la familia, sin embargo existen regularidades conceptuales en que ésta debe desempeñar funciones de tipo económicas, biosociales, espiritual-culturales y educativas, comunes para todas las formaciones económicas sociales, sin embargo en cada sociedad éstas adquieren un contenido y orden jerárquico diferente. (Arés, 1990)

La familia del niño/a con Discapacidad Mental, desempeña las mismas funciones, pero con diferentes matices, pues debe preparar al menor para desenvolverse en el entorno que lo rodea, considerando la normalización, integración social e independencia. (Arés, 1990)

Las personas con discapacidad no constituyen un grupo separado de población, sino que son miembros de la comunidad. La normalización supone que estas personas deben vivir, estudiar, trabajar y divertirse en los mismos lugares y como lo hacen las personas de su misma edad o de la forma más parecida posible. El proceso de normalización de las/los adolescentes con discapacidad mental debe comenzar en el hogar, donde la familia debe lograr el desarrollo del sentido de pertenencia de las/los jóvenes a ésta, a través de la integración de las/los hijos con discapacidad a las tareas domésticas. (Arés, 1990)

“...En la casa de mi mamá yo hago casi todas las cosas, le lavo la ropa, le plancho, le cocino, al principio me quedaban todas las comidas malas, pero ahora casi nunca me quedan desabridas, además aquí en la escuela tenemos clases de cocina y he aprendido a hacer hartas cosas ricas, entonces cuando yo viva en mi casa me puedo cocinar y cuidarme sola.” (I)

Al incorporarse a la familia cada adolescente con discapacidad va desarrollando un rol al interior de ésta, lo que le sirve de experiencia para desarrollar roles futuros y además desarrollar su autonomía. (Arés, 1990)

Este es el caso de esta adolescente con discapacidad mental quien desea colaborar en las tareas del hogar pero sin la supervisión de un adulto:

“...Me gusta poner la mesa en mi casa, ayudarle a mi mamá a hacer las camas, y también me gusta cocinar, pero me gusta cuando lo hago solita, no me gusta que me estén viendo como lo hago.” (GFA)

La familia es un pilar fundamental para que las/los adolescentes con discapacidad mental puedan desarrollar independencia, pues en los casos en que las familiares insisten en sobreproteger a sus hijas/os este proceso se va retrasando. (Arés, 1990)

En las familias del estudio se puede observar una mayor facilidad para promover la independencia de los varones invitándolos a relacionarse con la sociedad en tanto que las mujeres se las incentiva de desarrollar tareas al interior del hogar.

Esta es la experiencia de un joven discapacitado mental que ha sido estimulado a desarrollar su independencia:

“...Yo siempre voy a comprar el pan a un negocio cerca de mi casa, siempre me mandan a mí, al principio no me dejaban ir solo, pero ahora sí voy casi siempre”
(GFA)

En muchas ocasiones las madres/padres, tutoras/es de estas/os adolescentes discapacitados/as mentales tienen dificultades para incorporarlos en las actividades cotidianas por no considerarlos aptos para realizar determinadas actividades.

”... Uno a veces le da lata mandarla a hacer cosas de la casa, porque me da la impresión de que no lo va hacer bien o se va a demorar mucho, o sino pienso que me aprovecho de ella” (GFMP)

Se puede observar a través de este relato que existe en la estructura mental de esta apoderada, la percepción de incapacidad de su hija de hacer bien cualquier cosa, debido a que se trata de una persona con discapacidad mental. Esta percepción se repite al indagar en el ámbito de la autonomía e independencia.

Al preguntar a madres/padres sobre la capacidad de sus hijos/as de tener una vida independiente, tal vez en pareja o con hijos/as, esto fue lo que respondieron:

“...Yo creo que no... porque ella apenas se cuida ella y entonces menos va a poder cuidar a otra persona.”(W)

“...Yo creo que no, porque nosotros lo cuidamos a él y a su polola cuando ella está en nuestra casa, capaz que puedan, pero lo veo difícil porque la gente se lo haría bien complicado. Él trabaja y ella igual, pero de todos modos po', se necesita mucho más que trabajo para sacar adelante una familia, sino vea lo difícil que se nos ha hecho a nosotros que somos normales.”(X)

A la/él adolescente con discapacidad mental se le ve como una persona desvalida según la percepción de sus apoderadas/os, se les considera “niños y niñas eternos”, seres dependientes de sus familias o de las instituciones en las que se encuentran. (Arés, 1990)

A continuación se muestra el relato de una madre que por primera vez dejó que su hija con discapacidad mental de 19 años de edad, se fuera sola a su hogar al salir de la jornada escolar:

“...No sabe lo difícil que fue el primer día que se vino sola para la casa yo gaste cualquier plata en colectivo, porque la profesora me llamó y me dijo la Lorenita se acababa de subir a la micro y yo la seguí en un taxi pero ella se subió a la micro, pago su pasaje y se bajo en el paradero de su casa y se fue caminado hasta la casa sola sin que nadie le dijera nada y yo me sentí feliz, sentí que tenía un peso menos sobre mí.”
(W)

Los niveles de autonomía en quienes tienen discapacidad son directamente proporcionales a los apoyos que se les presten e inversamente proporcionales a la sobreprotección con que se les trate. (Arés, 1990)

Hay apoderados dentro de la investigación que sobreprotegen a sus hijas/os discapacitados mentales tratándoles como niños, sin embargo estas/os apoderados están concientes de su error:

“... Para mi es una niña pero yo se que es casi adulta. Yo he tenido la culpa de eso yo siempre la he criado como si fuese una niña chica pero a ella no le gusta, siempre me alegra que ya esta grande.” (W)

Los relatos revisados anteriormente demuestran que existen casos en que a las personas con discapacidad mental se les sobreprotege o se les sigue percibiendo como gente incapaz de valerse por sí misma o de llevar una vida autónoma y normalizada.

