

Lij 122



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FAULTAD DE PSICOLOGIA

**¿CUAL ES LA ACTITUD QUE LOS PADRES
TIENEN HACIA LA SEXUALIDAD DE SUS HIJOS
NIÑOS Y ADOLESCENTES ESPECIALES?**

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A :
MARCOS REYES LOPEZ

Aesor: Patricia Paz de Buen Rodríguez

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

México, D. F.

1988



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

INTRODUCCION.

1. METODO.

- 1.1. Problema.
- 1.2. Tipo de estudio.
- 1.3. Muestra.
- 1.4. Instrumento.
- 1.5. Categorías de análisis.
- 1.6. Procedimiento.
- 1.7. Resultados.

2. CONSIDERACIONES GENERALES SOBRE SUJETO ESPECIAL.

2.1. Definición conceptual del sujeto especial.

- 2.1.1. Primeras aproximaciones.
- 2.1.2. Las nuevas aportaciones.

2.2. Clasificación.

- 2.2.1. Clasificación por etiología.
- 2.2.2. Clasificaciones cronológicas.
- 2.2.3. Clasificación según la incidencia.
- 2.2.4. Clasificación según el tipo de intervención.
- 2.2.5. Clasificación por la practicabilidad de la prevención.
- 2.2.6. Clasificación para efectos de orientación y adiestramiento.
- 2.2.7. Clasificación por la evaluación del cociente intelectual (C.I.)
- 2.2.8. Clasificación por grados de profundidad de la condición especial.
- 2.2.9. Clasificación conductual adaptativa.

2.3. Evaluación.

- 2.3.1. Evaluación Vs. Diagnóstico.
- 2.3.2. Evaluaciones típicas.

3. ACTITUDES.

3.1. Definición del concepto de actitud.

- 3.1.1. Principales componentes de la actitud.
- 3.1.2. Bases de indiferencia de la actitud.

3.2. Adquisición de actitudes.

3.3. funciones de las actitudes.

3.4. Relaciones entre actitud y conducta.

3.5. Medición de las actitudes por medio de la entrevista convergente (focused interview).

3.6. Padres de sujetos especiales y sus actitudes.

4. CONCEPTO DE SEXUALIDAD.

4.1. Normalidad Vs. Anormalidad y relatividad cultural.

- 4.1.1. Normalidad Vs. Anormalidad.
- 4.1.2. Relatividad cultural.

4.2. El aspecto biológico de la sexualidad.

4.3. El aspecto social de la sexualidad.

4.4. El aspecto psicológico de la sexualidad.

4.5. Desarrollo psicosexual.

- 4.5.1. Desarrollo psicosexual del infante.
- 4.5.2. Desarrollo psicosexual puberal.
- 4.5.3. Desarrollo psicosexual del adolescente.

4.6. Manifestaciones de la sexualidad.

- 4.6.1. Masturbación.
- 4.6.2. Relaciones sexuales y matrimonio.
- 4.6.3. Maternidad y paternidad.
- 4.6.4. Anticonceptivos.
- 4.6.5. Homosexualidad.

5. CONSIDERACIONES GENERALES SOBRE LA SEXUALIDAD DEL SUJETO ESPECIAL.

5.1. Las dificultades de la realización sexual del sujeto especial.

- 5.1.1. Por la restricción de su "aspecto vital".
- 5.1.2. Dificultades de índole científica, social y ética para la realización de la sexualidad del sujeto

- especial.
- 5.1.3. Dificultades para la realización de la sexualidad del sujeto especial desde el punto de vista de las actitudes.
- 5.2. Sobre los aspectos biológicos, psicológicos y social de la sexualidad del sujeto especial.
 - 5.2.1. El aspecto biológico de la sexualidad del sujeto especial.
 - 5.2.2. El aspecto psicológico de la sexualidad del sujeto especial.
 - 5.2.3. El aspecto social de la sexualidad del sujeto especial.
- 5.3. El desarrollo psicosexual del sujeto especial.
 - 5.3.1. El desarrollo psicosexual infantil del sujeto especial.
 - 5.3.2. El desarrollo psicosexual puberal del sujeto especial.
 - 5.3.3. El desarrollo psicosexual del adolescente especial.
- 5.4. Manifestaciones de la sexualidad del sujeto especial.
 - 5.4.1. Masturbación
 - 5.4.2. Relaciones sexuales y matrimonio.
 - 5.4.3. Paternidad y maternidad.
 - 5.4.4. Anticonceptivos.
 - 5.4.5. Homosexualidad.
 - 5.4.6. La normalidad y la relatividad cultural en el campo de la sexualidad del sujeto especial.

6. CONSIDERACIONES SOBRE LA SEXUALIDAD DEL SUJETO ESPECIAL Y DEL SUJETO TÍPICO.

- 6.1. El aspecto biológico de la sexualidad en sujetos especiales y sujetos típicos
- 6.2. El aspecto psicológico de la sexualidad en los sujetos especiales y típicos.
- 6.3. El aspecto social de la sexualidad en el sujeto especial y típicos.
- 6.4. El desarrollo psicosexual infantil de sujetos especiales y típicos.
- 6.5. El desarrollo psicosexual de púberes especiales y típicos.
- 6.6. El desarrollo psicosexual del adolescente especial y típico.
- 6.7. Manifestaciones de la sexualidad.
 - 6.7.1. Masturbación

- especial.
- 5.1.3. Dificultades para la realización de la sexualidad del sujeto especial desde el punto de vista de las actitudes.
- 5.2. Sobre los aspectos biológicos, psicológicos y social de la sexualidad del sujeto especial.
 - 5.2.1. El aspecto biológico de la sexualidad del sujeto especial.
 - 5.2.2. El aspecto psicológico de la sexualidad del sujeto especial.
 - 5.2.3. El aspecto social de la sexualidad del sujeto especial.
- 5.3. El desarrollo psicosexual del sujeto especial.
 - 5.3.1. El desarrollo psicosexual infantil del sujeto especial.
 - 5.3.2. El desarrollo psicosexual puberal del sujeto especial.
 - 5.3.3. El desarrollo psicosexual del adolescente especial.
- 5.4. Manifestaciones de la sexualidad del sujeto especial.
 - 5.4.1. Masturbación
 - 5.4.2. Relaciones sexuales y matrimonio.
 - 5.4.3. Paternidad y maternidad.
 - 5.4.4. Anticonceptivos.
 - 5.4.5. Homosexualidad.
 - 5.4.6. La normalidad y la relatividad cultural en el campo de la sexualidad del sujeto especial.

6. CONSIDERACIONES SOBRE LA SEXUALIDAD DEL SUJETO ESPECIAL Y DEL SUJETO TÍPICO.

- 6.1. El aspecto biológico de la sexualidad en sujetos especiales y sujetos típicos
- 6.2. El aspecto psicológico de la sexualidad en los sujetos especiales y típicos.
- 6.3. El aspecto social de la sexualidad en el sujeto especial y típicos.
- 6.4. El desarrollo psicosexual infantil de sujetos especiales y típicos.
- 6.5. El desarrollo psicosexual de púberes especiales y típicos.
- 6.6. El desarrollo psicosexual del adolescente especial y típico.
- 6.7. Manifestaciones de la sexualidad.
 - 6.7.1. Masturbación

- 6.7.2. Relaciones sexuales y matrimonio.
- 6.7.3. Maternidad y paternidad.
- 6.7.4. Anticonceptivos.
- 6.7.5. Homosexualidad.
- 6.7.6. Conclusiones.

7. CONCLUSIONES

- 7.1. Incompatibilidad de oportunidades de aprendizaje y desarrollo.
- 7.2. Imposición de normas.
- 7.3. Perfeccionismo.
- 7.4. Exageración.
- 7.5. Consideraciones finales.

APENDICES.

Introducción.

El tema que ahora nos ocupa surgió de mi convivencia con niños y adolescentes especiales, estudiantes de una escuela de Educación Especial, ubicada en Chalco Edo., de México.

Ahí tuve la oportunidad de observar algunas conductas erráticas de estas personas. Esto constituyó un hecho de importancia decisiva en la dirección de este trabajo pues de entre todo lo que esperaba aprender de esta experiencia no estaba previsto este punto.

Me encontré entonces ante situaciones concretas que requerían también de acciones específicas.

Citare algunas situaciones ejemplificativas:

Una niña de aproximadamente 12 años, experimenta, en la escuela, su primera menstruación; esto la asusta al grado de que no puede contener el llanto durante todo el día. No sabe qué le pasa y en ese momento no acepta ninguna explicación. Sus padres, por otro lado no quieren que nadie se entere de esto y deciden darla de baja en la escuela.

Dos niñas con Síndrome de Down se encierran en un salón y las sorprendemos besándose. -Cómo actuar ante esta situación? -Cuál deberá ser nuestra reacción?.

Los padres de una alumna de nuevo ingreso nos recomiendan una estricta vigilancia sobre su hija y dicen: "Por favor no la dejen sola, ni la descuiden por un momento". Días después nos percatamos de la motivación velada en la petición de los padres; Ellos temían que su hija tuviera algún contacto sexual. El pasatiempo favorito de la muchacha era "ligarse" a los muchachos de la escuela. Los padres nos hacen saber tiempo después que han decidido esterilizarla por temor a que en un "descuido" quede embarazada.

-Qué hacer ante todas estas manifestaciones? -Qué orientación dar a los padres? -Cómo actuar ante los sujetos especiales?. Estas y un sin fin de preguntas más surgieron ante estas situaciones. Elegí estudiar las actitudes de los padres ya que como se manifiesta en los ejemplos anteriores son ellos los que toman decisiones con respecto a sus hijos. -Pero como tomar una decisión adecuada cuando la mayoría de sus acciones con respecto a la sexualidad de sus hijos especiales están motivadas en el desconocimiento y los prejuicios?.

Esta fué la consideración principal y de esto surgió entonces el problema -Cuál es la actitud de los padres de niños y adolescentes especiales con respecto a la sexualidad de estos últimos?. Para conocer estas actitudes decidí entrevistar a las madres de los sujetos que estudiaban en la escuela, sobre diferentes temas que englobe bajo el título de "manifestaciones de la sexualidad". Estos son: masturbación, relaciones sexuales y matrimonio, paternidad y maternidad, anticonceptivos y homosexualidad. Debo aclarar que la sexualidad no sólo está constituida con los temas abordados, más son estos los que se seleccionaron por su utilidad inmediata en mi área de trabajo.

Los capítulos que aquí se incluyen tienen como objetivo contestar a la pregunta arriba planteada. En el primer capítulo se hace referencia al método empleado en este trabajo, se especifica cuál es el problema, el tipo de estudio, y las características de la muestra, el instrumento empleado, las categorías de análisis, el procedimiento y por último la descripción de la forma en que se obtuvieron los resultados.

En el segundo capítulo se hace una exposición sobre el concepto de sujeto especial y se justifica su uso. Se añade, además, cual es la etiología de esta condición su clasificación y las distintas formas de evaluación.

Las actitudes son objeto del tercer capítulo, se exponen generalidades sobre los mismos, se incluye un epígrafe explicativo de la entrevista convergente (focused interview) que fue el instrumento utilizado para entrevistar a las madres de los sujetos especiales y, por último, uno dedicado a las actitudes más frecuentes presentadas por aquellos en relación con estos últimos.

En el cuarto capítulo se hace referencia a los conceptos básicos de la sexualidad en forma global. Se revisa el concepto de sexualidad, el desarrollo psicosexual y algunas manifestaciones de la sexualidad que considere claves para el presente trabajo. Incluye además algunas consideraciones sobre la normalidad y la anomalidad y la relatividad cultural.

La sexualidad de los sujetos especiales es estudiada en el quinto capítulo. Aquí se recopila una serie de observaciones hechas por distintos profesionistas en torno a la sexualidad del sujeto especial, los argumentos más recorridos para impedirles satisfacer su impulso sexual, el desarrollo psicosexual del niño y adolescente especiales y, por último las manifestaciones de la sexualidad del sujeto especial enmarcadas dentro de los límites ya especificados.

La presentación de los resultados se hace en el sexto capítulo. Estos consisten en un análisis integral tanto de entrevistas como de los capítulos cuarto y quinto que se refieren a la sexualidad de la población típica y a la sexualidad del sujeto especial respectivamente.

Por último, en el séptimo capítulo presento las conclusiones pertinentes al tema.

A raíz de estas observaciones surgieron muchas preguntas con respecto a la sexualidad del sujeto especial. Sin embargo, de entre todas estas, la que se refería a las actitudes de los padres adquirieron mayor relevancia pues parecía, que al fin y al cabo, cualquier decisión en torno al individuo especial era responsabilidad de aquellos.

Cuáles son los sentimientos y emociones subyacentes a la actitud sustentada por los padres? El conocimiento de estos contenidos es relevante pues a través de ellos podemos inferir cuáles son las motivaciones que dirigen sus comportamientos, la veracidad de los contenidos de su conocimiento, la influencia de sus sentimientos y la dirección de estos y, como último punto, en base a estos conocimientos planear las intervenciones necesarias para que padres e hijos armonicen sus necesidades mutuas en base al conocimiento, comprensión y respeto.

1.1. Problema.

Cuál es la actitud que los padres tienen hacia la sexualidad de sus hijos, niños y adolescentes especiales?

1.2. Tipo de estudio

Estudio de tipo exploratorio debido primordialmente a la escasa información que sobre el particular existe, especialmente dentro del ámbito nacional. Esta situación obliga un primer acercamiento que ayude a esclarecer puntos de interés para estudios posteriores.

1.3. Muestra.

Los sujetos que participaron en este estudio fueron cinco madres de familia, incluidas en el estudio por su disponibilidad ya que sus hijos, sujetos especiales de diferentes edades, sexo y problemática, estudiaban en una escuela de educación especial en Chalco Estado de México. Los datos de las madres entrevistadas se anotan a continuación:

Sujeto 1.

Nombre: Rosa. Edad: 38 años.
Escolaridad: 6o. de primaria.
Ocupación: Afanadora.

Estado civil: Separada.
 No. de hijos: 4

Sujeto 2.

Nombre: Teresa. Edad: 46 años.
 Escolaridad: 6o. de primaria.
 Ocupación: Hogar.
 Estado civil: Casada.
 No. de hijos: 3

Sujeto 3.

Nombre: Laura. Edad: 43 años.
 Escolaridad: 6o. de primaria.
 Ocupación: Afanadora.
 Estado civil: Casada.
 No. de hijos: 5

Sujeto 4.

Nombre: Sofía. Edad: 33 años.
 Escolaridad: Técnica comercial.
 Ocupación: Asistente de consultorio.
 Estado civil: Separada.
 No. de hijos: 4

Sujeto 5.

Nombre: María. Edad: 32 años.
 Escolaridad: 6o. de primaria.
 Ocupación: Hogar.
 Estado civil: Casada.
 No. de hijos: 2

1.4. Instrumento.

La técnica utilizada fue la entrevista convergente -en inglés Focused interview- cuyo procedimiento es como sigue: a) Se proporciona a las personas entrevistadas un "guión de entrevista", que en este caso fue un texto sencillo, elaborado por el investigador, cuyo contenido consistió en un ejemplo sobre "la sexualidad del sujeto especial". Este guión de entre-

vista tuvo como función específica servir de estímulo disparador del problema a tratar. b) Una vez que los sujetos terminan de leer el guión se procede a comentar el contenido de la lectura y, c) Del comentario general se pasa paulatinamente a la entrevista propiamente dicha. Se pregunta al entrevistado qué siente, cómo siente, porqué, etc., y la forma, desarrollo y profundidad de la entrevista se deja a criterio del entrevistador.

1.3. Categorías de análisis.

Los puntos que se seleccionarán como categorías de análisis se desprendieron fundamentalmente de tres fuentes: a) De las dudas y preocupaciones provenientes de los padres, b) De la observación personal y directa con sujetos especiales y, c) De la revisión bibliográfica. A continuación se enumeran las categorías y sus respectivas definiciones:

1.- Masturbación.

Conducta de gratificación autoerótica que tiene por objetivo liberar la tensión sexual. Y producir sensaciones placenteras.

2.- Relaciones sexuales y matrimonio.

Se entiende por relaciones sexuales no únicamente el coito, que constituye un simple segmento de la línea amplia, sino todo un conjunto de actitudes, gestos, entre personas del mismo o diferente sexo. Se incluyen dentro de esta categoría al matrimonio pues de encontró que se utilizan como sinónimos o no se consiben las relaciones sexuales sin matrimonio.

3.- Paternidad y maternidad.

Se trata de esclarecer cuál es el significado de ser padre o madre tanto en sujetos típicos como especiales. Cuáles son las caracte-

risticas de unos y otros, los problemas a los que se enfrentan y posibles soluciones.

4.- Anticonceptivos.

Esta categoría de análisis no es precisamente una manifestación de la sexualidad, pero sí es una respuesta a esta, de ahí su importancia. Los métodos anticonceptivos previenen un embarazo no deseado y pueden ser de acción hormonal (biológicos), mecánica (DIU), — local (ovulos, jalesas) y quirúrgicos (salpingoclasia y deferentoclasia) y naturales.

5.- Homosexualidad.

Atracción sexual y afectiva hacia una pareja del mismo sexo.

1.6. Procedimiento.

El estudio se realizó en dos fases: La primera de entrevista grupal y la segunda de entrevista personal. El objetivo de la primera fue la de esclarecer puntos de interés, tener un acercamiento general al tema, a las inquietudes de los padres y, por último, redefinir las categorías de análisis y, en general, para estructurar la entrevista personal. El procedimiento fue como sigue: Se reunieron a 10 padres de familia, se les explicó el motivo de la entrevista y, con ayuda de un dinámica elaborada para este propósito (ver en apéndice la dinámica "cámara de senadores"), se dividieron los temas en el total de los asistentes y se les dió un tiempo límite para proceder de acuerdo a la dinámica.

La segunda fase fue la entrevista individual. En esta se leyó al sujeto el guión de entrevista y del comentario general del contenido, se pasó a la investigación de la experiencia particular.

En la primera fase los padres escribieron sus propias respuestas. En la segunda se grabó casi totalmente las respuestas.

1.7. Resultados.

De la información obtenida de las entrevistas se realizó un análisis de contenido que corresponde a cada una de las categorías de análisis. Esto se llevó a cabo mediante la relación de los capítulos sobre las consideraciones de la sexualidad tanto de sujetos típicos como especiales y las verbalizaciones de los padres en las entrevistas.

BIBLIOGRAFIA

1

- (1) Summers F. Gans. Medición de Actitudes. México; ed. Trillas 1984 pp. 13 - 31.
- (2) Hollander, Edwin. Principios y Métodos de psicología social. Buenos Aires (Argentina); ed. Amarrutu editores, 1978 pp. 124 - 181.

2. CONSIDERACIONES GENERALES SOBRE SUJETO ESPECIAL

No son pocos los problemas que se presentan cuando hablamos de los sujetos especiales. Nos encontramos con una gran diversidad de opiniones que intentan acotar la múltiples facetas de esta condición. Los puntos en común son pocos.

Desde el inicio de la investigación se encontró que son variados los conceptos que hacen referencia a la misma condición: *Oligofrenia*, *idiotaz*, *subnormalidad*, *deficiencia mental* y *retardo mental*. Como puede observarse algunos de estos conceptos tienen un carácter ofensivo. Afortunadamente muchos de estos se encuentran en franco desuso por sus implicaciones peyorativas.

Por esta situación se eligió emplear el término sujeto especial, ya que contiene menos elementos ofensivos, al respecto la Dra. Etta Karp (1978) dice que hasta el término menos engañoso *-retardado-* resulta ser ofensivo, estigmatizante y destructivo para ese segmento de gente y agrega que aún cuando paradójicamente la American Association on Mental Deficiency conserva el nombre a centrado su atención en la abrogación de términos descriptivos pero discriminativos que afectan el proceso de igualación (1). De la misma forma se hará referencia a las características que son propias del sujeto especial como condición especial.

Resulta necesario resolver importantes interrogantes al respecto: ¿Qué es la condición especial? ¿Quién es el sujeto especial? ¿Qué factores intervienen en la etiología de esta condición?

Las respuestas a estas interrogantes no son fáciles de contestar ya que esta condición especial es compleja, multifacética, la cual no tiene un factor único que explique la variedad de reacciones conductuales del sujeto especial. (2)

Las polémicas giran en torno a si esta condición es estática, si es determinada únicamente por un bajo valor en el Cociente Intelectual (C.I.) o si la influencia de factores sociales, económicos y psicológicos son relevantes.

Al respecto la Dra. Etta Karp y colaboradores (1978) opinan que:

Como es visto ahora, la condición especial, puede incluir características médicas y neurológicas como una estructura anormal del cerebro, problemas en el desarrollo, desajuste social, incompetencia social y factores ecológicos, culturales, intelectuales y conductuales que pueden estar o no presentes pero que aún ninguno de esos puede ser considerado definitivo. Algunos expertos en el campo enfatizan la incompetencia social como el alpha y el omega del retraso mental. Otros aún vacilan en los viejos conceptos de inteligencia y otros en factores del desarrollo, pero no han designado aún una característica nuclear. Todo acuerdo es que esta condición puede estar aparentemente antes de la madurez y que algunos de los patrones conductuales mostrados por el sujeto especial pueden también ser vistos en muchos otros trastornos conductuales comúnmente encontrados en niños y adultos." (3).

2.1. Definición conceptual del sujeto especial.

La definición constituye todavía un problema. Son muchos y variados los conceptos que se utilizan para hacer referencia a la misma condición. Actualmente los de mayor uso son los de retraso mental y deficiencia mental; otros, que poco a poco van cayendo en desuso son los de idiotez, oligofrenia, imbecilidad y subnormalidad. Esto se debe principalmente al interés por desterrar aquellas expresiones ofensivas que influyen en la percepción y en el trato dado por la comunidad al individuo que es etiquetado como tal y del concepto que el mismo tenga de sí.

Por esto se emplea aquí la expresión sujeto especial en lugar de las ya anotadas. Cabe aclarar que toda la literatura existente al respecto, al estar enmarcada dentro de los conceptos arriba mencionados, hizo que inevitablemente en el transcurso de la exposición se emplearan pese a los esfuerzos por erradicarlos.

2.1.1 Primeras aproximaciones.

Los primeros intentos de los que se tiene referencia para definir al Sujeto Especial parten de Anthony Fitz en el año de 1534, quien al respecto dice:

"Es una persona que no puede contar o númeroar 20 peniques, ni puede decir quién es su padre o su madre, ni que edad tiene, de manera que parece que no ha comprendido, ni razonado lo que puede ser su beneficio o su pérdida" (4).

Helio Carpintero y M. Victoria del Barrio (1979) citan al Dr. Jean Marc Gaspard Itard (1774-1838), quien destaca por sus trabajos con el Niño Salvaje del Aveyron. Este autor conjuga los factores de insuficiencia biológica con la acción posibilitadora de la sociedad. Las conclusiones a las que él llega después de los trabajos con el Niño el Aveyron son las siguientes: Que el hombre en un estado "natural" es inferior a muchos animales, en donde la persona se caracteriza por un estado de incapacidad y barbarie en el cual arrastra miseramente, sin inteligencia y sin afectos una vida precaria, reducida a las funciones de la animalidad y que la superioridad moral que se pretende conatural al hombre no es sino resultado de la civilización y que el hombre es principalmente historia y no meramente naturaleza.

De las afirmaciones del Dr. Itard se desprenden importantes consecuencias, la más importante es que la situación del sujeto especial, al estar condicionada por el aprendizaje y el desarrollo social, aparece como modificable. De hecho muchos de los procedimientos empleados por el Dr. Itard con el Niño del Aveyron parecen hoy propios de una psicología de la modificación de la conducta.

Por último el Dr. Itard caracteriza al Niño del Aveyron de la siguiente manera: costumbres sociales, desvío de la tensión, rigidez de los órganos sensorios y una sensibilidad notoria.

Estos autores consideran que lo dicho por el Dr. Itard constituye

un diagnóstico y supone las correspondientes medidas terapéuticas: socializar al niño, restaurar su sensibilidad, ampliar sus necesidades y obligar e imitar para llegar por fin al lenguaje y en general procurar transferencias de unos aprendizajes a otros. (5)

Estos mismos autores mencionan al Dr. Eduard Seguin, (1812-1890) quien emigró a Estados Unidos desde Francia en 1848 para promover la creación de la American Association on Mental Deficiency, quien define a la idiocia de la siguiente manera:

"Enfermedad del sistema nervioso que tiene como efecto radical la separación de toda o parte de los órganos y facultades del niño de los controles regulares de su voluntad, lo que le entrega a sus instintos y lo separa del mundo moral. El idiota típico es un individuo que no conoce nada, no piensa nada y no quiere nada" (6)

John Looch en 1860 diferenció a los locos de los idiotas, describiendo a los primeros como personas que podían razonar pero erróneamente y como idiotas a quien no tiene en absoluto la capacidad de razonar. (7)

Samuel M. Howe (1801-1825) primer director de la Perkins School for the Blind, vio a la debilidad mental como:

"Un resultado degenerativo, como efecto de una violación de las condiciones naturales normales del ser humano." (8)

En las definiciones anteriores se puede observar que las diferencias en el énfasis que se hace entre los factores sociales, mencionados por Itard y los biológicos, enfatizados por Howe y Seguin.

Dentro de esta última corriente se encuentra la definición propuesta por Ireland en 1900, quien define a la idiocia de la siguiente forma:

"Deficiencia mental o estupidez externa provocada por la mala alimentación o enfermedades de los centros nerviosos, que se produce antes del nacimiento o durante el desarrollo de las facultades mentales en la infancia." (9)

Por otra parte Down en 1866 describe el mongolismo como un "Síndrome biológico de regresión" (10), afirmación que concuerda con la aparición del evolucionismo encabezado por Darwin, en donde enfatiza el papel de la herencia en la génesis de muchas de las dolencias humanas. Dentro de esta línea se sitúan los trabajos de Sir Francis Galton (citado por Forrest, D. W. Francis Galton. "The Life and Work of a Victorian Genius. New York, ed. Taplinger, 1974, p. 91) quien dice:

"Los hombres eminentemente dotados se elevan por encima de la mediocridad tanto como los idiotas se hallan de bajo de ella. Si

el genio es hereditario también parece que lo es la debilidad, y por eso se necesita una política fundada sobre la eugeneia si se quiere evitar el riesgo de una sociedad de débiles mentales asentada en el poder." (11)

Este énfasis en la influencia de la herencia en la determinación de la inteligencia tiene sus consecuencias y - al decir de Hernández Heida Otero y Angel Otero (1981) - qué cara habría de costar a muchos seres humanos esta afirmación, ya que el exterminio de muchos hombres tuvo como pretexto ésta "alana eugénica". (12)

Este punto de vista es apoyado por Henry H. Goddard (1866-1957) quien a partir de sus trabajos en la Vineland Training Scholl con niños Especiales establece que "solo un porcentaje muy pequeño de niños hace algún progreso mental, lo que -según él- no resulta significativo. Reconoce la diferencia que hay entre aumentar ciertos hábitos (trainability) y aumentar la puntuación del Cociente Intelectual." (13)

Al respecto Goddard - citado por Hernández Heida y Angel Otero (1981) - añade: "el deficiente que se ha detenido en la edad de ocho años permanece con la mentalidad de ocho años un año tras otro. A medida que los años pasan no puede aprender a hacer cosas que requieran una inteligencia de nueve o diez años; porque nunca llega a tener tanta inteligencia, pero no hay límite respecto al número de cosas de ocho años que puede aprender a hacer." (14)

Helio Carpintero y M. Victoria del Barrio (1979) resumen -citando a Hunt - que "las dos convicciones que han denominado en el campo de la inteligencia desde finales del siglo pasado hasta la segunda guerra mundial han sido estas dos, estrechamente relacionadas: la creencia en la inteligencia fija y la admisión de un desarrollo predeterminado en lo intelectual." (15)

Las anteriores referencias constituyen para nosotros el final de una primera época de investigación del sujeto especial. No se puede negar, sin embargo, que todavía hoy en día prevalece la noción de que la condición especial es tal únicamente por bajo valor en el Cociente Intelectual.

2.1.2. Las nuevas aportaciones

Las aportaciones realizadas por Doll (1941) y la American Association on Mental Deficiency (AAMD) amplían los factores para tipificar la condición especial.

Los indicadores que propone Doll son los siguientes:

- 1) Incompetencia Social: Incapacidad funcional para manejar los propios asuntos con la prudencia necesaria, mantenerse económicamente, sin la ayuda excesiva de otros; cumplir con las responsabilidades ordinarias de todo ciudadano.

- 2) Subnormalidad Mental: Grado de inteligencia tan bajo como para que sea probable la incompetencia social, tal como fué definida arriba, esa incompetencia que no es resultado de incapacidad física, inválidez o circunstancias socioeconómicas desafortunadas.
- 3) Retardo en el Desarrollo: Detección del desarrollo mental con el fin de discernir entre la incompetencia por deficiencia mental y la dubida a insanía o epilepsia.
- 4) Afección obtenida en la maduración: Una afección que es esencialmente incurable o irremediable, la cual no se ha incrementado y no es esencialmente alterada por tratamiento, reeducación o circunstancias socioeconómicas favorables excepto por la formación de hábitos y actividades de rutina.
- 5) De origen constitucional: Una condición que tiene sus raíces en la falta hereditaria de potencial para alcanzar el desarrollo normal, o en hechos desfavorables (trauma, enfermedad, privaciones) los cuales afectan el organismo físico haciendo improbable el desarrollo normal.
- 6) Incurabilidad: Una condición que es esencialmente inmodificable en sus manifestaciones orgánicas. (16)

Por otro lado la definición propuesta por la AAYD es la siguiente:

"La deficiencia mental se refiere a un funcionamiento intelectual por debajo de la norma general, originado durante el período del desarrollo y que está asociado a un impedimento en la conducta adaptativa." (17)

La conducta adaptativa se manifiesta a través de tres procesos: maduración, aprendizaje y ajuste social. El Instituto Mexicano de Psiquiatría hace referencia a estos procesos en los siguientes términos:

"La maduración se refiere al desarrollo de capacidades sensoriomotoras como sentarse, caminar, hablar... este es el criterio principal de conducta adaptativa durante los años preescolares. El aprendizaje en su aceptación de habilidades para adquirir conocimientos, alcanza la mayor importancia en el período escolar... durante la vida adulta el ajuste social es el proceso que juega el papel principal y este es definido como la capacidad para mantener relativa autonomía e independencia en la comunidad mediante el trabajo remunerado, y la habilidad para adaptarse a las responsabilidades personales y sociales según las reglas establecidas." (18)

Ninguna de las definiciones anteriormente expuestas han estado exentas de críticas; tanto aquellas que hacen énfasis en el deterioro

del Cociente Intelectual, como las que incluyen criterios educacionales y sociales han sido criticadas arguyendo que no todos esos elementos son necesarios ni suficientes.

El criterio de la Inteligencia fue severamente criticado en 1958, por Anne Clarke diciendo, acerca de la pretendida relación entre la inteligencia y la conducta social que estas no guardan una relación perfecta y que el cociente de inteligencia no es fiable, ya que el mismo cociente intelectual en diferentes pruebas puede no significar lo mismo y el cociente intelectual no es siempre constante.

Al Criterio Educacional se objeta que en primer lugar existe una gran variabilidad individual según el grado de instrucción escolar y en facultad de aprender determinados temas, y en segundo lugar, mucha gente, aún cuando no ha cursado los mínimos grados de instrucción escolar demuestra capacidad para ganarse la vida, proteger sus intereses y bastarse a sí mismo.

El mantenimiento de la existencia constituye el supuesto fundamental del Criterio Social, objetivo que se logra mediante la planificación de la inteligencia y el aprendizaje del control de impulsos emocionales. La objeción fundamental a esta afirmación consiste en que no podemos tomar como criterio de normalidad el mantenimiento de la existencia ya que esto no depende totalmente del individuo, sino que necesariamente se ve incluida por la naturaleza del medio ambiente. (19)

Como puede observarse ninguna definición resulta plenamente satisfactoria. Evidentemente no todas las críticas son objeciones vanas ya que cuestionan la existencia de los presupuestos teóricos, con el afán de aumentar la objetividad de nuestro conocimiento.

En el trato directo con sujetos especiales, hemos podido observar las características que las definiciones describen: deficiencias en el cociente intelectual, fallas en el aprendizaje, alteraciones de la conducta adaptativa (maduración, aprendizaje y ajuste social), alteraciones en el lenguaje, labilidad emocional, fallas en la atención, etc.

Con la definición que se propone a continuación no se intenta dar un giro radical, sino conjugar los siguientes elementos: a) Los factores propuestos por Doll y La AFD; b) Definición de AFD y c) Conducta adaptativa: Maduración, aprendizaje y ajuste social.

Un Sujeto Especial es aquel que por diversos motivos —fisiológicos, hereditarios o genéticos, psicológicos y culturales— en el inicio de su vida o en el curso de su desarrollo adquiere un retraso de su funcionamiento general que involucra la totalidad de su personalidad en los aspectos biológicos, sociales y psicológicos, que lo colocan en desventaja con los sujetos de su misma edad cronológica. Requiriendo por tanto, de atención especializada, con miras al tratamiento y rehabilitación, que potencie sus capacidades para adaptarse a las exigencias de la sociedad en que se desenvuelve.

2.2. Clasificación

Los acuerdos acerca de la clasificación de la condición especial no son universales, debido principalmente a la gran gama de factores que lo constituyen y los intereses múltiples que giran en torno a ésta. Al respecto el Dr. Liley (sin fecha) dice que "la validez o utilidad de cualquier clasificación debe estar relacionada con su objetivo. Por lo tanto la clasificación más útil para el médico que pretende establecer un diagnóstico y explicar la causa de retraso mental de un enfermo, que sería como una lista de chequeo mental, no parece ser necesariamente la más útil para el administrador de salud que se ve obligado a tomar decisiones realistas en la estrategia preventiva." (20)

El Dr. Liley, al revisar las diferentes clasificaciones encuentra que son de seis tipos:

- 1.- Etiológica.
- 2.- Cronológica.
- 3.- Por importancia numérica (incidencia).
- 4.- Según el tipo de Intervención (planificación).
- 5.- Por la practicabilidad de la Prevención.
- 6.- A efectos de Orientación, aprendizaje y entrenamiento. (21)

2.2.1. Clasificación por Etiología.

Dentro de esta clasificación la condición especial es considerada como resultado de algún proceso de enfermedad o condición médica. La causa es determinada por la detección de un agente nocivo (por ejemplo anomalías cromosómicas en el Síndrome de Down), o de síntomas típicos de la enfermedad.