Para conseguir la integración y la normalización, es necesario sustituir la sobreprotección por el apoyo. La sobreprotección hace disminuir las capacidades; por el contrario, el apoyo es el refuerzo que necesita alguien para llegar a un determinado resultado y según sean nuestras capacidades o nuestras potenciales capacidades, el apoyo que necesitaremos será mayor o menor. (Arés, 1990)

La función reproductora o biológica, asegurada o bien dirigida propicia la estabilidad conyugal en la pareja y con ello el establecimiento de patrones de conducta adecuados de fácil transmisión a los hijos/as, sentando las bases para la seguridad emocional e identificación de éstos para con la familia. (Arés, 1990)

La función educativa es esencial, esta función, primordial para la educación de los hijos/as, actúa de manera interactiva junto al resto de las funciones y para su efectivo desarrollo requiere de una comunicación familiar óptima, libre de prejuicios, miedos y negaciones. (Arés, 1990)

Si con los/as niño/as pequeños/as e inclusive con el/la adolescente algunos/as apoderadas/os, y maestros/as dejan pasar por alto la necesidad de educación sexual, en la edad adulta resulta absolutamente perjudicial para la persona especial, de modo que al no tener la preparación adecuada en cuanto a lo que información sobre sexualidad se refiere puede acumular frustraciones, deseos e inquietudes reprimidas, etc.... alterando así el logro de una identidad sexual. (Tovar, 2005)

La educación sobre sexualidad debe iniciarse en el hogar de las/os adolescentes discapacitadas/os sin embargo estas/os jóvenes manifiestan no tener la confianza suficiente de hacer preguntas a sus madre/padres por temor, por vergüenza o incluso por falta de curiosidad. (Tovar, 2005)

Dos adolescentes con discapacidad mental relatan sus experiencias:

“...Yo le he preguntado a las tías, a mami no, porque me da vergüenza. Las tías dicen que no es malo pololear, pero no en la escuela; afuera sí, si los papás nos dejan.” (E)

A raíz de la falta de confianza en preguntar sus dudas entorno a la sexualidad a sus madres y/o padres por los motivos antes mencionados, las/os adolescentes con discapacidad mental buscan en sus educadoras/ es las respuestas que necesitan. Este es el caso de una adolescente y un compañero de curso:

“...A veces en la escuela las tías nos hablan de esos temas porque hay algunas chicas que han quedado embarazadas y por eso nos dicen que nos cuidemos, que seamos responsables, pero no podemos tener pololo en la escuela porque se ve feo y es mal ejemplo.” (I)

Al preguntarle a este adolescente a quien preguntaría en caso de tener una duda sobre sexualidad el responde lo siguiente:

“...No sé yo cacho que a las tías de aquí, porque no se po' son buenas pa' enseñar, a mi me enseñaron de la masturbación, porque me costaba a mi relajarme y pensaba que hacerlo estaba mal pero me explicaron que eso era normal, lo único que había que hacerlo cuando uno está solo ...algunos cabros se ríen cuando las tías nos enseñan esas cosas, pero las tías dicen que hay que tomarlo serio. Yo si lo tomo en serio porque me gusta que nos hablen de eso, porque me da vergüenza preguntar solo las dudas. A mis papis no les pregunto casi nada porque me agarran pal leseo cuando cachan que me masturbo, entonces da lata preguntarles cualquier cuestión.” (O)

Las educadoras de la escuela en estudio destacan el interés de sus estudiantes por el tema:

“...La mayoría de las conversaciones en torno a este tema, han sucedido por la idea de los mismos alumnos, ellos son abiertos a recibir educación en estos temas y toman muy en cuenta lo que se les explica.” (Y)

“...Me ha tocado tener conversaciones y trabajar con los alumnos en este tema, por interés de ellos mismos y a la vez por contenidos de las asignaturas y la verdad es no se me ha dificultado para nada el trabajo, al contrario hay algunos niños que tienen mucha confianza en mi, para contarme sus cosas y hacer las preguntas que deseen.” (Z)

Otra fuente de información reconocida por las adolescentes discapacitadas mentales es la/él profesional matrona/ón, este es el caso de la adolescente que se muestra a continuación:

“...Yo creo que le preguntaría a mi matrona donde voy a veces, ella es súper buena conmigo y se preocupa por que yo entienda todo lo que me dice. Si cuando empecé a tener relaciones mi amiga me dijo que tenía que ir a la matrona y ella me dio pastillas para no tener guagua, me explicó como funcionaban, me dijo que no me podía olvidar de ninguna, y esas cosas.” (I)

La función educativa es una de las funciones que tiene la familia de la persona con discapacidad mental y además debe afrontar dificultades que en ocasiones pueden parecer insuperables. Por lo tanto, es importante no perder de vista que la familia es una fuente muy grande de recursos humanos, en el cual todos están llamados a cooperar, en la medida de sus posibilidades, y que frente a una crisis, cada familia está provista de medios para hacerle frente, y por lo general pueden ser atenuadas con un debido asesoramiento.

4.6.- DISCRIMINACIÓN Y LENGUAJE.

En los últimos años, la sociedad ha dado pasos importantes en su concepción acerca de la discapacidad y su entorno. Poco a poco, se van superando lentamente viejos prejuicios que estereotipan y califican a quienes tienen alguna discapacidad como "menos personas" que quienes no la tienen. (Frutos y Rodríguez, 2005)

Las personas con discapacidad mental a lo largo de la historia han debido enfrentar episodios de discriminación que abarcan todos los aspectos de su diario vivir, se la ha discriminado incluso en el ámbito de la sexualidad. (Frutos y Rodríguez, 2005)

Para una persona que no padezca de discapacidad es de gran dificultad mantener una relación de pareja pues existen determinantes que pueden jugar en contra de esta relación como por ejemplo, diferencias de opiniones con la pareja, intolerancia, poca comunicación etc.

Tomando en cuenta lo difícil que es para una persona sin discapacidad mantener relaciones amorosas estables, para las/los discapacitados/as mentales este proceso se puede tornar aún más complejo, llegando a producir en algunos casos el descenso de la autoestima de estas personas por no sentirse aceptados afectivamente por la sociedad. (Parra y Hernández, 2005)

A lo largo de esta investigación se ha observado que las personas con discapacidad mental tienen dificultades para mantener relaciones amorosas estables con personas sin alteraciones intelectuales, debido a la discriminación que sufren de parte de estos últimos a causa de su discapacidad, ante lo cual prefieren establecer relaciones con personas de su misma condición.

A continuación se muestra la situación de dos adolescentes que vivieron la experiencia de ser discriminadas por padecer de discapacidad psíquica.

“...Desde chiquitita siempre sufrí mucho por los pololos, los hombres siempre se burlaban de mi porque me costaba más que a los demás entender algunas cosas.” (A)

“...El terminó conmigo porque sus amigos se burlaban de él porque yo estudiaba en esta escuela, después pololeé dos veces más y las dos veces me patearon, yo creo que les da vergüenza que yo tenga problemas mentales.” (I)

La discriminación que sufren las/los adolescentes con discapacidad mental de parte de las personas por las cuales sienten atracción amorosa, constituye una importante razón por la cual desear tener una relación de pareja con un/una joven con su misma condición de discapacidad. Así lo consideran estas adolescentes:

“...Algunas veces me dan ganas de tener un pololo que sea igual a mí para que no me pateen igual que los otros.” (I)

“...Yo creo que el podría ser mi pololo porque es igual que yo.” (E)

Con frecuencia en el trato habitual con las personas con discapacidad mental existe un retraimiento por parte algunos miembros de la sociedad y por tanto se afecta la comunicación con ellas. Este retraimiento ocurre como consecuencia del desconocimiento por parte de la sociedad de la conducta de una persona con discapacidad mental y trae como consecuencia éstas sean víctimas de comportamientos discriminatorios. (Frutos y Rodríguez, 2005)

Una educadora comenta al respecto lo siguiente:

“.... Los discriminan, porque muchas personas los marginan e incluso cuando comento que trabajo con ellos me dicen: ‘como tienes tanta paciencia’, o en ocasiones se refieren a ellos mal, dicen los retardados, los mongólicos y otras cosas horribles, que por supuesto forman parte de su ignorancia. (Y)

En el seno familiar en ocasiones ocurre igual, entre otras causas, por la no preparación de ésta, así como por el impacto producido tras el nacimiento de un/a niño/a con discapacidad que conlleva a situaciones extremas: al silencio o a la comunicación excesiva con matices de ofensas y discriminaciones injustas, como es el caso de algunas/os apoderadas/os de la investigación quienes recriminan a sus hijas/os por no aprender a leer ni a escribir. (Frutos y Rodríguez,2005)

Hasta hace pocas décadas, tener una discapacidad equivalía a ser persona de segunda categoría, para las familias era una desgracia o una vergüenza; para la gente del entorno cercano, alguien a quien compadecer o alguien objeto de nuestras burlas; en general, en la concepción social más generalizada, una carga, algo no deseado. (Frutos y Rodríguez, 2005)

A continuación se muestran las vivencias de dos madres frente al diagnóstico de discapacidad mental de su hija e hijo:

“... Cuando mi hijita nació nadie se dio cuenta de que tenía un problema.” (W)

“...El psicólogo me dio la noticia porque mi hijo no podía leer en el colegio, el le hizo una pruebas me dijo que mi hijo nunca iba a poder ni leer ni escribir porque era discapacitado mental que tenía retardo mental. Yo y mi esposo casi no escuchamos nada más de lo que no dijo esa vez porque fue una cosa terrible, no lo podía creer.” (X)

Existen casos en que frente a la llegada de un hijo diferente a lo esperado uno de los miembros de la pareja (en el caso de ésta investigación el hombre), no sufre el proceso de adaptación o no desea vivirlo abandonando el núcleo familiar, ocasionando la ruptura de esta red de apoyo fundamental para el desarrollo integral del nuevo ser humano.