Para el Dr. Liley la clasificación etiológica podría ser:

- Cariotípica y genética, Síndrome de Down.
- Nutricionales y Metabólicas, cretinismo endémico, Kernicterus.
- Infecciones, embriopatía rubélica, encefalopatía, sarampión.
- Anomalías del desarrollo, defectos del tubo neural, craneosinostosis.
- Físicas y Químicas, encefalopatías por plomo, radiaciones en el feto.
- Asfícticas, asfixias del parto, ahogo parcial.
- Traumáticas, traumatismo del parto, traumatismos craneoencefálicos.
- Socio-económicas, privación familiar y cultural.
- Neoplásticas, etc.

Las ventajas y desventajas son resumidas por el Dr. Liley de la siguiente forma:

Ventajas: Por medio de esta clasificación podemos comprender o explicar las causas al tiempo de considerar un diagnóstico que incluye indicaciones de tratamiento. Por otra parte, su utilidad respecto a otro tipos de clasificación es importante para la planeación de programas.

mas preventivos y para la canalización de recursos a problemas prioritarios.

Desventajas:

a) **Especificidad:** Algunas etiquetas etiológicas tienen una relación causal altamente específica con el retraso mental, mientras que otras, como la privación socio-económica se asocian con el retraso mental de forma estadísticamente vaga. También algunos diagnósticos como 'preaturación, traumatismo del parto y asfixia del parto' son mezcladas con un número considerable de influencias adversas; estas etiquetas sirven más para disfrazar a la ignorancia que para facilitar información, cuando tenemos ideas poco claras sobre cómo estos factores deberían ser cuantificados.

b) **Penetrancia o regularidad de asociación con retraso mental:** algunas causas de retraso, por ejemplo, las trisomías, están regularmente asociadas con el mismo, otras, como la rubéola congénita, defectos del tubo neural, etcétera, no lo están. Ciertos diagnósticos como la asfixia perinatal, bajo peso al nacer y traumatismo craneal causan solamente algunas víctimas aisladas. La incidencia de retraso mental, está aumentada en estos casos, sin embargo la mayoría de los sujetos afectados resultan sin daño a largo plazo presentando coeficientes intelectuales normales.

c) **Gravedad:** Aún cuando la asociación de retraso con un grupo de causas sea específico y regular, la gravedad puede ser distinta según la etiología, por ejemplo, las trisomías autosómicas de moderadas a severas; las trisomías de los cromosomas sexuales son generalmente leves y muchas veces indistinguibles de la población normal.

2.2.2. Clasificaciones Cronológicas.

Las interferencias en el sano desarrollo del niño pueden ocurrir antes de la concepción, en el momento de la concepción, después del nacimiento, etcétera. Las clasificaciones cronológicas pueden ser de varios tipos, por ejemplo:

a) **MOMENTO DE ACTUACION DEL FACTOR DE RIESGO O DE INSTAURACION DEL DAÑO.**

Esta escala abarca desde el momento de la concepción hasta la vejez.

b) **MOMENTO EN EL QUE EL DIAGNOSTICO ES REALIZADO O PUEDE SER HECHO**

Esta escala se parece a la anterior pero empieza en la primera etapa de la gestación.

c) **MOMENTO EN EL QUE SE PUEDEN O DEBEN TOMAR LAS MEDIDAS PREVENTIVAS.**

Esta escala empieza antes de la concepción.

Como se puede apreciar, esta clasificación abarca el ámbito del diagnóstico y la investigación y sirve para programas preventivos, que podrían evitar muchas cosas si se diseñaran en base al conocimiento del momento en que se opera el factor de riesgo y en el momento en el

cual puede realizarse un diagnóstico temprano.

2.2.3. Clasificación según la Incidencia.

Según Liley, esta es una clasificación epidemiológica en donde las situaciones frecuentes van primero y las menos frecuentes van después. Tiene sus fundamentos en investigaciones estadísticas; su valor reside en los datos que nos proporcionan con miras al establecimiento con miras al establecimiento de programas, tanto de instituciones particulares como gubernamentales.

2.2.4. Clasificaciones según el tipo de Intervención.

Liley señala que estas clasificaciones ayudan a planificar los requisitos y la distribución de los recursos humanos y materiales y a utilizarlos eficazmente a medida que van estando disponibles.

De esta forma se puede planear un programa que contemple dos factores: El tipo de intervención necesaria y las estrategias propias de cada tipo de intervención. Así, por ejemplo, dentro de un campo estrictamente educativo pueden implementarse programas a nivel institucional y nacional, por medio de campañas publicitarias, sobre los efectos del alcoholismo y las lesiones infantiles en la génesis de la condición especial. De la misma manera, en el campo médico, el seguimiento estricto del progreso del embarazo, la oportuna detección de hábitos negativos en los padres (mala alimentación, consumo de drogas etc.) pueden evitar riesgos innecesarios.

Según el mismo autor esta clasificación necesita de ciertos requisitos:

En 1er. lugar la especificidad ya que: "Algunas áreas de intervención como por ejemplo el entrenar mayor número de cuadros, el mejorar este entrenamiento y el distribuirlos estratégicamente son medidas generales con beneficios generales. Otras medidas, como por ejemplo la inspección de los desperdicios industriales apenas requeriría un pequeño cuadro de personal, pero sería altamente eficaz para una pequeña cantidad de condiciones específicas como es el envenenamiento por plomo y en segundo la inercia o rapidez de la eficacia pues las medidas que requieren educación del público tienen una inercia elevada y no dependen apenas de la intensidad del esfuerzo educativo; influyen en el nivel socio-económico y educacional, la distribución de la población en el grado del analfabetismo y acceso a la radio, TV, etcétera. Por contraste algunas medidas legislativas como la utilización obligatoria del casco para motociclistas podrían ser tomadas de un día a otro y ser controladas, y cuanto más energicamente, mejor". (22)

2.2.5. Clasificación por la practicabilidad de la Prevención.

Como su nombre lo indica, es una clasificación eminentemente preventiva. Para llevar a efecto la prevención deberán considerarse dife-

ntes criterios, que pueden ser de origen moral, social, económico, etc. Para el Dr. Liley la prevención debe ser:

- Técnicamente posible.
- Clínicamente segura y razonable.
- Factible en cuanto a recursos existentes.
- Eficaz epidemiológica y económicamente.
- Socialmente deseable o aceptable.

2.2.6. Clasificación para efectos de Orientación y Adiestramiento.

Tanto esta clasificación, como las dos que siguen, están contempladas por el Dr. Guillermo Coronado (1984) quien opina que esta clasificación se apega a los objetivos de aquellos profesionales -psicólogos, pedagogos- cuya función se relaciona con la modificabilidad de la conducta del sujeto especial. Evidentemente aquí importa más la gravedad de la condición especial, para fines de pronóstico, que la etiología misma. Tanto esta, como las demás clasificaciones no pueden (o no deberían) funcionar aisladamente, ya que unas sirven de apoyo a otras, y en todo caso, todas están destinadas a ofrecer mejores servicios a los sujetos especiales.

Para propósitos de orientación son importantes los siguientes aspectos:

- a. La Gravedad.
- b. La salud Física y la esperanza de vida,
- c. Si el retraso es progresivo o estacionario,
- d. Si el retraso es global o específico,
- e. Si el retraso es aislado o complicado, por ejemplo: a causa del
 - pérdida sensorial como sguera o sordera, de un
 - defecto físico, de
 - epilepsia, de
 - anomalías cardíacas o respiratorias asociadas a otras restricciones de la actividad o la movilidad o conductas desatara, destructividad, etc.

La interacción de los factores arriba señalados determinan en gran medida la situación del Sujeto Especial, ya que si conserva un buen estado de salud física, es decir no tiene problemas concomitantes de pérdida sensorial, epilepsia, etcétera, su pronóstico puede ser mucho más favorable, que el de aquél aquejado por diversas dolencias físicas o psicológicas.

2.2.7. Clasificación por la Evaluación del Cociente Intelectual (C.I)

Otro tipo de clasificación es la que toma como único parámetro la evaluación del Cociente Intelectual (C.I.). Esta Evaluación se lleva a cabo mediante la aplicación de Test Psicológicos, los cuales miden diferentes aspectos de la Inteligencia.

Según al parecer del Dr. Coronado (1984) las pruebas más conocidas

para la evaluación de la Condición Especial son las siguientes:

Clasificación por medio de la prueba de TERMAN-MERRILL.	
Inteligencia muy Superior	C.I.=130
Inteligencia Superior	C.I.=127 a 120
Inteligencia Normal Brillante	C.I.=119 - 110
Inteligencia Normal	C.I.= 109 - 90
Deficiencia Mental de Frontera o limitrofe	C.I.= 89 a 80
Deficiencia mental subnormal	C.I.= 79 a 70
Deficiencia mental superficial	C.I.= 69 a 50
Deficiencia mental media	C.I.= 49 a 30
Deficiencia mental profunda	C.I.= 29 a 0

Según la Octava Revisión de la International Classification of Diseases (1969), de la Naciones Unidas, dicha clasificación es así:

Deficiencia Mental de Frontera	C.I.= 85 a 68
Deficiencia Mental Media	C.I.= 67 a 52
Deficiencia Mental Moderada	C.I.= 51 a 36
Deficiencia Mental severa	C.I.= 35 a 20
Deficiencia Mental Profunda	C.I.= 20 a 0
Deficiencia Mental Inespecífica	C.I.= _____

Los investigadores D. Pitt, P. Roboz y Edith Kohn, de Australia (1975) modifican la anterior clasificación y proponen la siguiente:

	ESC DE BINET-LM	ESC DE WECHSLER
	C.I.	C.I.
1.- De frontera	83 a 68	84 a 70
2.- media	67 a 52	69 a 55
3.- moderada	51 a 36	54 a 40
4.- severa	35 a 20	39 a 25
5.- profunda	20 a 0	25 a 0

2.2.8 Clasificación por grados de profundidad de la Condición Especial.

El Dr. Coronado (1984) propone la siguiente clasificación:

1. Deficiencia mental de 1er. grado (educables)	C.I.= 95 a 66
2. Deficiencia mental de 2o. grado (entrenables)	C.I.= 65 a 31
3. Deficiencia mental en 3er. grado (de custodia)	C.I.= 30 a 0

A su vez, para el mismo autor, la deficiencia mental de 1er. grado (educables) se subdivide en:

a) Deficiencia mental de frontera	C.I.= 95 a 91
b) Deficiencia mental subnormal	C.I.= 90 a 81
c) Deficiencia mental superficial	C.I.= 98 a 66

La deficiencia mental de 2o. grado (entrenables) comprende:

a) Deficiencia mental media	C.I.= 65 a 51
-----------------------------	---------------

b) Deficiencia mental severa o semiprofunda

C.I. = 50 a 31

Mientras que la deficiencia mental de Ser. grado (de custodia) comprende solo la deficiencia mental profunda

C.I. = 30 a 0

(23)

2.2.9. Clasificación Conductual Adaptativa.

Esta clasificación propuesta por la Dr. Etta Karp y colaboradores se basa tanto en deficiencias en la inteligencia como en la conducta adaptativa. Mas arriba se propuso una clasificación en base a los valores del C.I., por tanto la atención se centrará en el concepto de la Conducta Adaptativa, que se define como la forma en que el individuo se enfrenta con las demandas naturales y sociales de su desarrollo.

La conducta, dentro de este sistema clasificatorio, es ahora el principal factor de evolución. Esta evaluación, al parecer, comporta menos problemas que la medición del C.I., ya que es observable y puede medirse directamente. De estas afirmaciones se desprenden implicaciones prácticas, ya que el objetivo es investigar prácticamente dónde una habilidad es aceptable o apropiada en la vida diaria y esto es más importante que el funcionamiento intelectual.

Los criterios que conforman la conducta adaptativa fueron desarrollados en 1961 por la AADM y son los siguientes:

1. Funcionamiento Independiente. Este término puede ser entendido como la habilidad individual para llevar a cabo felizmente cierto tipo de actividades para la sociedad, en relación con las necesidades de sobrevivencia de esa comunidad y en relación a las expectativas típicas de ese grupo de edad.
2. Responsabilidad Personal. Entiéndese como la voluntad del individuo para realizar, por sí mismo, actividades demandadas por la comunidad, es decir la capacidad en pequeño, para responder personalmente por su conducta.
3. Responsabilidad Social, que puede ser definida como la posibilidad para aceptar responsabilidades como miembro de un grupo, para llevar a cabo la conducta apropiada de acuerdo a las expectativas del grupo. Este concepto está reflejado en niveles de conformidad, creatividad, ajuste social y madurez emocional. A esto deberíamos agregar algunas consideraciones de responsabilidad cívica y de una parcial o completa independencia económica.

La conducta que la sociedad demanda del sujeto especial, se conformará en la medida en que éste madure y adquiera ciertos hábitos paulatinamente, en la casa y en la escuela. Y según Etta Karp y colaboradores (1973) las demandas de una comunidad dada, esto es, las bases sociales sobre las cuales una comunidad tolerará a un sujeto especial, pueden por supuesto variar dependiendo de factores geográficos, culturales, económicos y hasta políticos". (24)

2.3. Evaluación.

2.3.1. Evaluación Vs. Diagnóstico.

Muchos conceptos provenientes del campo médico se han incorporado a la práctica psicológica aún cuando no sean los más apropiados. Uno de ellos, y con el cual están más familiarizados los profesionales en salud es el concepto de diagnóstico.

Este término, introducido generalmente por la medicina, tradicionalmente significa la identificación de una enfermedad a partir de sus signos y síntomas. El diagnóstico sirve al médico para etiquetar al paciente dentro de una categoría determinada y encontrar un tipo de tratamiento que corresponda al diagnóstico. Esta aproximación es inadecuada, tanto en la valoración de la Condición Especial, como en muchas otras condiciones biosociales, especialmente para el psicólogo.

Etta Karp y colaboradores (1978) explican que el concepto de diagnóstico lleva implícita la noción de una causa única y que la multiplicidad de factores etiológicos y la variedad de individuos que caen dentro de esta amplia categoría excluyen una única aproximación; por lo anterior se a decidido emplear aquí el término de Evaluación cuyas funciones básicas son la clasificación, programación, toma de decisiones e intervención. (25)

2.3.2. Evaluaciones Típicas.

Como es de esperarse ante una condición tan polimorfa, no existe un solo tipo de evaluación, y estas se realizan en función de los objetivos implícitos, ya sean para efectos de prevención, orientación, adiestramiento, etc.

Las siguientes constituyen las evaluaciones más comunes:

Examen Médico.

Generalmente es el médico familiar quien vigila el correcto progreso del embarazo de la madre, quien tiene el primer contacto con el recién nacido y, quien en un primer momento puede identificar las formas más obvias que se asocian físicamente con la Condición Especial.

El examen médico debe realizarlo primariamente un pediatra esta exploración está referida a 4 tipos:

- 1.- Examen morfológico relativo a la existencia de posibles lesiones o signos de deficiencia.
- 2.- Localización mediante Estudio Clínico de posibles malformaciones (cardíacas, genitales, digestivas).
- 3.- Exploración sensorial destinada a detectar problemas auditivos, visuales o del lenguaje.

4.- Examen neurológico: Alteraciones encefálicas, medulares, etc. (26)

Evaluación Psicológica.

Antes de enumerar los diferentes test psicológicos que se emplean para la valoración de la Condición Especial, cabe señalar algunas aclaraciones pertinentes.

Determinantes Múltiples.

A lo largo de la presente exposición se ha hecho énfasis en la variedad de factores que intervienen en la etiología y desarrollo de la Condición Especial y en la inutilidad de acercamientos unilaterales. Por tanto para una evaluación certera debemos contar con diversos indicadores, que en su conjunto sean considerados como representativos de la condición especial.

Para un psicólogo que engloba el funcionamiento individual en una totalidad, un factor aislado no puede ser considerado como causa primaria. Todos los factores se encuentran en constante interacción. La morbilidad somática o etiológica ofrece poco para el entendimiento de la condición especial.

La aceptación de causas múltiples ha dado como resultado que se consideren nuevos métodos de evaluación. Esta última como es usada hoy, enfatiza la precisa y detallada descripción de la conducta actual; y para que un programa individual sea efectivo debe también prever procedimientos para controlar el progreso del tratamiento y valorar la conducta del sujeto después del mismo. (27)

Los test y su valoración.

El test está hecho tomando en cuenta una valoración, pero la evaluación no necesariamente resulta de la puntuación del test.

Generalmente no tenemos una apreciación de las reacciones de un individuo en una aplicación de pruebas. En la práctica el psicólogo se vale de la observación en varios lugares, reúne información acerca de cómo fue y cómo es el individuo y cuidadosamente señala sus interacciones sociales y las perturbaciones de su medio ambiente.