Esta fue la experiencia de una de las apoderadas de la investigación en que su esposo discriminó a su propia hija y abandonó el hogar:

“...me confirmaron que tenía discapacidad mental moderada. Yo me quise morir, pensé que mi hija no iba a ser capaz de hacer nada, lloré como nunca, a escondidas, después le dije a mi esposo del problema de la Lorenita y nos dejó botadas a las dos, imagínese que a la semana de que le conté no lo hemos visto más hasta el día de hoy, las dos hemos salido adelante solas”. (W)

La discriminación social tiene un efecto en las personas con discapacidad mental que se agudiza cuando esta proviene de su misma familia. Una educadora de adolescentes con discapacidad mental afirma en ese sentido que:

“... Todos los niños se dan cuenta de que son diferentes a los demás adolescentes, pero lo que más les afecta es la discriminación social y en muchas ocasiones por su propia familia.” (Y)

El siguiente relato es el de una adolescente con discapacidad mental que vivió desde pequeña la marginación familiar a causa de su discapacidad:

“...Cuando yo era niña chica no me llevaban a la casa de mis primas, porque mis tías decían que se les iba a pegar mi enfermedad si ellas jugaban conmigo, y yo le pedía a mi abuelita que para la navidad me llevara y ella me inventaba historias para que no me diera cuenta de que mis tías no me querían.”(I)

Como se puede observar en el relato anterior la falta de conocimientos en relación a la discapacidad mental hace que esta familia halla discriminado a esta adolescente al creer que era un condición que se transmitiera a través del contacto corporal con la persona discapacitada.

Según la opinión de una educadora diferencial la discriminación que sufren las/os adolescentes con discapacidad mental puede afectar el proceso de inserción social:

“...Aún se les ve con temores y bastante discriminación, no se dan posibilidades para su desarrollo social y laboral, en general las posibilidades son escasas. Yo creo que falta a nivel educacional normativas para incorporar a estas personas a la nota normal como cualquier ciudadano.” (X)

Esta educadora relata que las madres y padres perciben a las/os adolescentes con discapacidad mental como personas indefensas y que solo bajo la protección de la familia pueden sobrevivir lo cual amenaza las posibilidades de inserción de estas/os jóvenes. La educadora comenta:

“... No los ven como personas independientes.”(Y)

A lo largo de la historia las/os adolescentes con discapacidad han sufrido malos tratos por parte de las personas con las que se relacionan a diario y que no padecen de esta condición y también de su familia a causa de su déficit cognitivo. Las/os adolescentes con discapacidad psíquica cuentan experiencias de vida en la que han sido discriminados/as:

Este es el caso de una adolescente que hasta los 19 años era enviada por sus padres a la escuela en un transporte escolar por temor a que se perdiera en el camino, razón por la cual ella era objeto de las burlas de sus compañeros de viaje quienes eran mucho menores en edad:

“...No me quería venir con los niños del furgón porque se burlaban de mi, decían que no me podía venir sola a la escuela.” (E)

Otra situación en que las/os adolescentes con discapacidad mental son tratados con discriminación es al tratarse se la posibilidad de captar la atención del sexo opuesto, pues hay quienes hacen creer a estas/os jóvenes incapaces de lograrlo:

“...Los cabros se ríen, dicen que a uno no lo van a pescar nunca por lo lesa.” (O)

El rendimiento académico es un aspecto importante para algunos de las/los apoderadas/os de la investigación como para algunos miembros de la sociedad, situación que da la opción de discriminar a las personas que tienen dificultades en este aspecto; esta es la percepción que dos adolescente discapacitadas mentales:

“...Mi mama se avergüenza de mi porque nunca he aprendido a leer, ni a escribir.”
(I)

“...Muchas personas me tratan de bruta porque estudio en esta escuela que vienen puros chicos con problemas.” (I)

En la actualidad se ha tratado de incorporar la idea de que todas las personas somos iguales independientemente de su capacidad física y/o intelectual, del sexo, condición social, orientación sexual, religión, etnia, etcétera. Y estos avances, tienen su en el lenguaje, porque éste es el reflejo de las personas y sociedad que lo habla. Con el lenguaje expresamos lo que está escrito en nuestras mentes. Si bien es cierto que la sociedad cada vez se muestra más respetuosa con el hecho de la discapacidad, todavía hoy, en la calle o en los medios de comunicación, escuchamos palabras o términos que denotan cierto desconocimiento de esta realidad. (Frutos y Rodríguez, 2005)

Una forma común para discriminar es a través de un uso discriminatorio del lenguaje y las personas con discapacidad mental viven experiencias de menosprecio reflejadas en el uso de un lenguaje ofensivo y discriminatorio en su contra. Palabras como imbéciles, idiotas, tontos y tontas, retrasadas y retrasados, cretina y cretino son lanzadas sin conocimiento, ni fundamento a este grupo de personas. (Frutos y Rodríguez, 2005)

A continuación las/los adolescentes con discapacidad mental relatan expresiones discriminatorias hacia su persona:

“...Me dicen el pavo.”(GFA)

“...Cuando me tratan mal me dicen nerds.” (GFA)

“... Me dicen lento.” (GFA)

“... Las chicas de mi barrio que no son mis amigas me dicen enferma mental.”
(GFA)

Expresiones como las mencionadas anteriormente por las/los ADM, denotan que, en nuestra mente percibimos a las personas con discapacidad en un plano inferior que quienes no la tienen. (Frutos y Rodríguez, 2005)

En la actualidad, el término incapacitación hace referencia al proceso jurídico aplicable a aquellas personas que, por no poseer suficiente discernimiento, ni voluntad libre para poder actuar de forma consciente, deben ser protegidas para velar por sus derechos. El estar

legalmente incapacitado o incapacitada no limita, en ningún caso, el desarrollo de esta persona como miembro de una sociedad cambiante, más aun si tenemos en cuenta que la incapacitación puede ser total o parcial. (Frutos y Rodríguez, 2005)

En el caso de esta investigación, la escuela pretende vencer las barreras que enfrentan estos/as jóvenes para desarrollar una alta autoestima, movilizándose para insertar a las/los adolescentes con discapacidad mental en el ámbito laboral bajo la creencia de que las personas con discapacidad tienen derecho a una vida tan normal como las demás, accediendo a los mismos lugares, ámbitos, y servicios, ya sean educativos, de empleo, de ocio o de otro tipo.