En esta aproximación el sujeto no es visto como un ente pasivo, sino como un individuo que responde a su esquema propio de desarrollo. La premisa básica de este sistema consiste en que la conducta individual, puede ser cambiada por la adquisición de estilos adaptativos, los cuales no dependen de sus causas o del diagnóstico de su estado interno. Consecuentemente se reducen los efectos restrictivos resultados de la categorización y etiquetamiento.

En la práctica de la evaluación hay ciertas tendencias evidentes: a) Reconocimiento de la variabilidad en cuanto a patrones culturales y del lenguaje; b) Integración de diferentes puntos de vista en cuanto a prácticas educativas y filosóficas y, c) Intentos por responder a las presiones ejercidas por grupos organizados para modificar las prácticas existentes a través de legitimaciones y acciones de organizaciones profesionales.

La evaluación psicológica se lleva a cabo mediante una batería de pruebas que informen sobre las habilidades verbales, no verbales, perceptuales, motrices y características de personalidad. Los test pueden ser útiles si conocemos sus puntos fuertes y débiles y cuando se utilizan es necesario saber cuáles son sus principios básicos y su aplicación.

Existen dos premisas básicas referentes a la aplicación de los test psicológicos:

La primera, atañe a la habilidad y los conocimientos suficientes del psicólogo en relación a la aplicación de los test, su calificación y análisis. El psicólogo observa la conducta y determinará cuáles y en qué grado, esos segmentos de conducta, son representativos de área que está evaluando. La observación es más útil cuando se extiende por un determinado tiempo en una amplia variedad de lugares.

La segunda, premisa supone la elección apropiada de los test. Los sujetos son expuestos a procesos de socialización y culturización diversos, que acarrearán diferencias básicas en cuanto a la crianza infantil, aspiraciones, experiencias lingüísticas y aprendizaje. Por tanto la selección de los test deberá depender de la región geográfica y de los sujetos a quienes se apliquen.

Junto a la evaluación de la conducta, en términos de normas grupales o muestras estandarizadas, la evaluación puede también concentrarse en criterio de referencia conductual. Podría ser más importante saber que una persona no puede amarrar sus zapatos o dibujar una línea horizontal que saber que se encuentra en el décimo percentil de la norma del grupo.

Las medidas de los criterios de referencia conductual pueden ser útiles por específicos, porque se fijan en conductas relevantes y porque pueden ser interpretados en términos de una ejecución estándar. Bajo estas condiciones pueden proporcionarnos información más precisa de lo que el niño o el adulto pueden o no hacer, y puede verificar la velocidad del progreso en adquirir una conducta apropiada o importante, sin embargo el evaluador deberá proceder con cautela, en su uso, porque su confiabilidad y validez pueden ser problemáticos. Más aún estos patrones son usados para desarrollar ejecuciones específicas estándar o metas apropiadas, incrementándolas y no eliminando el su trato socio-cultural. (28)

Test Psicológicos.

Para la evaluación diagnóstico el Dr. Coronado (1984)

propone las siguientes pruebas psicológicas:

A. INTELIGENCIA.

Terman Merrill Rev. 72. Escala de WISC o WISC-R.
Figura Humana de Goodenough.

B. COORDINACION.

Test de Bender Gestalt. Viso Perceptual.

C. EVALUACION DE APTITUDES ESPECIALES.

1. Estudio Psicológico de diagnostico diferencial.
Deficiencia Mental Bateria Gruesa.

a) Percepción Visual.
Prueba de Percepción Visual de Marianne Frostig.

b) Examen Psicomotor.
Escala Combinada de Otserski-Guillmain.

c) Evaluación Psicodinámica de rasgos de personalidad.
Dibujo figura humana, de E. Koppitz.
Test de la Familia de Louis German.

2. Psicodiagnóstico de Personalidad.
Bateria Fina.

a) Interpretación de Dibujo Libre.

b) Test de Apercepción Temática Infantil.
CAT XS
CAT H

c) Interpretación del dibujo de la Figura Humana.
Como Test Proyectivo.

d) Psicodiagnóstico Infantil de Rorschach.

e) Entrevista Clínica Complementaria.

Etapas de la Valoración Psicológica

A. La Valoración Psicológica.

1.- Elección de los materiales o test Psicológicos.

a) Entrevista Psicológica

2.- Aplicación de los Test Psicológicos.

3.- Evaluación: cuantitativa y cualitativa de los mismos.

4.- Integración Diagnóstica.

a) Informe Psicológico.

B. Integración Diagnóstica.

Con los datos obtenidos anteriormente (entrevista-batería) puede realizarse ya un "diagnóstico diferencial".

El psicólogo debe tomar en cuenta los informes de:

- a) El estudio médico de los diferentes especialistas.
- b) El Trabajo Social
- c) El estudio a nivel Pedagógico.
- d) Los estudios de laboratorio, sobre todo el estudio electroencefalográfico.

C. El tratamiento Psicológico.

La integración del informe psicológico toma dos formas diferentes:

- 1a. Representación esquemática de tipo Cuantitativo.
- 2a. Descripción Cualitativa.

En la práctica la labor de psicólogo no solo atañe a la evaluación sino al tratamiento directo del sujeto especial en las áreas de adaptación al medio ambiente, para asegurarle mayor salud mental y cierto grado de equilibrio psíquico para él y su familia. (29)

Evaluación desde el punto de vista del Análisis Conductual Aplicado.

La evaluación de la condición especial dentro del sistema del análisis conductual aplicado, se lleva a cabo en términos estrictamente funcionales. La diferencia básica entre los esquemas tradicionales y este enfoque estriba principalmente en que los primeros tienen una valoración de tipo estructural, es decir, "agrupan una serie de fenómenos según su semejanza formal y les ponen rótulos....y en la valoración funcional lo que importa es detectar los factores que controlan o producen el fenómeno que se clasifica. (30)

Para el diagnóstico funcional de la condición especial, Emilio Rives Riestra (1990) dice:

"Es necesario efectuar un análisis de los repertorios de entrada que posee el sujeto, averiguar cuáles son los factores ambientales que los controlan, saber ante qué reforzadores responde, y lo más importante de todo, señalar cuáles habrán de ser las conductas establecidas. Se carece por completo de rótulos, pues no interesa darle un nombre al problema, sino determinar sus causas funcionales". (31)

La evaluación funcional se compone de 3 pasos:

- 1.- Determinación de la conducta actual del sujeto o repertorio de entrada. Si sabemos las conductas adoptadas por un sujeto, podemos planear todo un programa de rehabilitación, o programa protésico (intervención de medio ambiente), que busque suplir cada una de las diferencias del sujeto y sus carencias conductuales. Es necesario saber qué es lo que el sujeto hace y qué es lo que no hace.
- 2.- Causas que Mantienen el Déficit.
Al dar por supuesto la existencia de un daño biológico permanente, deberá identificarse si es el medio ambiente quien no procura los estímulos y reforzadores necesarios o si hay excesivo uso de estimulación aversiva, etc.
- 3.- Identificación de conductas problemáticas.
Aquí nos referimos a aquellos comportamientos que alejan al individuo de las formas positivas de estimulación social. (32)

BIBLIOGRAFIA.

2

- (1) Karp Etta, Morgenstern M., y Michel-Smit Hérol. "Diagnosing Mental deficiency". Nolan B.B. Clinical diagnosis of mental retardation. New York, USA, Ed. Plinius Press, 1978 p. 709.
- (2) Idem p. 710.
- (3) Idem.
- (4) Hernandez Heida Elias y Otero O. Angel. "Patronica General del Retraso Mental". Revista del Hospital Psiquiátrico de la Habana. volumen XXXII, No. 4, octubre-diciembre 1981. Cuba. p. 595.
- (5) Carpintero Helio y Barrio M. Victoria del. "Notas sobre las interpretaciones históricas del retraso mental". Análisis y modificación de conducta. Madrid 1979, vol. V, No. 10, p. 399.
- (6) Idem. p. 341
- (7) Op. Cit. Hernandez Heida E. y Otero O. A. p. 595
- (8) Op. Cit. Carpintero Helio y Barrio M. p. 342.
- (9) Op. Cit. Hernandez Heida E. y Otero O.A. p. 596.
- (10) Op. Cit. Carpintero Helio y Barrio M. p. 343.
- (11) Idem.
- (12) Op. Cit. Hernandez Heida y Otero O. p. 595.
- (13) Op. Cit. Carpintero Helio y Barrio M. p. 344.
- (14) Idem.
- (15) Op. Cit. Carpintero, Helio y Barrio H. p. 343.
- (16) Tregold Saddy. Retardo Mental. Buenos Aires, Ed. Médica panamericana. 11a. ed. en español, 1974. pp. 17 - 23.
- (17) Instituto Nacional de Psiquiatría. "Problemas comunes de salud mental". S.S.A. Dirección General de Salud Mental. p. 83.
- (18) Idem.
- (19) Op. Cit. Tregold Saddy. p.p. 17 - 23.
- (20) Liloy W. A. "Estudio sobre las clasificaciones del retraso mental". Instituto Internacional para la Investigación y asesoramiento sobre la deficiencia mental. Serie Divulgación (sin fecha) p. 13.
- (21) Idem.
- (22) Idem.

- (23) Coronado Guillermo. "Tratado sobre clinica de la deficiencia Mental". México, ed. Continental Sra. Impresión 1964, p. 156.
- (24) Op. Cit. Karp Etta, Morganstern M. p. 718.
- (25) Idem.
- (26) Servicio de Consulta e Información sobre subnormales. Deficiencia Mental: Guía para padres. Orientación y Recursos en Cataluña. Barcelona, 1980. p. 7.
- (27) Op. Cit. Karp Etta, Morganstern M. p. 722.
- (28) Idem. p. 723 - 724.
- (29) Op. Cit. Coronado Guillermo.
- (30) Ribes IFesta Emilio. Técnicas de modificación de conducta. México, ed. Trillas, 1980. p. 21.
- (31) Idem.
- (32) Idem. p. 32.

3. ACTITUDES.

El concepto de actitud se ha constituido como una parte fundamental de los estudios de la psicología, especialmente en la social. Sin embargo, no es está la única área que ha hecho uso de este concepto; de él se han ocupado la sociología las ciencias de la comunicación y otras disciplinas.

El hecho de que se le de tanta importancia se debe primordialmente a lo nexos que se presume existen entre actitudes y comportamiento.

La conducta del ser humano es uno de los objetivos de conocimiento de la psicología y se ha pretendido, por medio del estudio de las actitudes comprenderlo, predecirlo, cambiarlo e incluso controlarlo. Ejemplos de estos intentos de predicción y control se pueden observar en la gran cantidad de campañas publicitarias y propagandísticas a cargo de compañías comerciales, instituciones gubernamentales, de salud, etc., cuyo objetivo es incidir sobre las actitudes y el comportamiento.

3.1. Definición del concepto de actitud.

Existen diversas definiciones de actitud. Gene Summers (1984) recopila las siguientes tres: (1)

1. Las actitudes "son una disposición fundamental que interviene junto con otras influencias en la determinación de una diversidad de conductas hacia un objeto o clase de objetos, las cuales incluyen declaraciones de creencias y sentimientos acerca del objeto y acciones de aproximación-evitación (sic) con respecto a él." (Cook y Sellitz, 1964).

2. Las actitudes son "estructuras mentales que organizan y evalúan la información." (Ross, sin fecha).

3. El concepto de actitud "denota la suma total de inclinaciones y sentimientos humanos, prejuicios o distracciones, nociones preconcebidas, ideas, temores y convicciones acerca de un asunto determinado." (Thurstone, 1928).

Edwin Hollander (1973), por su parte, retoma la definición dada por Rokeach en 1966, y dice que "son una organización aprendida y relativamente duradera de creencias acerca de un objeto o de una situación, que predispone a un individuo en favor de una respuesta preferida." (2)

Este último autor agrega que las actitudes del individuo, al igual que los valores son adquiridos como resultado de la incorporación del individuo a los modos y costumbres de una sociedad. Pueden considerarse como representaciones psicológicas de la influencia de la sociedad y la cultura sobre el individuo; son inseparables del contexto social que las produce, las mantiene y las provoca en circunstancias apropiadas. Son expresiones individuales únicas, resultado de vivencias pasadas, que producen efectos directivos de la actividad futura.

Además concibe a las actitudes y valores como estados motivacional-perceptuales, es decir, que las actitudes de un individuo lo disponen

para responder mediante la cualidad perceptual que implica selección, categorización e interpretación de la experiencia de acuerdo con sus expectativas. Los valores a su vez, están asociados con la tendencia fundamental de una constelación de actitudes, en un sentido motivacional y de largo plazo. Actitudes y valores se aprenden por la reestructuración del campo psicológico y son dinámicos por la apertura a nueva información. Este cambio es más notable en las actitudes aún cuando el valor fundamental subsista. (3)

3.1.1. Principales componentes de la actitud.

Como puede observarse en la sección anterior, las definiciones varían, pero a pesar de ello se pueden encontrar elementos comunes. Algunos autores coinciden (Gene F. Summers, 1984 y Edwin Hollander, 1978) en considerar que las actitudes tienen tres elementos comunes: Un componente cognitivo, un componente afectivo y, por último un componente de tendencia a la acción. (4)

Gene Summers (1984) retoma las concepciones de Katz y Stotland (1959) y de Krench (1962) con respecto a estos elementos comunes de la actitud y los define de la siguiente forma: El componente cognitivo alude a las creencias que se tiene acerca de un objeto. Estas varían de una persona a otra y están determinadas por la complejidad del objeto y la calidad de la abstracción. Las creencias evaluativas son las más importantes para la actitud como concepto de disposición y abarcan las cualidades deseables o indeseables, aceptables o inaceptables y buenas o malas y, por último, el cómo debe tratarse al objeto. (5)

El componente afectivo o emocional se refiere a las emociones y sentimientos que provoca en nosotros el objeto de la actitud. Los adjetivos bipolares usadas frecuentemente al estudiar los elementos de este componente son amor-odio, gusto-disgusto, admiración-desprecio y otros que denotan sentimientos de tipo favorable o deseable... (estos sentimientos y emociones) también son cogniciones pero estas se refieren a la persona que percibe al objeto. (6)

El último punto de acuerdo, el de la tendencia a la acción supone que si una persona tiene una actitud desfavorable hacia un objeto, su conducta podría ser de rechazo o, en último extremo, de agresión. Al revés, si hay una actitud positiva o favorable la conducta podría ser de acercamiento al objeto. (7)

Presumiblemente, entonces, lo que se necesita para inferir las actitudes son muestras conductuales que revelen las ideas, creencias, sentimientos y tendencias de acción hacia un objeto determinado. De esta forma, parafraseando a Gene Summers (1984), cualquier expresión conductual que refleje o manifieste las cogniciones del individuo, particularmente sus creencias evaluativas con respecto a un objeto pueden servir como base de inferencia. De manera análoga, cualquier manifestación de una emoción, ya sea en forma verbal o fisiológica, puede ser importante para hacer inferencias. Las manifestaciones conductuales que revelan la disposición del individuo a actuar hacia un objeto, ya sea positiva o negativamente, pueden usarse como base provisional de inferencia con respecto a la actitud. (8)

Resumiendo lo expuesto hasta aquí se puede decir que la actitud es una predisposición a responder ante un objeto, y no la conducta afectiva hacia él y, aún cuando ésta sea persistente, es susceptible de cambio. Es necesario apuntar que aquellas actitudes que se mantienen vigorosamente, requieren de una fuerte presión para inducir el cambio.

Esta persistencia actitudinal contribuye notablemente a la consistencia de las manifestaciones conductuales. La actitud da origen a la consistencia entre sus diferentes manifestaciones que pueden tomar la forma verbal, de expresiones de sentimientos provocados por el objeto, ya sea de aproximación o alejamiento. Por último, la actitud da una calidad direccional a la conducta, es decir, motiva una reacción de preferencia, en un sentido u otro, con respecto al objeto.

3.1.2. Bases de indiferencia de la actitud.

Las bases para inferir la actitud necesariamente dependen de la esencia de ésta. Tradicionalmente, las actitudes se infieren sobre la base de los informes verbales sobre sí mismo; sin embargo, las actitudes no se restringen a este solo indicador. Otras manifestaciones conductuales del sujeto son de gran utilidad para inferir las actitudes. Evidentemente al hacer uso de más de un indicador se conocerá con mayor amplitud una actitud determinada.

Sobre estas consideraciones creemos sea útil el enfoque de indicadores múltiples de la actitud. Una ventaja de la utilización de este método redundaría en una mayor consistencia entre las actitudes. Cambell y Fiske (1959) han dado por llamar a este procedimiento validación convergente.

Cook y Sellitz (1964) proponen la siguiente tipología de base de inferencia: a) Informes de uno mismo sobre creencias, sentimientos y conductas, b) Observación de conducta manifiesta, c) Reacción a estímulos parcialmente estructurados o interpretación de ellos, cuando implican al objeto de la actitud, d) Realización de tareas "objetivas" en que intervengan el objeto de la actitud y e) Reacciones fisiológicas al objeto de la actitud o representaciones de él. (9)

3.2. Adquisición de actitudes.

El niño es introducido a las formas de la cultura mediante el proceso conocido como socialización. Este proceso se refiere a la adquisición de disposiciones para concebir el mundo de ciertos modos particulares y para sentirse en armonía con algunas de las satisfacciones que brinda. La socialización consiste sobre todo en la adopción de actitudes y valores adecuados y se inicia dentro del seno familiar y continúa a través de toda la vida en la interacción social.