A continuación se muestran relatos de apoderadas/os que hablan de este tema:

“...Gracias al colegio mi hija esta trabajando en un supermercado de empaque y se puede ganar sus propios pesos. Si yo la primera vez que la fui a ver al trabajo y la vi paradita embolsando los paquetes de otra gente me largué a llorar como una lesa porque me dio pena que haga ese trabajo, pero ahora me he dado cuenta de lo importante que es para la Lorenita, incluso le ha ayudado quererse más ella y además ha hecho amigos.”(W)

“... Las chicas han logrado entrar a trabajar y eso ha sido súper importante para ellas están felices de ganar su platita.” (GFMP)

“...Mi hijo dice que más que por plata le gusta trabajar, porque se siente importante. Ha hecho amigos y se siente grande.” (GFMP)

Sin duda el respeto a la diversidad, la tolerancia la igualdad de derechos y el conocimiento son los caminos hacia una sociedad que se va sensibilizando con la persona discapacitada mental. (Frutos y Rodríguez, 2005)

Este proceso de cambio consiste en percibir a las personas con discapacidad como a cualquier otra persona con los mismos sentimientos, con los mismos deseos, con las mismas aspiraciones, problemas, y con las capacidades suficientes para llevar una vida autónoma y enfrentarse a su realidad. En caso contrario la persona que ejerce algunas de las tantas formas de discriminación en contra de los/las discapacitados mentales ocasiona graves lesiones de la autoestima de dichas personas limitando así su desarrollo integral. (Frutos y Rodríguez, 2005)

Los jóvenes con discapacidad mental sienten la discriminación y la viven en situaciones cotidianas:

“...Mi mami yo creo que no me quiere, porque no le importa si yo me siento mal por como me trata o si me pega, me prohíbe pololear porque cree que yo voy a quedar embarazada. Yo creo que no me quiere porque yo soy hija de un pololo que tenia mí mami cuando era joven, no de mi papá de ahora y él tampoco me quiere porque varias veces le dice a mi mamá que yo soy un cacho, que soy una tonta, por eso yo me pongo triste y me corto mi cuerpo [llora, y se levanta las mangas de su chomba y me enseña

las marcas de sus heridas]...*mi pololo me dice que no lo haga, yo trato de no hacerlo, pero cuando me da la cosa, no puedo llorar con todas mis ganas y por eso lo hago para desahogarme....antes lo hacía más, ahora ya me ha pasado la depresión.*" (A)

Este relato es una muestra de como los miedos de las/los apoderados, las ofensas y los maltratos dirigidos a un persona con discapacidad mental pueden originar alteraciones de la conducta, de la autoestima, del desarrollo psicosexual y por ende de la personalidad. Al tener la/el adolescente, sentimientos ocultos de dolor éstos suelen convertirse en enojo, y con el tiempo se vuelve el enojo contra ellos mismos, dando así lugar a la depresión. Estos sentimientos pueden asumir muchas formas: ataques de ansiedad, repentinos cambios de humor, culpas, reacciones exageradas, hipersensibilidad, encontrar el lado negativo en situaciones positivas o sentirse impotentes y autodestructivos. (Gillham y Heber, 2001)

La autoestima es importante porque es nuestra manera de percibirnos y valorarnos como así también moldea nuestras vidas. Una persona que no tiene confianza en sí misma, ni en sus propias posibilidades, puede que sea por experiencias que así se lo han hecho sentir o por mensajes de confirmación o desconfirmación que son transmitidos por personas importantes en la vida de ésta, que la alientan o la denigran. (Gillham y Heber, 2001)

Los adolescentes con discapacidad mental de la investigación que han crecido en hogares carentes de comunicación y amor crecen con una lesión de la autoestima y tienen pensamientos como los que se citan a continuación:

A *"...Mi mami yo creo que no me quiere, porque no le importa si yo me siento mal por como me trata o si me pega."*

I *"... Mi mamá no está ni ahí conmigo, así que no se preocupa de si salgo o estoy donde mi abuelita si imagínese que cuando la llamaban las tías de aquí de la escuela mi mamá no venía nunca. Yo cacho que se avergüenza de mi porque nunca he aprendido a leer, ni a escribir."*

I *"...Yo me siento tan sola, si mi mamá no me pesca, ni siquiera sabe que me licencio este año, yo me tengo que preocupar de tenerme mis cosas sino me voy donde mi abuelita que es la única que me quiere y me cuida."*

La persona, va creciendo y formando su personalidad dentro del ambiente familiar, que es el principal factor que influye en la formación de la misma, ya que le incorpora a ésta los valores, reglas y costumbres. Pero, la personalidad de cada uno/a, no sólo se forma a través de la familia, sino también, con lo que la persona con discapacidad mental cree que los demás piensan de ella/él y con lo que piensa de sí misma/o, al salir de este ambiente y relacionarse con personas de otro grupo diferente. (Gillham y Heber, 2001)

En el caso de las/los adolescentes de la investigación que han sufrido malos tratos por parte de su familia o de las personas que han sido afectivamente relevantes para ellos/ellas, el desarrollo de su personalidad se ha inclinado hacia el retraimiento y el escaso interés por relacionarse afectivamente con cualquier persona, lo cual debilita aún más sus habilidades sociales. Sin embargo las/los adolescentes que manifestaron una comunicación efectiva y enriquecedora con su familia no presentaron comportamientos que denoten una baja autoestima.