Según Edwin Hollander (1979) existen tres pautas de adquisición de actitudes: a) En contacto directo con el objeto de la actitud, b) En la interacción con individuos que sustentan determinadas actitudes y c) A

través de los valores inculcados durante el proceso de crianza. Y agrega que es posible que independientemente del modo de aprendizaje, diversas identificaciones de grupo parezcan reforzar las actitudes a partir de la niñez. (10)

Es en la socialización primaria donde el niño adquiere sus primeras actitudes. El infante para sobrevivir necesita del cuidado y sostén de los adultos, que se relacionan con su bienestar físico, pero que se encuentran estrechamente ligados con compensaciones psicológicas, como son la identidad, el apoyo, la realidad social, etc.

La familia es el primer agente que suministra al infante estos elementos y por tanto determina también la dirección y orientación que persistirá en las ulteriores relaciones del niño dentro de la sociedad.

El papel de la familia en esta socialización primaria es primordial, ya que proporciona la infante posibilidades de desarrollo o bien de daños psicológicos. Es también, para el niño, su primer y más significativo grupo de referencia, su primera cultura. Las primeras experiencias que el niño tiene dentro de la familia son importantes porque determinan el aprendizaje ulterior. Así, un aprendizaje anterior puede inhibir la posibilidad de un aprendizaje posterior, fenómeno que parece ser uno de los principales factores de resistencia al cambio.

Este mismo autor señala que paralelos a los factores sociales se encuentran los factores hereditarios, en el proceso de adquisición y formación de las actitudes. El funcionamiento glandular, atributos físicos personales, etc., determinan el modo de actuar, percibir e interpretar la experiencia a la vez que condicionan la interacción social. (11)

El anterior enfoque social intenta explicar cómo se adquieren las actitudes. Otros autores (Zanna, Kiesler y Pilkonis, 1970) mencionados por Carlos Muñoz C. (1970), con este mismo propósito, han recurrido a los paradigmas de condicionamiento clásico y operante o aprendizaje instrumental. Se ha encontrado, por ejemplo, que al aparecer ciertas palabras con choque eléctricos genera una afecto negativo hacia éstas y que el cambio de actitudes es resultante de un aprendizaje producido a través del reforzamiento. A. Staats (1967) considera que el paradigma de condicionamiento clásico explica la adquisición de las actitudes, sin embargo, no es suficiente para explicar los principios subyacentes a las funciones de las mismas. Afirma que las actitudes establecidas a través del condicionamiento clásico como respuestas condicionadas, pueden actuar como reforzadores en ciertos casos. De esta forma una actitud es más que una simple respuesta, ya que puede tener una función intrumental para reforzar conductas abiertas. (12)

3.3. Funciones de las actitudes.

Las actitudes que presenta un individuo tienen como finalidad satisfacer ciertas motivaciones. Daniel Katz (1960) propone un enfoque funcional de las actitudes cuya definición es la siguiente: "Intento de comprender las razones que mueven a los individuos para sustentar determinadas actitudes (que) se encuentran en el plano de las motivaciones psicológicas y no en el de los hechos y circunstancias externos acciden-

tales. A menos que conozcamos la necesidad psicológica que una actitud satisface, no podremos decir cuándo y cómo variará. (13)

Este mismo autor, sobre una base motivacional propone cuatro tipos diferentes de funciones de la actitud:

a) Función instrumental. Se le conoce también con los nombres de adaptativa o utilitaria y se refiere a la recompensa que el individuo obtiene al manifestar actitudes socialmente aceptables o bien, estas actitudes se relacionan de una u otra forma con una recompensa social. (14)

De lo anterior Julio F. Villegas (1980) desprende el análisis mediato-finalista, el cual señala que las actitudes nos disponen positivamente-negativamente hacia un objeto y propician la búsqueda de procedimientos instrumentales para el logro de nuestras metas. La recompensa, resultado de sustentar determinadas actitudes, puede ser prospectiva o retrospectiva, es decir, depende de los refuerzos que se supone recibir por la ejecución de una respuesta o bien de aquellos obtenidos en el pasado (15).

Por otro lado, esta función tiene un valor de adaptación social. En otros términos, una persona puede asumir determinada posición actitudinal, no tanto por el valor de objeto, sino en función del deseo de querer ser aceptada socialmente. Y añade que estas actitudes se adoptan por identificación, esto es, mantener una relación gratificante con alguien significativo. En el contexto de cambio de actitudes esto es importante ya que un cambio puede lograrse modificando las relaciones del individuo respecto a los demás o bien cambiando su percepción de la ubicación de los otros, respecto al punto en cuestión. (16)

b) Función de defensa del yo. Estas actitudes eluden el reconocimiento de sí mismo, son negaciones que evitan cogniciones que pueden dañar al individuo (17). Al respecto Theodor Adorno (1965) dice que "nuestras actitudes se mantienen para ayudarnos a manejar lo que se llama 'conflictos interiores', más que como respuesta a características de un objeto social hacia donde estaría dirigida la actitud." (18)

c) Función de expresión de valores o autorrealizadora. La exteriorización de los valores y actitudes que el individuo sustenta hace evidente cuáles aprecia y cuáles no. La función expresiva de los valores lo conduce a manifestar y reconocer claramente sus compromisos. Lo cual hace evidente al sujeto los propios aspectos más positivos. (19)

Desde una perspectiva psicoanalítica, las actitudes proveerían expresiones catárticas de funciones internas. Sin embargo, esta última se considera de escaso valor para predecir el comportamiento. De otro lado, la autoesertividad, es un producto de esta función expresiva ya que asumiendo los diversos aspectos de la realidad de nuestros valores y actitudes se crea un núcleo de identidad. (20)

d) Función de conocimiento o funcionalidad cognoscitiva. Daniel Katz (1960) dice que con este componente se integra la experiencia con propiedades de predicibilidad, consistencia y estabilidad. Estos componentes confieren coherencia y dirección a la experiencia (21). Por su parte Julio Villegas (1980) dice que las actitudes desempeñan una función mediadora entre el estímulo y la respuesta; forman parte del sistema que

selecciona, organiza e interpreta. Desde esta perspectiva las actitudes intervienen en el proceso adaptativo y como protección de cogniciones indeseables, al mismo tiempo que se constituyen como unidades que dan una visión totalitaria del mundo. En resumen, la funcionalidad cognitiva se refiere a los contenidos de conocimientos errados o correctos con los cuales enfrentamos la realidad social. (22)

Julio Villegas (1980) añade a la anterior clasificación tres funciones más:

a) Función económica. Se relaciona estrechamente con la función cognitiva y se refiere a las actitudes como guías prácticas y simplificadas de las conductas apropiadas hacia algunos objetos con implicaciones unívocas a la acción. (23)

b) Como bases para diversas situaciones de influencia o interacción social. Cómo influye el grupo de las instituciones en el individuo y viceversa, cómo interpreta una situación social y con qué contenidos de conocimiento se enfrenta a ella constituyen resultados de la influencia de las actividades en situaciones sociales (24).

c) Predicción del comportamiento. El estudio de las actitudes aumenta expectativas acerca de sus posibilidades de predecir el comportamiento. Estas expectativas, por ejemplo, motivaron la creación de las escalas de actitud como mediciones objetivas de una predicción subyacente para la acción. (25)

Las funciones de la actitud se encuentran íntimamente relacionadas y una sola actitud puede estar al servicio de motivos diferentes. La activación y el cambio de actitudes exige diferentes tipos de llamamientos en términos de las funciones primarias que éstas cumplen. Por ejemplo, para modificar una actitud primariamente utilitaria se necesita que la actitud y sus actividades conexas ya no proporcionen satisfacciones. La activación de las actitudes que tienen como función la defensa del yo, con el fin de modificarlas, pueden representar una amenaza y crear consecuencias no deseadas. (26)

3.4. Relaciones entre actitud y conducta.

Se han descrito arriba las principales funciones de la actitud, de entre todas ellas, la que adquiere mayor relevancia es la que atañe a la predicción del comportamiento. Numerosos estudios han tratado de comprobar la relación actitud-conducta sin que se llegue a un acuerdo tácito.

Richard La Pierre (1934) afirma que no existe una correspondencia clara entre actitudes y comportamiento y Fishbein (1967) señala que la única evidencia que se podía inferir de los estudios de las actitudes era que las personas tienden a arreglar sus actitudes de acuerdo con sus comportamientos. (27)

Julio Villegas (1980) dice que existen presumiblemente dos razones para explicar estas discrepancias: a) Se ha intentado medir las actitudes de un estímulo inapropiado, es decir, a grandes entidades ideales o categoriales, antes que frente estímulos específicos en contextos defi-

nidos y, b) La conducta estudiada puede estar completa o parcialmente no relacionada con la actitud. La conducta está determinada por múltiples variables y se pretende explicarla en función de una sola actitud. De aquí que es necesario revisar los supuestos que otorgan a la conducta el carácter de ser una función de una actitud medida. (28)

Gross y Niman (1973) apuntan otras posibles razones por las que da esta inconsistencia:

1.- Factores personales. Con este término se alude a las características personales que en ocasiones aparecen descritas como diferencias individuales. Este punto incluye la presencia de actitudes contrarias, motivos competitivos, habilidades verbales, intelectuales, sociales y nivel de actitud o participación en la vida social.

2.- Factores situacionales. Este apartado se refiere a aquellas contingencias sociales y/o ambientales que determinan en cierta medida la probabilidad de que ocurra una respuesta y, en consecuencia, que se establezca la relación entre actitud y comportamiento. La presencia actual o percibida de ciertas personas, las prescripciones normativas acerca del comportamiento, la posibilidad de comportamientos alternativos, la especificidad de objeto de la actitud, la presencia de eventos inesperados y las consecuencias actuales o anticipadas son algunos de los determinantes que influyen en la correspondencia entre actitudes y comportamiento. (29)

Como puede observarse los factores que alteran la deseada consistencia entre actitudes y comportamiento son múltiples y el control de los mismos en ambiente natural y experimental, es un problema que espera solución.

A pesar de estos inconvenientes Fishbein (1967) propone un modelo, que incluye cuatro elementos, para dar mayor credibilidad a la relación entre actitudes y comportamiento. Los conceptos básicos son: Creencias, actitudes, intenciones y conducta. (30)

Creencias.- Las creencias están constituidas por juicios probabilísticos que conectan a algún objeto o concepto con un atributo. Dos factores son de especial importancia, el contenido o las relaciones objeto-atributo y la fuerza de la creencia que está determinada por la probabilidad subjetiva de que la relación sea verdadera.

Actitud.- Juicio evaluativo bipolar, agrado-desagrado, hacia el objeto de la actitud. se retoma en esta noción únicamente el componente afectivo de la actitud. Para los propósitos de la predicción del comportamiento, lo que realmente interesa es determinar la actitud de los sujetos hacia una conducta específica y no hacia un objeto categorial.

Intención.- Probabilidad de que un comportamiento específico ocurra o no.

Conducta.- Acción observable que es perfectamente cuantificable ya sea en escalas dicotómicas o continuas.

Julio Villegas dice que una vez definidas estas cuatro variables, las relaciones entre ellas se resume de la siguiente manera: El conjunto

de creencias determina la actitud y mientras más favorable sea esta, mayor será la posibilidad de que el individuo tenga intenciones conductuales positivas o de acercamiento al objeto de la actitud. Las intenciones conductuales nos dan más seguridad para la predicción de la conducta. Añade que la conducta debe tener especificaciones rigurosas, entre ellas tenemos: a) Debe tratarse efectivamente de una respuesta específica y no de un nombre que la designe a ella y a otras respuestas, b) Debe especificar el objetivo hacia el cual va a dirigirse la conducta, c) Debe especificarse el contexto en el que se da la respuesta frente al objetivo y, d) Debe especificarse un tiempo en el cual interesa que ocurra la respuesta. (31)

Feishbein (1967) Añade, además, que las intenciones conductuales son determinadas por dos variables: a) La actitud de los sujetos a realizar una conducta específica en contraste con sus sentimientos de agrado-desagrado y, b) La norma subjetiva de los sujetos hacia la realización o no de una conducta. (32)

3.5. Medición de las actitudes por medio de la entrevista convergente (focused interview)

Los métodos que se han desarrollado para la investigación de las actitudes son variados, los de mayor uso son los cuestionarios, las entrevistas y las escalas de actitud. Los lineamientos de elaboración, aplicación y clasificación se han tratado ampliamente en otros textos, por tanto, en esta sección, solo nos centraremos en la técnica de la entrevista convergente, que fue el método empleado en la presente investigación.

La entrevista convergente cae dentro de la rúbrica de entrevistas a profundidad cuyo uso está destinado a un análisis profundo de las opiniones, de las actitudes y hasta de la personalidad global del sujeto. De un modo general se proponen las entrevistas a fondo únicas y las entrevistas multiplicadas.

Las entrevistas a fondo únicas o sueltas, consisten en una sola aplicación de entrevista al sujeto, aún cuando es posible realizar una segunda al mismo para mayor profundidad del objeto de estudio. Dentro de esta categoría es que se incluye la entrevista convergente, la cual fue elaborada por el psicólogo americano R.K. Merton y consiste más que en el interrogatorio de unas personas en ayudarlas a esclarecer por sí mismas determinado aspecto de un factor (estímulo) que obra sobre ellas y las consecuencias que produce en su actitud.

La entrevista tiene lugar a continuación de una situación particular concreta y común a todas las personas entrevistadas; la proyección de una película, una audición de radio, la lectura de periódicos o libros, la participación de una experiencia psico-social, etc., y pretende estudiar a fondo la influencia de esta situación. Este procedimiento se inventó para el análisis de los efectos de la comunicación.

En primer término el contenido de la situación de base es objeto de un análisis detallado y según sus resultados se elaboran hipótesis sobre el alcance y los efectos de la comunicación, de esta forma el

quién de la entrevista no es más que un disparador del que el indagador se sirve libremente. El fin esencial es el de llevar al sujeto interrogado a comprender la hipótesis que se quiere analizar y dejarle después contar su propia experiencia. La conversación es registrada enteramente para después realizar un cuidadoso análisis. (33)

Aún cuando la técnica fue creada originalmente para estudiar el efecto de las comunicaciones, pareció idónea para su aplicación en este estudio. Su uso se cifre a las consideraciones que se exponen a continuación: La población entrevistada se caracteriza por una gran movilidad y la entrevista requiere de una sola aplicación, aún cuando es posible realizar más. La reticencia de los padres de familia para hablar de manera directa sobre su experiencia particular obligaba el uso de una situación en donde no se sintieran directamente comprometidos o confrontados, el uso del estímulo disparador propio de esta técnica pareció de utilidad, pues si bien, el tema atañe a la sexualidad del sujeto especial, ellos se mantuvieron al margen y salvaguardaban de esta forma su intimidad. No es sino hasta que se rompe la ansiedad inicial, por medio de la plática, sobre este estímulo disparador que se van introduciendo preguntas cada vez más cercanas a la experiencia particular del entrevistado.

El arreglo de la situación estímulo al ser libre, deja al entrevistador plena libertad de darle la estructura deseada y esto es importante pues se pueden diseñar situaciones de interés, participación y complejidad variables.

3.6. Padres de sujetos especiales y sus actitudes.

El nacimiento de un niño o niña especial en el seno de la familia plantea una serie de hechos y circunstancias de difícil solución. Algunos se refieren a la autoestima de los padres, mientras que otros dependen de la percepción social que ellos mismos sienten recaer sobre su persona. Otros problemas se refieren al cuidado y educación del nuevo ser.

La tarea de cuidar y educar al individuo especial no es una tarea fácil y los padres muchas veces recurrirán con innumerables especialistas, cuyo contenido latente es la escucha de una voz mágica que les ofrezca un milagro de cura para su hijo.

La educación de un individuo especial no sólo plantea la adquisición de conocimientos académicos, constituye todo un proceso de socialización en donde actitudes y gestos tienen vital importancia. La educación (o improvisación o represión) de la sexualidad se encuentra implícita en este proceso.

Se quiera o no la sexualidad se educa y muchos padres tratan de ignorar este aspecto de la vida de sus hijos especiales. Después de todo resulta menos conflictivo reprimir y negar que enfrentar la sexualidad de estos últimos.