Los apoderados de la investigación durante la sesión de grupo focal concluyeron que los pilares fundamentales de la buena comunicación son: el afecto y el amor.

En conclusión, visto en el sentido de universalización, el amor, humaniza, favoreciendo el desarrollo de cada miembro de la sociedad y por ende de la sociedad en general. (Gillham y Heber, 2001)

5.- CONCLUSIONES

En esta investigación se exploró la forma como las/los adolescentes con discapacidad mental expresan su sexualidad y el significado que tiene esto, para las madres, padres, educadoras/es.

Un vez analizados los resultados, podemos concluir que estas/os jóvenes atraviesan por las etapas de desarrollo y erogenización en forma más lenta que un/a adolescente que no posea esta discapacidad. Sin embargo son capaces de reconocer las fuentes de placer en su propio cuerpo y en el de su pareja, llegando a mantener relaciones sexuales heterosexuales (en todos los casos vistos dentro del marco de esta investigación).

Estas/os jóvenes establecen relaciones amorosas que nacen en la mayoría de los casos, como resultado de expresiones de afecto y amistad. Esto es fundamentalmente referido por las mujeres del estudio, pues los varones agregan además, la belleza como fuerza mobilizadora de sus emociones. Las conductas relacionadas con la sexualidad observadas en las/los ADM, se expresan a través de gestos (risas, miradas), arreglo personal, besos, e incluso relaciones coitales, con una gran base de afectividad, amor y fidelidad.

Otro hallazgo, de esta investigación se refiere a la regulación de la fecundidad en las/los adolescentes con discapacidad mental. Esta situación divide a sus apoderados/os; hay quienes no están de acuerdo con entregar información a sus hijos/as para no estimular la expresión de su sexualidad. Otros/as apoderados/as plantean la necesidad de que sus pupilos/as deben enfrentar la vida con conocimientos en este tema, si quiere integrárseles en la sociedad.

Algunos/as apoderados/as califican la esterilización tubaria como el método mas seguro y eficaz para proteger a sus hijas, sin embargo las adolescentes consideran que coarta su futuro amoroso y sus anhelos de maternidad. Los hombres que viven con discapacidad no son esterilizados por sus madres/padres, pues éstos se inclinan por educar a sus hijos en el uso del preservativo.

Para las/los apoderadas/os el guiar a sus hijos/as en su desarrollo psicosexual es una tarea difícil, debido a que enfrentan este proceso con miedos. Entre estos miedos se cuentan el miedo al embarazo no planificado, a la violación, al abuso en las mujeres, y a la adquisición de una infección de transmisión sexual en los varones.

En relación a lo expuesto las/los jóvenes dicen no compartir los temores manifestados por sus apoderados/as y reconocen que en algunos casos pueden ocasionar un deterioro de la comunicación entre las partes.

En relación a la definición de sexualidad se puede concluir que para las madres/padres y adolescentes, este tema involucra únicamente a la pareja, con la cual se mantienen relaciones sexuales como medio de comunicación, expresión de afecto y amor. Mientras que las/los educadoras/es tienen un concepto de sexualidad integral que involucra al ser humano en sus aspectos socio-psico-biológicos.

A lo largo de la investigación se observó que las familias de las/los adolescentes con discapacidad mental presentaron dificultades para favorecer la educación, la normalización, integración social e independencia de sus hijas/os, debido a que ejercen actitudes de sobreprotección que no favorecen el desarrollo de las potencialidades de estas/os jóvenes.

En relación a las fuentes de información sobre sexualidad las/los adolescentes mencionan a sus educadoras/es y a la/él profesional matrona/ón a quien acuden iniciativa propia, por sugerencia de amigas o de sus educadoras.

Un tema emergente dentro de los hallazgos de este estudio, es la discriminación. Las/los adolescentes con discapacidad mental manifiestan haber sido víctimas de discriminación por parte de su propia familia, por parte de parejas amorosas que no padecen una condición de discapacidad, y por la sociedad en general. Estas experiencias les producen situaciones de dolor y enojo que pueden ser volcados a sí mismos, llegando incluso a la violencia física en su contra, producto de una baja autoestima asociada a depresión.

Como se puede ver esta investigación permite reconocer en las/los adolescentes con discapacidad mental la necesidad de ser vistos como seres sexuados y que viven su sexualidad basándose en la efectividad y el amor.

Esta investigación pretende destacar que los jóvenes con discapacidad mental requieren una adecuada educación sexual, que, como todo conocimiento, prepara al individuo para enfrentar mejor la vida. La información oportuna, confiable y pertinente evita que la curiosidad reprimida se vuelva una actitud morbosa. El silenciar ciertos temas en el aula o en el hogar no los cancela; más bien, al convertirlos en lo prohibido y darles una carga negativa, estimula la curiosidad y la vuelve una práctica oculta.

Mostrando como se desarrolla la sexualidad en adolescentes discapacitados/das mentales se busca explicar que la educación sexual es asunto tanto de la familia, como de la escuela, y de las/los profesionales de la salud matronas/es, pues el desarrollo sexual es influenciado por estos tres ámbitos, por lo que es deseable que en cada uno de ellos, se den los espacios y las condiciones que promuevan que sea óptimo y responsable.