Algunas de las actitudes paternas frecuentes en torno a la sexualidad del sujeto especial se resume así:

- No es más que un niño sin necesidades físicas conyuntivas. A él (ella) no le preocupan las cuestiones sexuales.
- Hablar de estas cosas con él (ella) no haría sino despertar ideas que no le preocupan. Mejor será que siga inocente.
- A mí me gustaría que tuviera una vida sexual satisfactoria pero parece ser lo que más le gusta es estar en casa. (34)

De esta forma pueden darse dos situaciones extremas dentro de una línea: Por un lado, que los padres reciban con agrado la ayuda necesaria para educar la sexualidad de sus hijos y por otro, que rechacen cualquier ayuda al respecto ya que temen enfrentarse con el hecho de que el niño la niña se están haciendo adultos, porque minusvaloran o niegan la sexualidad de sus hijos, teniendo una imagen incorrecta de sus necesidades. (35)

Es un hecho que en la actualidad, con los adelantos en la tecnología educativa y con las características del desarrollo social (deficiencias en el sector salud, marginación de grupos minoritarios, etc.), los individuos especiales requieren en gran medida de los cuidados y del apoyo de su grupo familiar, en especial de sus padres y hermanos; es un hecho también que la independencia personal es un ideal lejano para el sujeto especial, por tanto, su destino dependerá en gran medida, de lo que sus padres consideren práctico, razonable, favorable o bueno.

Aquello que los padres aceptan o rechazan estará determinado por las actitudes que sustentan. Es en función de ellas que la sexualidad del sujeto especial adquirirá matices de desarrollo en su personalidad global o bien se constituirá como un elemento más de represión, de la cual son objeto.

BIBLIOGRAFIA.

3.

- (1) Summers F. Gene. Medición de Actitudes. México; ed. Trillas, 1984, p.p. 13 - 31.
- (2) Hollander, Edwin. Principales Métodos de psicología social. Buenos Aires (Argentina); ed. Amorruti Editores, 1978, p.p. 124 - 161.
- (3) Idem. p. 125-131.
- (4) Op. Cit. Summers F. Gene. p. 14
- (5) Idem.
- (6) Idem.
- (7) Idem.
- (8) Idem.
- (9) Idem. p. 16.
- (10) Op. cit. Hollander Edwin p. 137.
- (11) Idem. p. 141.
- (12) Muñoz C., Carlos. "Formación y cambio de actitudes". En Psicología Social. Salazar, Montero, Muñoz, Sanchez, Santoro y Villegas; México, 1980, ed. Trillas, p. 169-171.
- (13) Op. Cit. Hollander Edwin, p. 135.
- (14) Idem.
- (15) Villegas F. Julio. "Actitudes y Conducta". En Psicología Social. Salazar, Montero, Muñoz, Sanchez, Santoro y Villegas; México, 1980, ed. Trillas, p. 143.
- (16) Idem.
- (17) Op. Cit. Hollander Edwin, p. 135.
- (18) Op. Cit. Villegas F. Julio, p. 145.
- (19) Op. Cit. Hollander Edwin, p. 136.
- (20) Op. Villegas F. Julio p. 145.
- (21) Op. Cit. Hollander Edwin, p. 136.
- (22) Op. Cit. Villegas F. Julio, p. 142-143.
- (23) Idem. p. 144
- (24) Idem. p. 145.

- (25) Idem. p. 144.
- (26) Op. cit. Hollander Edeln, p. 136.
- (27) Op. Cit. Villegas F. Julió; p. 157.
- (28) Idem. p. 157.
- (29) Idem. p. 164.
- (30) Idem. p. 159 - 160.
- (31) Idem. p. 160.
- (32) Idem. p. 161.
- (33) Duverger Maurice. Métodos de las Ciencias Sociales. Barcelona (España), 1981; ed. Ariel, 12a. edición p. 381 - 331.
- (34) Morgenstern Mury. "Actitudes de la comunidad ante la sexualidad del retrasado mental." Sexualidad y retraso mental. Cruz, Felix F. de la., Lavick, Gerard. España, 1979, Servicio Internacional de la Información sobre subnormales, p. 123 - 129.
- (35) Idem.

4. CONCEPTO DE SEXUALIDAD.

Las investigaciones realizadas en el ámbito científico han influido en el cambio de opiniones y en la aceptación de la sexualidad, como parte integral de la personalidad.

El concepto ha tenido que variar como consecuencia de estas investigaciones pues no siempre ha significado lo mismo, ya que ha incluido algunos elementos y desechado otros, por ejemplo, Paul Sporken (1980) afirma que el término sexualidad "solo tiene 100 años de existencia y sirvió frecuentemente para referirse al sexo y al comportamiento sexual. Durante muchos siglos los términos comportamiento sexual y relaciones sexuales entre los sexos solo podían verse en el contexto de la sexualidad genital y casi inseparablemente asociados con la reproducción" (1). Y Javier Gafo, (1980) afirma que "es insostenible una concepción de la sexualidad entendida únicamente como dimensión humana relacionada con la procreación". (2)

La actual tendencia a considerar al ser humano como una unidad constituida por variables biológicas, psicológicas y sociales inseparables e interrelacionadas entre sí, no permite ver a la sexualidad de una manera unilateral, sino constituida en esta complejidad bio-psico-social.

A la luz de estas observaciones Paul Sporken (1980) opina que la sexualidad ya no se refiere tanto a la sexualidad genital, sino al hecho de ser hombres. La sexualidad acaba por significar la posibilidad de autorealización como varón o mujer a su existencia como tal y como ser social. (3)

Para clarificar el concepto de la sexualidad, Javier Gafo (1980) opina: "la dimensión sexual humana es una dimensión que permeabiliza toda la personalidad humana, las raíces más profundas e individuales de nuestro ser; podemos decir que toda nuestra actividad y nuestro comportamiento humano está impregnado por la sexualidad, que no se identifica con la mera genitalidad". (4)

Silvia Funke Aguilera, Mario Gantierg y Patricia Diguín P. (1982) del Consejo Nacional de Población (CONAPO) proponen la siguiente definición sobre la sexualidad: "es la expresión psicosocial de los individuos como seres sexuados en una sociedad y cultura determinada". (5)

Como puede observarse, estas últimas definiciones incluyen factores psicológicos y sociales para dejar atrás una concepción puramente biológica de la sexualidad.

4.1. Normalidad Vs. Anormalidad y relatividad cultural.

Antes de explicar los aspectos biológicos, psicológicos y sociales de la sexualidad, es necesario tomar en cuenta dos puntos precisos y de importancia fundamental, estos son la normalidad vs. la anomalidad y la relatividad cultural.

La inclusión de estos dos epígrafos tiene como objetivo puntualizar que la comprensión de la sexualidad debe darse en un marco de conc-

cimiento de diferentes circunstancias y hechos diversos que son base para la explicación integral de la sexualidad. Además es necesario recalcar la importancia que tienen las costumbres, hábitos y normas particulares de cada sociedad y de cada individuo en la percepción del comportamiento sexual, la influencia del aprendizaje y la posibilidad de cambio por esta misma vía.

4.1.1. Normalidad Vs. Anormalidad.

Toda sociedad tiene una serie de elementos normativos que rigen la conducta de sus miembros, llamados valores. Estos se refieren a comportamientos públicos (lo que el individuo hace ante los demás) y actos privados, pensamientos, ideas, etc. que la sociedad fomenta e impone a sus miembros como buenos, deseables o normales, catalogando todos aquellos comportamientos que no encajan dentro de lo establecido como malos, indeseables, anormales, etc. Esta transmisión de valores se lleva a cabo mediante la socialización, a través de mensajes verbales y comportamientos explícitos. Alvarez Gayou (1979) dice al respecto "a través de los medios de expresión lingüística se expresan qué conductas son o no deseables. Así aparecen en determinados niveles de una lengua semas (conjunto de signos o sonidos) valorativos o emotivos, que ya no solo describen un fenómeno, sino expresan un juicio u opinión particular del sujeto que los enuncia." (6)

Estos valores se inmiscuyen en todos los ámbitos de la existencia humana y nos señalan como vestir, comer, actuar, pensar, etc., en suma, son el rector social (muchas veces inconsciente) de nuestra expresión particular personal. La conducta sexual no escapa a esta valoración, constituyendo este un campo de enconados debates.

Desde tiempos ancestrales se encuentran ya referencias valorativas de la conducta sexual y, culturas como la babilónica, la judía, etc., introdujeron restricciones casi totales a la expresión de la sexualidad calificándola de impura, abominable o desordenada. En la edad media los valores se rigen a través de la Iglesia Católica, la cual señala que por una parte se encuentra Dios, el paraíso y el espíritu y por el otro el demonio, el mundo, el infierno y la carne. En el renacimiento se busca la relación causa-efecto de los fenómenos a través de la observación directa. En el siglo XVII Descartes propone un modelo para representar gráficamente la relación entre dos hechos, que representa la primera contribución al método del análisis estadístico. En este método los valores de una muestra se representan en una gráfica, la cual toma forma de campana, concentrándose en el centro los casos que ocurran con mayor frecuencia y en los extremos aquellos casos de menor incidencia. La medicina realizó también algunas aportaciones y el término normal pasó a convertirse en sinónimo de salud y el de anormal en enfermedad. Este concepto médico se entiende de la Edad Moderna a la Época Contemporánea y se traslada al conjunto de la conducta humana y especialmente a la sexual, y en este caso el dictamen normal de los médicos emplea el término "perversión" para referirse, no a una desviación de la norma estadística sino de sus personales y particulares normas morales (7)

Es frecuente pensar que un comportamiento es normal porque así se comporta la mayoría de la gente, en contraposición de los comportamientos minoritarios, los cuales son clasificados de anormales. Bent Claessen

(1980) dice que "ciertas formas de comportamiento sexual son más frecuentes que otras y por eso se les llama normales. Pero nadie puede afirmar basándose en datos científicos, que se pueda establecer una separación entre comportamiento sexual normal y anormal sin que se limite sea artificial y casual." (8)

Este mismo autor considera que todo ser humano tiene necesidad e impulsos que exigen satisfacción (comer, dormir, beber, etc.) así que "de la misma forma que nosotros consideramos correcto el hecho de saciar nuestra hambre, cada persona debería tener derecho de satisfacer sus instintos sexuales, incluso si esa satisfacción se realiza en formas ante las cuales nos encontramos desorientados tanto mental como emocionalmente. La única limitación que debe tener necesariamente todo comportamiento sexual es que no invada de alguna manera, la libertad del otro en contra de su voluntad." (9)

4.1.2. Relatividad Cultural.

Con este término se hace referencia a las diferencias existentes entre una cultura y otra en sus costumbres, hábitos, creencias, etcétera. Diferencias que tienen sus raíces en valores particulares que cumplen funciones reguladoras específicas.

Giraldo Neira opina que el individuo introyecta los valores de su cultura, considerándolos como propios y naturales, a través de la socialización, efectuándose de esta forma lo que se conoce como etnocentrismo, es decir, "estar centrado en la propia cultura". Una de las características sobresalientes del individuo etnocéntrico es "la tendencia a creer con firmeza que la conducta propia de su cultura es la buena, la correcta, la decente, la normal o natural y que, el patrón de otras culturas obedece a que son raras, malos degenerados, etc. El etnocentrismo es el resultado de la socialización y de la ignorancia acerca de otras culturas." (10)

De la gran diversidad de actitudes sobre diversas actividades sexuales, como son los papeles sexuales, la bisexualidad, las actitudes frente a la sexualidad de niños y jóvenes, la homosexualidad, la zoofilia, la pedofilia, etc.; este mismo autor, indica que existe una gran amplitud de respuestas individuales y sociales que van desde la plena aceptación hasta el rechazo total. (11)

Lo anterior lleva a la conclusión siguiente ninguna forma de actividad sexual es universal. Los que insisten en concepciones totalitarias encuentran sus más claros oponentes en las expresiones sexuales de otras culturas.

4.2. El Aspecto Biológico de la Sexualidad.

La sexualidad posee una base universal que es el sexo. Entendemos por sexo un conjunto de características genéticas, anatómicas y fisiológicas que en la especie humana diferencian al hombre de la mujer y, que al complementarse, tienen en sí la posibilidad de la reproducción. La reproducción se lleva a cabo mediante la "combinación" de los gametos

(ovulo-espermatozoide), estos portan cromosomas X e Y (ovulo XX, espermatozoide XY) que al combinarse determinan el sexo del embrión (hombre XY, mujer XX). La definición sexual es gradual y esta se lleva a cabo alrededor de la sexta semana de vida intrauterina del embrión. En primer término se forman testículos u ovarios. El testículo fetal sintetiza testosterona (hormona masculina por excelencia). Es importante la producción de niveles normales de hormonas, ya que en ausencia de estas condiciones, aún cuando el formula del sexo cromosómico sea 46XY, la diferenciación se dirigirá hacia la feminización del feto. De la misma forma la presencia o ausencia de testosterona en el periodo crítico de la gestación determinará también las funciones del hipotálamo y de la hipófisis.

Si hay presencia de niveles adecuados de andrógenos, la diferenciación se orientará hacia el patrón masculino y el hipotálamo será tónico (no cíclico); por otro lado si hay ausencia de andrógenos, la diferenciación será hacia el femenino y el hipotálamo, desde el momento de la pubertad empezará a presentar actividad cíclica, que se relaciona directamente con el periodo menstrual. (12)

4.3. El aspecto Social de la Sexualidad.

Este aspecto se fundamenta en valores, normas, creencias y en las instituciones que conforman la cultura. La sexualidad como expresión regida por estos elementos socioculturales tendrá entonces un carácter social a la cual se llega mediante la socialización que es la base sobre la cual los individuos conforman sus intercambios sociales. El proceso de socialización esta encaminado a que cada miembro del grupo haga suyos los elementos normativos establecidos para la convivencia. En este sentido la sociedad presiona para que los individuos se comporten de una determinada manera. De ahí que cualquiera que se aparte de este orden sea considerado "anormal".

El control de la conducta grupal (general o sexual en particular) se lleva a cabo mediante la autoridad formal y por distintas formas de castigo de marginalización como son el ridiculo, el desprecio y el aislamiento.

Dentro del proceso de la socialización de la sexualidad los papeles o roles sexuales dan la idea, la pauta, de como organizar la vida sexual de los miembros de la sociedad a la que se pertenece. El contenido del guión es reflejo de la ideología social, introyectada en forma individual y paulatina desde el momento del nacimiento.

Los papeles sexuales son las características que definen el comportamiento sexual del varón y de la mujer y van a estar condicionados o sujetos a la concepción particular que cada sociedad tenga de ellos. Además, dentro de una misma sociedad, esos papeles presentan características específicas para cada etapa del desarrollo del individuo, y diversos niveles de exigencias en el cumplimiento de cada una de ellas.

En este proceso de socialización la familia se presenta como el primer mediador entre la sociedad y el individuo en formación. Es importante señalar que la familia es una estructura dinámica que funciona en dos sentidos: por un lado puede fomentar la capacidad crítica de sus miembros posibilitando el cambio social (13), mientras que por otro al

reprimirlos perpetua actitudes negativas especialmente en el terreno de la sexualidad.

4.4. Aspecto Psicológico de la Sexualidad.

El aspecto psicológico se refiere a la identidad sexual, la cual se conceptualiza como la forma individualizada de ser, sentir y pensar.

Eusebio Auriolas (1984) dice que el poseer una serie de características biológicas que nos diferencian en hombres y mujeres da origen a unas ideas, creencias, conocimientos, valores y actitudes respecto a nosotros mismos y a la forma de relacionarse con los demás y con el medio ambiente. Paulatinamente, al avanzar el proceso de desarrollo biológico y psico-social. Estas ideas adquieren coherencia, unidad, sistematización, y se organizan una respecto a la otra, de manera que no son concepciones independientes y aisladas sino que forman una totalidad nos permite hacer uso de ellas en forma unitaria e integrada.

Este mismo autor añade que la identidad sexual forma parte de la identidad general y en base a ella podemos evaluar, responder, entender y comprender los eventos que ocurren en nuestra vida y que tienen un carácter sexual. Y concluye diciendo que la identidad sexual funciona como marco interno de referencia sobre el cual interpretamos nuestra experiencia personal en el plano de la dimensión sexual en particular, y las relaciones humanas en general, dependiendo en gran medida de los quines y "roles" sexuales. (14)

Identidad de género, rol de género y orientación sexual, son los componentes básicos de la identidad sexual.

S. Funk, M. Gantier y P. Olguín (1982), retomando a Money, dicen que la identidad de género es la conciencia de pertenecer a un sexo determinado; sentir y pensar como hombre o como mujer. La identidad de género es una entidad psicológica que se forma a partir de los mensajes explícitos o implícitos, verbales o no, que se reciben del medio, dependiendo del sexo al que se pertenece y estrechamente relacionado a la imagen corporal.

Continúan diciendo que esta identidad de género es producto social y hasta el momento lo único que parece intrínseco a la naturaleza femenina es la diferencia en su función reproductiva, lo demás, es resultado de la interacción social.

Estos mismos autores dicen que el rol de género se refiere al comportamiento del individuo que hace evidente a la sociedad y a sí mismo el sexo al que pertenece. Este comportamiento es función de la identidad de género, de las costumbres del lugar y la época. Para apreciar correctamente el rol de género de una persona se deben tomar en cuenta el contexto cultural y la época.

La orientación sexual es el último elemento de la identidad sexual la cual "se refiere a la atracción, al gusto o preferencia del sujeto para elegir compañero en la relación genital, en la afectiva y en la fantasía. Es importante anotar que la sociedad impone a la orientación sexual una dirección heterosexual como única y válida opción sexual.

4.5. Desarrollo Psicosexual.

El desarrollo humano es un continuo en evolución constante e ininterrumpido. La sexualidad, al constituirse como parte integral de la personalidad comparte esa característica. Sin embargo, no deja de ser frecuente en amplios sectores de la población, la creencia de que la sexualidad no emerge sino hasta la adolescencia. Luis Jorge González (1982) al respecto dice que: "en cuanto ser sexuado el ser humano inicia su vida sexual..desde la concepción. A partir de entonces es varón o hembra ..y .. desde sus orígenes intrauterinos se va preparando para actuar su impulso de acuerdo a los valores y exigencias de la realidad ambiental" (16)

Esther Corona (1982) cita a Sigmund Freud sobre la negligencia para reconocer la sexualidad infantil quien además afirmó que "la actividad y manifestaciones sexuales de la infancia no eran privativas de unos cuantos niños pervertidos, sino parte del desarrollo del individuo" (17)

Ignorar la sexualidad infantil, pretender que se manifieste con las mismas características con que lo hace en el adulto y enfatizar el aspecto biológico-reproductivo dejando de lado el aspecto psicológico y social son errores frecuentes debidos principalmente a una educación basada en la información deficiente.

Luis Jorge González (1984) al respecto dice que a partir del nacimiento la sexualidad actúa en el ser humano en términos de dimensión personal (18). Los niños de uno y otro sexo son capaces de experimentar un orgasmo en términos fisiológicos, sin embargo en el plano subjetivo, que se refiere a la fantasía, no son capaces de interpretar esta sensación. Una observación más, en el caso del niño no existe eyaculación como la observada en un hombre adulto.

Por lo anterior resulta que la sexualidad no se circunscribe exclusivamente a elementos biológicos, sino que participan activamente elementos psicológicos y sociales que influyen recíprocamente para configurar la complejidad de la conducta sexual.

Cómo se adquieren las peculiaridades en la conducta sexual entre el niño y la niña, entre el varón y la mujer? A esta interrogante intentan dar explicación 3 enfoques que Esther Corona (1982) explica en los siguientes términos (19)

- A) Aprendizaje Social.
Reforzamiento de la conducta.
Modelamiento.
- B) Desarrollo cognoscitivo.
- C) Enfoque Psicoanalítico.

El enfoque del aprendizaje social se refiere a dos procesos, por un lado al reforzamiento y por otro al modelamiento de la conducta. El primero es una explicación conductista, basada en la aplicación de castigos y recompensas. Esta teoría supondría que los niños, al efectuar conductas que según su sociedad son sexualmente caracterizadas, es decir

que se suponen "masculinas" o "femeninas", serían compensados cuando el comportamiento es adecuado y castigados cuando no lo es.

Por otro lado el modelamiento se refiere a la observación de personas, eventos, material simbólico y mensajes de los medios de comunicación social por parte del infante, aprendiendo de esta forma el propio papel sexual, además de reconocer la consecuencia de sus actos.

El modelo que el infante imite, - según Esther corona - dependerá de algunos factores. En primer lugar el niño o la niña elegirán aquel modelo que más se acerque a su propia percepción de su identidad de género; en segundo, la influencia del medio externo será decisiva al orientar y estimular la elección de los modelos a imitar del propio sexo y en tercer lugar, la disponibilidad y accesibilidad del modelo.

El niño a través del modelamiento aprende los roles sexuales pero no se limita a imitar las conductas del modelo del mismo sexo, sino que el infante adquiere un repertorio de conductas que incluyen componentes masculinos y femeninos; pero no necesariamente las ejecutan, sino que seleccionan únicamente las conductas adecuadas.

El enfoque del desarrollo cognoscitivo se basa en las investigaciones realizadas por Kohlberg desde la perspectiva de la psicología genética de Jean Piaget, sobre el particular Esther Corona dice que el infante a través del desarrollo cognoscitivo es capaz de generalizar lo que observa y aplicarlo a diversas categorías de conducta. Y agrega dentro del área de la sexualidad que el desarrollo intelectual del infante es importante ya que este depende en gran medida de la interpretación que el niño haga de los hechos sexuales, así por ejemplo, si el niño no tiene la noción de la conservación de la cantidad, pensará que el género de un individuo no es constante.

A partir de los 16 meses de edad el niño empieza a clasificarse dentro de un género u otro, se percata de qué personas pertenecen al mismo género, observa cómo se comportan y cuáles conductas son propias de uno u otro sexo, y de este modo configura su comportamiento. El niño necesita identificar su propio género para luego reconocer su estar y aceptar su permanencia. Esta conciencia parece estar presente entre los 4 y los 6 años de edad y coincide con el logro del pensamiento operacional concreto.

No se puede pensar que sea únicamente un enfoque el que explique de manera completa la génesis y el mantenimiento de la conducta sexual. Cada uno de ellos tiene, indudablemente, elementos importantes, pero si son considerados aisladamente podrán dar sólo una explicación parcial. Así, por ejemplo, si el niño no tiene un desarrollo cognitivo suficiente para la comprensión de las conductas a imitar es muy probable que no pueda darse un reforzamiento diferencial. Es común pues, que a la comprensión de la existencia de una norma moral por parte del niño, anteceda la prohibición, por ejemplo mediante el castigo físico, sustituyéndose de esta forma la comprensión por el temor y el miedo de algo que no se entiende y que a la larga tiene efectos negativos en el desarrollo de la personalidad.

En el presente trabajo se divide el desarrollo psicosexual en las etapas siguientes:

- Desarrollo Psicosexual del Infante.
- Desarrollo Psicosexual Puberal.
- Desarrollo Psicosexual del Adolescente.

4.5.1. Desarrollo Psicosexual del Infante.

Fases evolutivas de sexualidad según Sigmund Freud.

Freud divide el desarrollo sexual infantil en tres fases:

- Oral
- Anal
- Fálica

-1a. fase Oral. La actividad sexual no está separada de la obsesión de alimentos. El objeto de una de estas actividades es también el objeto de la otra y el fin sexual consiste en la asimilación del objeto. Más tarde el modelo asimilado será la base de las identificaciones.

-2a. fase Anal. El centro erótico se encuentra en las mucosas del recto, las cuales son excitadas por los materiales fecales. La actividad está regida por el par antético de eliminación y retención, representada por el instinto de aprehensión, y como órgano con fin sexual pasivo aparece principalmente la mucosa intestinal erógena. Para ambas tendencias existen objetos no coincidentes y al mismo tiempo actúan autoeróticamente otros instintos parciales. Aparecen, la polaridad sexual y el objeto exterior.

-3a. fase Fálica. Existe un objeto sexual y una cierta convergencia de las tendencias sexuales hacia dicho objeto, pero que se dirancia aún de la organización definitiva de la madurez sexual en su punto esencial. No conoce, en efecto, sino un aparato genital, el masculino, razón por la cual se ha dado a esta fase el nombre de organización fálica. (20)

Aportaciones de Erik Erikson a la Sexualidad Infantil.

Este autor divide el desarrollo sexual del sujeto infantil en 4 etapas:

- 1a. etapa Oral.
- 2a. etapa Oral.
- 3a. etapa Anal-Urtral-Muscular.
- 4a. etapa Fálica.

- 1a. etapa Oral. La zona erógena primordial es la boca, a través de ella el niño incorpora todo lo que es puesto al alcance de su organismo receptivo. La incorporación es el primer modo de acercamiento. Luego esta capacidad se generaliza a los demás sentidos, incorporando con estos todo ello que el bebé siente como bueno. Sin embargo, aún cuando el modo de la incorporación domina esta etapa, se debe considerar que el funcionamiento de cualquier orificio corporal requiere la pres-

ciencia de todos los modos auxiliares (modo eliminatorio, incorporativo "morder", modo retentivo y oral intrusivo).

La primera modalidad básica que el niño aprende es la de obtener, lo cual significa recibir y aceptar lo que nos es dado.

- 2a. etapa Oral. Al igual que la etapa anterior la zona erógena está constituida por la boca y el modo primordial es la incorporación, pero tanto el modo como la modalidad social tienen características diferentes. El niño incorpora mordiendo y existe ya una intención visual, motriz, sensorial. La modalidad social que se establece es la de tomar y aferrarse de los objetos. En estas etapas orales se forma en el niño los resortes del sentimiento básico de confianza y desconfianza.

- 3a. etapa Anal-Uretral-muscular. La zona erógena está constituida por los esfínteres, de cuya acción retentiva-eliminatória se deriva el modo retentivo-eliminatório característico de esta etapa. Las modalidades sociales propias de esta etapa son el soltar y aferrarse de los objetos. Estas modalidades sitúan al niño en diversos conflictos, ya que su juicio todavía inmaduro no le permite tener la certeza de qué eliminar y qué retener. De esta forma, se forma el segundo conflicto nuclear que el Yo infantil debe resolver y que es caracterizado por la autonomía en contra de la vergüenza y la duda.

- 4a. etapa Fálica. Aquí el interés se centra en los genitales, formándose modos diferenciados en el niño y en la niña. El modo infantil del niño es intrusivo, mientras que en las niñas se desarrolla un modo recetivo-inclusivo. La modalidad social característica en esta etapa es la conquista, la cual sugiere un ataque directo hacia el objetivo en particular y el placer de la conquista. Niño y niña desean "conquistar" para sí a su respectivo progenitor, sin embargo esta iniciativa se ve frenada por sentimientos de culpa, desarrollándose al tercer conflicto nuclear entre la iniciativa y la duda. La solución se logra mediante el desplazamiento de la curiosidad y de la iniciativa hacia ideales y metas prácticas e inmediatas, hacia el mundo cognoscible de los hechos y los métodos para hacer cosas y no para hacer personas. (21)

Explicaciones de Rosario Murga del V. y Patricia Olguin F. (Colaboradoras del Consejo Nacional de Población) sobre la sexualidad Infantil.

Estas explicaciones están basadas en nociones psicoanalíticas de Sigmund Freud, Erick Erikson y Peter Blos, complementadas con formulaciones sobre procesos cognitivos. Se incluyen estas explicaciones pues si bien no aportan nuevos elementos a las teorías en que se fundamentan, constituyen un esfuerzo para la apertura a futuras investigaciones de la sexualidad dentro del contexto nacional. Se proponen 4 etapas de desarrollo psicosexual:

- 1a. etapa. Simbiótica o de la confianza básica. (0-18 meses)
- 2a. etapa. Separación-Individuación. (18 meses-3 años)
- 3a. etapa. Identificación Primera. (3-6 años)
- 4a. etapa. Escolar (desde los 6 años hasta poco antes de la pubertad)

1a. etapa. Simbiótica o de la Confianza Básica. El nombre se deriva fundamentalmente de la consideración de que existe una relación simbiótica entre el niño y la madre, en donde no existe una diferenciación entre el Yo y el No-Yo por parte del infante. El niño asimila a su mundo los objetos de su medio ambiente y la primera modalidad social que aprende es la dependencia, realizando sus primeros vínculos con el exterior a través de la introyección, formando identificaciones primarias. Como ya se mencionó, el niño es primordialmente dependiente para la satisfacción de sus necesidades básicas y de su adecuada satisfacción depende la estructuración del Yo y de la imagen corporal.

Al mismo tiempo las sensaciones internas del infante constituyen el centro de la formación del sentimiento de ser, alrededor del cual se establecerá una sensación de identidad. Son dos los indicadores que representen el final de esta etapa, por un lado, el que el niño logre ponerse de pie y por otro, cuando es capaz de responder con sonrisas a su compañero simbiótico por reconocimiento y diferenciación. Otras manifestaciones importantes se refieren a la nascente capacidad de reconocimiento de las necesidades tanto internas como externas, la objetivización de los sentimientos en actividades que no son sólo las del Yo y la construcción del esquema del objeto.

Los dos principales puntos de placer se derivan de la boca, uno a nivel pasivo (poner objetos en la boca, los cuales el niño incorpora), y otro a nivel activo (morder para aliviar la tensión provocada por la detención).

Por lo que se refiere al elemento cognocitivo, se dice, que en esta etapa aparece ya la permanencia del objeto.

2a. etapa. Separación-Individuación. Esta se inicia alrededor de los 18 meses y tiene su culminación alrededor de los 3 años. Dos funciones marcan su inicio: la marcha y la aparición de la función semiótica o simbólica (intrínsecamente ligada a la evolución del lenguaje), la cual consiste en la representación de los objetos por medio de un significante diferenciado. Con esta función surgen varias conductas como la imitación, la cual se inicia en la etapa anterior, pero con la peculiaridad de que ahora está se realiza en ausencia del modelo, por lo cual se llama imitación diferenciada y juego simbólico.

Esta etapa de individuación coincide con el entrenamiento de esfínteres. Generalmente el niño se ve obligado a obedecer a los adultos por medio de su autoridad, cuyo fundamento se encuentra en el castigo. Este entrenamiento esfinteriano es generalmente la 1a. exposición a la disciplina y la autoridad. El niño debe aprender a diferenciar su Yo y sus heces fecales. La zona erógena anal uretral obedece a impulsos contradictorios: la retención y la eliminación. Esta dualidad toma forma en los enunciados "mío" y "tuyo", es decir, entre aquello que pertenece al niño y lo que es externo a él.

K. Abraham -citado por Rosario Murga y Patricia Olguín (1982)- sugiere que esta etapa se divide en dos fases:

La retentiva, en la cual las heces fecales se retienen por ser un objeto amado, y la expulsiva, en donde el niño no tiene en cuenta el objeto exterior y goza de la expulsión sádica. Con el control esfinteriano, se produce en el niño la sensación de dominio y la delimitación de límites corporales que establece una separación definitiva entre el individuo y el mundo externo.

Otras características importantes en esta etapa son, por un lado la confusión sexual con la micción y, por otro, la falta de diferenciación entre los sexos, es decir, el niño aunque ya sabe a que sexo pertenece no tiene clara la diferencia entre ser hombre o mujer.

3a. etapa. Identificación Primera. El pleno desarrollo de aparato locomotor, la capacidad de manifestar el papel sexual, el aumento de contactos sociales, el desplazamiento del interés exclusivamente a sí mismo, preparan al infante para la genitalidad infantil. Es la época de los "por qué?", en la cual se desarrollan los esquemas de causa-efecto y la precausalidad, y en la que se está muy apegado a la visión mágica-fenomenica. El niño es egocéntrico y por tanto interpreta los fenómenos en función de la propia experiencia, y a partir de ella desarrolla sus propias teorías sexuales. El reconocimiento de las diferencias sexuales se acentúa en el proceso de entranamiento de esfínteres, el cual puede causar estados de angustia por daño corporal.

La teoría infantil de las relaciones sexuales adultas se centra en hechos como morder, succionar, defecar, orinar, manipulaciones genitales (el concepto de penetración se adquiere hasta la adolescencia), etc. La identificación a la que se hace referencia esta etapa se realiza por la resolución del Complejo de Edipo, en donde el niño se identifica con el padre, siendo como él en lugar de reemplazarlo, y la niña centrando la atención en éste como sustituto de la madre.

4a. etapa. Escolar. Esta etapa coincide con el periodo que Freud llamó latencia, en donde consideraba que el impulso sexual sufría un decremento. Aquí las características fundamentales son el desarrollo en las áreas social e intelectual. En el plano cognoscitivo el niño se encuentra en las operaciones concretas, su pensamiento es lógico y realista. Las relaciones de objeto son reemplazadas por identificaciones y se establecen relaciones por medio de la cooperación, aumenta el sentimiento de valía y el desarrollo del lenguaje ha alcanzado gran plenitud. Es de importancia la formación del Super-Yo y el establecimiento de relaciones sociales basadas en el respeto mutuo y en el sentimiento de justicia. Es aquí, también, donde la información sexual adquiere mayor coherencia.

Como se puede observar, las teorías existentes, de la sexualidad infantil, no la explican a la luz de un sólo factor, sino que toman en cuenta elementos cognitivos, sociales, psicológicos, biológicos, etc., que se enlazan complejamente para dar como resultado individuos únicos y manifestaciones diferentes de la expresión sexual.

4.5.2. Desarrollo Psicosexual Puberal.

Existen diversas definiciones sobre la pubertad y la adolescencia. Incluiremos algunas definiciones de ambos términos para luego hacer una breve consideración de los procesos biológicos que intervienen en los cambios fisiológicos propios de este período.

- Definición.

Para aclarar el término de pubertad es necesario realizar una revisión de los conceptos que hacen referencia a esta etapa. A continuación se presentan una serie de definiciones hechas por profesionales en diferentes áreas, recopiladas por Gilberto García (1982) y que aparecen en su artículo "La pubertad", editado por CONAPO. De este mismo autor se extraen las consideraciones de los procesos biológicos que desencadena la pubertad y la descripción de los cambios ocurridos en este período.

(23)

1. Nelson, W.E. Pediatra. Doctor en Medicina.

"La palabra pubertad se usa para designar un punto arbitrario en el proceso interrumpido de la maduración; la menarquia en las niñas y cierto acontecimiento menos claramente definido que se realiza en los niños aproximadamente dos años más tarde. Los cambios de prepubescencia preceden los primeros cambios sexuales secundarios de la adolescencia y son elementos integrantes de la maduración más que simples elementos preparatorios".

2. McCay, L. Doctor en Medicina. Semiólogo.

"Estado de la vida durante el cual ya es posible la reproducción sexual y las características sexuales secundarias comienzan su desarrollo".