Esta investigación pretende generar el material de apoyo a las madres, padres y educadoras/es y profesionales de la salud, para fortalecer sus conocimientos, entregar elementos de consejería y orientación en sexualidad, con el objetivo promover en las/los adolescentes con discapacidad mental una adaptación del desarrollo psicosexual acorde a sus capacidades.

Estará cumplido el objetivo de está investigación cuando los resultados movilicen a la reflexión sobre la labor cotidiana con las/los adolescentes que viven con discapacidad mental y se comprenda que son personas que no tienen porqué ser eternamente infantes. Que se les facilite la posibilidad tener una mejor integración social, en la cual sean, por derecho propio, y no por caridad, los genuinos protagonistas de su destino.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- AMERICAN ASSOCIATION ON MENTAL RETARDATION.1997
Retraso Mental. Definición, clasificación. Serie sistema de apoyo.
Madrid. 305 p.
- 2.- AMOR. J, 1995. En TORRES. I; F, BELTRAN, 2002. La sexualidad del discapacitado mental, actitudes y comportamientos de la familia.
Disponible en: http://www.uned.es/educación/revista/abajo_revista.htm
Consultado el: 4 Septiembre 2004
- 3.- ARAUJO, G; L. FERNANDEZ. Sf. La entrevista grupal: herramienta de la metodología cualitativa de la investigación. En: SZASZ, I; S. LERNER. Et al. 1996. Introducción al trabajo cualitativo. Pp. 243 – 255.
- 4.-ARÉS, P.1990. Mi familia es así. Cuba. Editorial Ciencias Sociales. 180 p.
- 5.-ATUCHA, A; M, CHIAVO.1994. Sexualmente irreverentes. Editorial Comunicarte, Brasil. 83 p.
- 6.- AZNAR, A; D GONZALEZ. 2001. Adolescencia especial o niñez eterna.
Disponible en: <http://cablemodem.fibertel.com.ar/itineris/rmart25.htm>
Consultado el: 10 Septiembre 2004
- 7.- CASTRO, R. Sf. En busca del significado: supuestos alcances y limitaciones del análisis cualitativo. En: SZASZ, I; S. LERNER. Et al. 1996. Introducción al trabajo cualitativo. México. Pp 57 -85.
- 8.- ERIKSON, E.1968. Identidad, juventud y crisis. En: POSSE, F; S, VERDEGUER. 1991. La sexualidad de las personas discapacitadas. Argentina. Pp 35 – 39.
- 9.- FREUD, S. 1972.La libido y sus destinos. En: POSSE, F; S, VERDEGUER. 1991. La sexualidad de las personas discapacitadas. Argentina. Pp 41 – 44.
- 10.- FRUTOS, I. 2003.Guía para el uso no discriminatorio del lenguaje en le entorno de la discapacidad.
Disponible en: www.fundabem.com/docs/guia.pdf
Consultado el: 12 Febrero 2006.
- 11.- FUERTES, A.; S, SORIANO; J, MARTINEZ. 1995. La sexualidad en la adolescencia. 209 p.

- 12.- GILLHAM, L.1991.Cómo ayudar a los niños a aceptarse sí mismos y a aceptar a los demás. 3^{ra} Edición. Educador. Editorial Paidós.
- 13.- LERNER, Sf .La formación en metodología cualitativa. Perspectiva del Programa de salud reproductiva y sociedad. En: SZASZ, I; S. LERNER. Et al. 1996. Introducción al trabajo cualitativo. México.Pp. 9-16.
- 14.- MANONI.1987.En: AZNAR, A; D, GONZALEZ 2001.Adolescencia especial o niñez eterna.
Disponible en: [http:// cablemodem.fibertel.com.ar/itineris/rmart25.htm](http://cablemodem.fibertel.com.ar/itineris/rmart25.htm)
Consultado el: 10 Septiembre 2004
- 15.- MARTINEZ, R. Sf. Introducción al trabajo cualitativo. En:SZASZ, I; S. LERNER. Et al. 1996. Introducción al trabajo cualitativo. México. Pp 33- 54.
- 16.- MORGERNSTERN.1978.En: AZNAR, A; D, GONZALEZ. 2001. Adolescencia especial o niñez eterna.
Disponible en.: [http:// cablemodem.fibertel.com.ar/itineris/rmart25.htm](http://cablemodem.fibertel.com.ar/itineris/rmart25.htm)
Consultado el: 10 septiembre 2004
- 17.- OMS.2001. Informe sobre la salud en el mundo. Reporte anual de salud mental.
Disponible en : [http:// www.WHO.int.whrO 2001/ 2001/ main/ sp/ pdf](http://www.WHO.int.whrO2001/2001/main/sp/pdf)
Consultado el: 4 septiembre 2004.
- 18.- ORTEGA, A .Sf. Problemática del amor, inicio de las relaciones sexuales. En: OYARZABAL, C; 2001. Sexualidad y discapacidad mental
Disponible en: [www.reuniones de la biblioteca.com / sexualidad_oyarzabal.htm](http://www.reunionesde.la.biblioteca.com/sexualidad_oyarzabal.htm)
Consultado el: 15 Septiembre 2004
- 19.- OYARZABAL, C; 2001. Sexualidad y discapacidad mental
Disponible en: [www.reuniones de la biblioteca.com / sexualidad_oyarzabal.htm](http://www.reunionesde.la.biblioteca.com/sexualidad_oyarzabal.htm)
Consultado el: 15 Septiembre 2004
- 20.- PANDO, M; M. VILLASEÑOR. Sf. Modalidades de entrevista grupal en investigación social. En: SZASZ, I; S. LERNER. Et al.1996.México. Introducción al trabajo cualitativo. Pp. 225 – 237.
- 21.- PAPALIA.2002. Sexualidad Humana. 780 p.
- 22.- PARRA, A; R, HERNANDEZ. 2005. La discapacidad mental no implica asexualidad: Niños y jóvenes con retraso cognoscitivo precisan educación sexual. 152 p.
- 23.- POSSE, F; S, VERDEGUER. 1991.La sexualidad de las personas discapacitadas. Argentina. 158 p.

- 24.- RIVAS, M. Sf. La entrevista en profundidad: un abordaje en le campo de la sexualidad. En: SZASZ, I; S. LERNER. Et al. 1996. Introducción al trabajo cualitativo. México. Pp. 199 – 221.
- 25.- ROGERS, C; 1990."El poder de la persona".En: PARRA, A; R, HERNANDEZ. 2005. La discapacidad mental no implica asexualidad: Niños y jóvenes con retraso cognoscitivo precisan educación sexual. Pp 102-109.
- 26.- SARASON.1978. En: AZNAR, A; D, GONZALEZ. 2001. Adolescencia especial o niñez eterna.
Disponible en: [http:// cablemodem.fibertel.com.ar/itineris/rmart25.htm](http://cablemodem.fibertel.com.ar/itineris/rmart25.htm)
Consultado el: 10 Septiembre 2004
- 27.- STERNBERG, R.1999. El amor es como una historia. En: PARRA, A; R, HERNANDEZ. 2005. La discapacidad mental no implica asexualidad: Niños y jóvenes con retraso cognoscitivo precisan educación sexual. Pp 72 -79.
- 28.-SZASZ, I; S.LERNER.Et al.1996. Introducción al trabajo cualitativo. México.268p.
- 29.-TORICES, R .1997.En: TORRES. I; F, BELTRAN. 2002. La sexualidad del discapacitado mental actitudes y comportamientos de la familia.
Disponible en: [http:// cablemodem.fibertel.com.ar/itineris/rmart25.htm](http://cablemodem.fibertel.com.ar/itineris/rmart25.htm)
Consultado el: 4 Septiembre 2004
- 30.- TORRES. I; F, BELTRAN.2002. La sexualidad del discapacitado mental, actitudes y comportamientos de la familia.
Disponible en: http://www.uned.es/educación/revista/abajo_revista.html
Consultado el: 4 Septimembre 2004
- 31.-TOVAR, M, 2005 La educación sexual de la persona con retardo mental.
Disponible en: www.pasoapaso.com.ve/centro_aem.htm
Consultado el: 20 Febrero 2006.
- 32.- TURCHIN.1974. En: AZNAR, A; D, GONZALEZ. 2001. Adolescencia especial o niñez eterna.
Disponible en: [http:// cablemodem.fibertel.com.ar/itineris/rmart25.htm](http://cablemodem.fibertel.com.ar/itineris/rmart25.htm)
Consultado el: 10 septiembre 2004

ANEXOS

1. Instrumento guía para entrevista en profundidad a adolescentes con discapacidad mental.

1. ¿Como ha vivido usted su sexualidad?
2. ¿Le ha gustado alguna persona?
3. ¿Que es para ti la sexualidad?
4. ¿Cuales son sus fuentes de placer?
5. Si tiene una duda de sexualidad¿ a quien le preguntaría?
5. ¿Que normas o limites son impuestos por la escuela en el ámbito de la sexualidad?

2. Instrumento guía para entrevista en profundidad para apoderados/as de adolescentes con discapacidad mental.

1. ¿Cómo vivió usted el momento en que supo que su hija/o tenía discapacidad mental?
2. ¿Cree usted que hay diferencias entre la sexualidad de un/a adolescente sin discapacidad mental y uno/a que si la tenga?
3. ¿Que es para usted sexualidad?
4. ¿Habla de sexualidad con su hija/o?
5. ¿Tiene usted algún miedo o temor en relación a la sexualidad de su hija/o?
6. ¿Usted cree que su hija/o va a tener su propia familia algún día?

3. Instrumento guía para entrevista en profundidad para educadoras/es de adolescentes con discapacidad mental.

1. ¿Que es sexualidad para usted?
2. ¿Usted cree que sus alumnos/as tienen la misma idea de sexualidad que usted tiene?
3. ¿Tiene usted impedimentos para educar a sus alumnos/as sobre sexualidad?
4. ¿Cree usted que el despertar sexual de estos/as adolescentes es igual al de los/las demás adolescentes?
5. ¿Cuales son las formas que ha observado usted presentan sus alumnos para expresar su sexualidad?
6. ¿Cuales son las principales creencias y temores en torno a la sexualidad de las/los adolescentes con discapacidad mental que usted tiene?
7. ¿Las conductas de expresión de la sexualidad de sus alumnos/as son las mismas dentro y fuera del establecimiento?
8. ¿Establecen los/las alumnos/as a su cargo relaciones interpersonales y/o vínculos románticos?
- 9 ¿Cuales son las normas y límites en el ámbito de la sexualidad que son impuestos dentro del área escolar?
- 10 ¿Como cree usted que ve la sociedad a las/los adolescentes con discapacidad mental?
- 11 ¿Como cree usted que ven las/los apoderados/as a sus hijos/as con discapacidad mental?