3. Grinder, E.R. Psicólogo Social.

"El período en que se desarrolla el sistema de la reproducción suele recibir el nombre de pubertad. La pubertad, con referencia a los muchachos, a veces implica la consecución de toda la capacidad reproductiva como la producción de gametos o espermatozoides; la nubilidad viene a indicar la posibilidad de ovular, de quedar embarazadas, llevar el feto hasta el último momento y parir, en las muchachas."

4. Blos, P. Psicoanalista.

"El término pubertad se emplea para clasificar las manifestaciones físicas de la maduración sexual; por ejemplo, la pubertad se refiere al período que antecede al desarrollo de los caracteres sexuales primarios y secundarios. El término adolescencia se emplea para clasificar los procesos psicológicos de adaptación a las condiciones de la pubertad."

5. Beach, F.A. Psicólogo; Ford, S.C. Antropólogo.

"A veces se da por sentado que una vez que el individuo ha pasado por la fase de la pubertad, es sexualmente maduro. En realidad, sin embargo, la pubertad y la madurez están totalmente separadas.

La pubertad significa el comienzo de la maduración sexual. La adolescencia es el período que se extiende desde la pubertad hasta la consecución de la plena madurez reproductiva. Estrictamente hablando, la adolescencia no queda terminada hasta que todas las estructuras y procesos necesarios para la fertilización, concepción, gestación y lactación han madurado adecuadamente. Este complejo proceso de maduración puede abarcar un período de 10 años o más".

Las definiciones anotadas anteriormente coinciden en el hecho de que la pubertad es el inicio de la vida sexual y reproductiva, que implican cambios morfológicos en el individuo. Estos cambios a su vez desencadenan una serie de variantes conductuales, son hechos biológicos que originan un proceso psíquico con respecto a las nuevas adquisiciones corporales. Aunque el proceso de maduración sexual y biológico concluya, psicológicamente el adolescente seguirá adaptándose simultáneamente a los nuevos cambios físicos y a los aspectos medio ambientales sin que exista un límite fijo.

Procesos Biológicos que desencadena la pubertad.

El despertar del proceso biológico puberal está determinado por una base genética; los cambios propios de la etapa de la pubertad son iniciados por el hipotálamo quien estimula en la hipófisis la producción y secreción de estrógenos y andrógenos que al pasar al torrente sanguíneo y a los tejidos dan como resultado los cambios propios de la pubertad. Esta cadena al parecer tiene su culminación en glándula pineal que está intrínsecamente relacionada con las funciones cerebrales superiores.

Los estrógenos y andrógenos no son privativos de la pubertad, estos ya se han venido produciendo en bajas cantidades desde los 3 años de edad. En la pubertad se eleva la secreción de estrógenos en las muchachas y empieza a ser cíclica. En los varones adolescentes hay una elevación continua en la producción de andrógenos. Estos cambios físicos se acompañan de nuevas experiencias psicológicas, la más importante de las cuales es el incremento de la libido.

Descripción de los cambios ocurridos en la Pubertad.

El aumento hormonal en el torrente sanguíneo ocasiona varios cambios en los adolescentes de ambos sexos, estos cambios se notan en el crecimiento de la anatomía general, en el sistema reproductor y en la aparición de los caracteres sexuales secundarios.

El proceso de maduración se inicia alrededor de los 10-12 años en la mujer y en los varones entre los 12-14 años. Sin embargo existen amplias diferencias individuales y se suele situar como límite inferior normal la edad de 9 años y la de 17 como límite normal superior. La apa-

rición de la pubertad en la edad inferior a los 9 años suele denominarse pubertad precoz y cuando aparece después de los 17 pubertad tardía, estos casos deben considerarse como patológicos y generalmente tienen su causa en alguna alteración neuroendócrina. Este margen tan amplio, que existe en la aparición de la pubertad, se debe a la influencia de diversos factores, entre los que cuentan, la alimentación, el nivel socio-económico, el clima, la raza y la herencia.

Las características sexuales secundarias que se desarrollan en la pubertad son las siguientes:

Mujeres:

- Las glándulas mamarias aumentan de tamaño y los pezones comienzan a proyectarse hacia el exterior.
- La pelvis se ensancha.
- La estructura pélvica se dilata.
- Se desarrollan cojinetes de grasa sobre los muslos y caderas.
- Aparición de vello en el pubis y labios mayores.
- Aparición del vello axilar
- Aparición de la menstruación. Este hecho indica que el cuerpo se está preparando para la reproducción.
- Inicio del proceso de ovulación (los ovulos maduros en condiciones de ser fecundados no aparecen sino aproximadamente un año después de la 1a. menstruación).
- En cuanto a la maduración del aparato sexual reproductor, se manifiestan los siguientes cambios:

Los órganos genitales internos y externos inician su crecimiento, los labios mayores se hacen más gruesos y prominentes, los labios menores también crecen y pueden hacerse visibles entre los mayores y el clitoris desarrolla su red de vasos sanguíneos. En esta época los ovarios, el útero y la vagina también se modifican creciendo hasta alcanzar sus dimensiones adultas.

Varones:

- Crecimiento del pene y el escroto.
- Aparición del vello púbico, axilar y facial.
- Crecimiento de testículos, modificación de su estructura interna iniciándose el proceso de activación de las células que darán origen a los espermatozoides.
- Eyaculación (13-14 años)
- Cambio de voz.

- Desarrollo muscular.

Simultáneamente con la aparición de los caracteres sexuales secundarios, se está produciendo el crecimiento y desarrollo de la próstata, vesículas seminales y de las de otras estructuras del aparato sexual masculino.

Tanto en las mujeres como en los varones adolescentes el impulso sexual y el interés en actividades sexuales aumenta, sin embargo, en la mayoría de las sociedades se tienen restricciones basadas en las normas y valores particulares, los cuales impiden la liberación del impulso sexual. Esta situación restrictiva puede generar situaciones de conflicto y tensiones, las cuales se canalizan dentro del ámbito familiar y social. Cuando el conflicto no se resuelve adecuadamente las relaciones familiares se deterioran pues el adolescente al sentir que no es comprendido, que es rechazado o que no le importa a nadie puede a su vez no desear la compañía de sus familiares y considerarlos sus enemigos.

En un plano social es posible que se revele contra la normatividad y en caso extremo convertirse en un infractor de esa reglamentación que desde su punto de vista es inadecuada.

4.5.3. Desarrollo Psicosexual del Adolescente.

Esta constituye la última etapa de interés del presente trabajo. Su exposición se realizará en los siguientes términos: Definición de Adolescencia, Etapas del Desarrollo Sexual de Adolescente y Actividades Sexuales en la Adolescencia, apartados que se han extraído del artículo de Patricia Olguín (1982) titulado "Desarrollo de la sexualidad en la Adolescencia" incluido en el volumen número 3 de la colección de CONAPO sobre la Sexualidad Humana. (24)

- Definición.

La adolescencia es un período crítico del desarrollo humano. Este desarrollo se caracteriza por la confluencia de factores tanto biológicos, como psicológicos y sociales. Patricia Olguín (1982) menciona algunas definiciones que hacen énfasis en uno u otro factor:

La raíz etimológica del término de adolescencia proviene del verbo latín *adolescere*, que significa crecer. Una definición que hace énfasis en los aspectos biológicos es la que apunta Littré que dice: "la adolescencia es la edad que sucede a la infancia y que comienza con los signos de la pubertad", por su parte P. Elos acentúa los factores psicológicos y dice que la adolescencia es "la suma total de todos los intentos para ajustarse a la etapa de la pubertad, al nuevo grupo de condiciones internas y externas -endógenas y exógenas- que confronta el individuo." Por otro lado Hallengstæd propone una definición que enfatiza factores de tipo social: "la adolescencia es el período de la vida de una persona durante el cual, la sociedad en que vive cesa de considerarlo niño, pero no le entrega plenamente el estatuto de adulto, sus costumbres y sus funciones."

Teniendo en cuenta los anteriores elementos, proporcionados por cada una de las definiciones anotadas y considerando que el hombre es una unidad biopsicosocial indivisible, P. Olguín propone la siguiente definición: "la adolescencia es una etapa de transición de la vida infantil a la vida adulta, durante la cual el joven busca las pautas de conducta que respondan al nuevo funcionamiento de su cuerpo, y a los requerimientos socioculturales de ese momento."

Etapas de desarrollo Sexual del Adolescente.

La exposición que sigue esta basada fundamentalmente en las consideraciones hechas por P. Olguín que se apoyan a su vez en las aportaciones realizadas por P. Elos y E. H. Erikson.

Las etapas en las que se divide el período adolescente son las siguientes:

- 1er. etapa. AISLAMIENTO.
- 2a. etapa. ETAPA DE ORIENTACION INCIERTA DE LA SEXUALIDAD.
- 3a. etapa. ETAPA DE APERTURA A LA SEXUALIDAD.
- 4a. etapa. CONSOLIDACION.

- 1a. etapa. AISLAMIENTO.

Los cambios propios de la pubertad generan en el adolescente una nueva situación a la cual debe adaptarse, su nueva imagen y sobre todo incremento del impulso sexual ocasionan que su sentir y su pensar de se transformen, su personalidad no posee todavía los mecanismos necesarios para dirigir y canalizar adecuadamente ese impulso, por lo que se ve en la necesidad de ir elaborando conductas adaptativas a su nueva situación.

En esta etapa se forma una nueva modalidad del pensamiento: las operaciones formales, las cuales permiten la reflexión y la crítica necesarias en el proceso adolescente. Las operaciones formales confieren al pensamiento un poder nuevo que le permite abstracciones de lo real para edificar a voluntad reflexiones y teorías. Las diferencias en el desarrollo, el concepto de belleza y las comparaciones contribuyen al surgimiento de la crisis de identidad. Todas estas nuevas situaciones generan conflictos en el adolescente y el retraimiento del mundo exterior y el centrarse en si mismo son la consecuencia de estos nuevos cambios.

La etapa de aislamiento reviste características diferentes según el sexo al que se pertenece. Así por ejemplo, la menstruación y la capacidad eyaculatoria, ambos indicadores de la capacidad de procreación, tiene diferentes significados en el hombre y la mujer. Para la mujer menstruación significa la posibilidad de procrear, mientras que la eyaculación en el varón la posibilidad de placer, desligando esta actividad de la procreación.

Por otro lado, en cuanto a la identidad sexual se refiere, el varón logra superar la tendencia a identificarse sexualmente con la madre

activa, la madre reproductiva que da la vida, y la madre onipotente que satisface todas las necesidades, utilizando como recurso generalizado el rechazo hacia todas las mujeres, llegando incluso a negar la existencia de éstas y formando grupos exclusivamente masculinos, negando de esta forma la angustia que les provoca la mujer.

Por su parte la adolescente mujer, ya desde su primera identidad sexual (3-7 años), ha abandonado a la madre como objeto central de su amor, lo que implica reprimir las pulsiones pregenitales estrechamente ligadas a las primeras formas de gratificación madre-hija. De esta forma la mujer en esta etapa tiene una franca orientación hacia la heterosexualidad lo cual no implica que haya asumido la femineidad, sino que la joven se defiende para no crear de nuevo la dependencia infantil madre-hija.

La tensión sexual, se libera indiscriminadamente, y una amplia gama de estímulos no sexuales, pueden activar una conducta sexual. De cualquier manera la única forma de gratificación sexual que se encuentra bajo el "dominio" del adolescente ya sea hombre o mujer es la masturbación. Sin embargo esta actividad sexual supone técnicas diferentes entre uno y otro sexo. El joven para masturbarse debe hacer uso necesariamente de sus manos, mientras que la mujer puede no hacerlo. De esta forma el aparato sexual femenino permite a la mujer excitarse sin utilizar las manos y puede obtener satisfacción sexual por largo tiempo, sin necesidad de alcanzar el orgasmo, y por otra parte, ella lebera con facilidad su tensión sexual mediante fantasías, sueños romántico eróticos. Finalmente a la joven se le inculca con mucha insistencia evitar cualquier tipo de satisfacción sexual antes de la vida conyugal.

2a. etapa. Etapa de la orientación incierta de la sexualidad.

Como el adolescente ha logrado cierto control de conducta, inicia la 2a. etapa, la cual se caracteriza por una búsqueda intensiva por identificarse con personas ajenas al hogar, por un debilitamiento del super-yo debido principalmente a la separación emocional que se efectúa entre el adolescente y sus padres. Este debilitamiento del super-yo genera a su vez el debilitamiento del Yo. Para compensar la pérdida que el Yo ha experimentado (la separación del progenitor del propio sexo) se consolida el yo-ideal, el cual se caracteriza en el amigo del mismo del sexo. Es frecuente que de estas relaciones surgan relaciones homosociales y homosociales, que casi nunca son aceptadas, en donde el voyeurismo, el exhibicionismo y la masturbación mutua son las expresiones preferentes.

La amistad femenina también es importante pero su curso es diferente a la expresada en el varón. La mujer busca amistades femeninas las cuales tengan similitudes o diferencias radicales con los padres. La amiga es amada en forma pasiva, de ella se espera recibir atención, cuidados y afectos. Los sentimientos eróticos que se experimentan en esta relación se canalizan en pláticas, cuentos, chistes, confidencias, etc.

En esta etapa la mujer tiene una orientación homosocial. Esto se debe principalmente a que encuentra menos obstáculos socioculturales y psicológicos para manifestar conductas ambivalentes. Este hecho también

se relaciona con la preponderancia que tiene el hombre en la sociedad ya que la adolescente siente como deseables las características masculinas para tener una noción de igualdad.

3a. etapa. Etapa de apertura hacia la heterosexualidad.

Esta etapa se inicia con la declinación de las tendencias homosexuales, cuando la conducta se orienta hacia la heterosexualidad. Los impulsos pregenitales, se ubican como una iniciación a la relación sexual coital. Las primeras elecciones de pareja que casi siempre se basan en similitudes con los padres o bien por rasgos opuestos que juegan indeseables en éstos. De cualquier forma estas relaciones son ambivalentes y se caracterizan por compromisos superficiales, debido al narcisismo del adolescente.

Los jóvenes poseen un acentuado narcisismo, el cual actúa como protección al sentimiento de abandono y se genera por la necesidad de romper los infantiles vínculos de relación afectiva con los padres. Al mismo tiempo este narcisismo aísla al adolescente porque se mezcla por un lado la fantasía y por otro la creencia de que él, con sus capacidades, puede hacer y transformarlo todo.

En este período de la adolescencia se revive la rivalidad con el padre del mismo sexo, debido a que el adolescente debe renunciar a la dependencia afectiva que mantuvo con él anteriormente. Para sustituir esta pérdida se "recurre" al clásico "enamoramiento". El enamoramiento se caracteriza por un sentimiento de "estar completo", debido a la complementariedad entre el hombre y la mujer. Hay que notar sin embargo, que estos primeros "amores románticos" tienen características asexuales, al menos en el varón. Esta situación es debida a que el muchacho considera a su madre como asexual y la ha introyectado como "buena" y por tanto su amor ideal es también asexual. La comunicación paulatina entre la pareja disipa estos temores para integrar en un solo plano los diversos aspectos de la sexualidad y puede conducir a la relación sexual coital.

Si no es posible llevar a cabo la satisfacción del impulso sexual, o para controlar al mismo, el adolescente recurre a los mecanismos de defensa, más usuales en este período como el ascetismo la intelectualización y el uniformismo.

El ascetismo prohíbe la expresión del impulso sexual y la intelectualización conecta los procesos pulsionales con contenidos ideacionales, lo que permite hacerlos conscientes y, por tanto, controlables. Aparentemente la intelectualización contiene más potencial positivo, mientras el ascetismo es esencialmente restrictivo del yo. Por otro lado el uniformismo consiste en ser igual en la conducta manifiesta con los demás, es un mecanismo de grupo que protege al individuo de la ansiedad.

La adquisición de la masculinidad y de la femineidad siguen procesos diferentes; Por un lado el muchacho se sobrepone a los residuos de la temprana identificación con su madre por medio de artificios sobrecompensatorios que le hacen mostrar características de una masculinidad inconfundible. Es frecuente que se afilie a grupos formados por adolescentes los cuales le proporcionan seguridad, status, valores, nor-

mas grupales, identificación con un líder, al mismo tiempo que fortalecen sus sentimientos de solidaridad y lealtad hacia el grupo.

La muchacha, por su parte, deberá identificarse con su madre. Si esta relación no es hostil la joven aceptará sus deseos heterosexuales sin ansiedad y la maternidad será una de sus metas en la vida. Esta identificación también determinará la forma de enfrentar los fenómenos biológicos que evidencian su feminidad, así como que la llevarán a renunciar a sus deseos y fantasías de ser varón.

Finalmente en esta fase el yo establece una jerarquía de funciones. La instalación del pensamiento formal crea la posibilidad de desarrollar teorías y sistemas y el joven adquiere conciencia de la importancia de sus acciones para su papel y lugar presentes y futuros en la sociedad.

Al llegar al fin de esta etapa el joven llega a un arreglo final que manifiesta en forma subjetiva como "el modo de vida". Esto implica la resolución del conflicto de identidad.

4a. etapa. Etapa de consolidación.

Esta última etapa que marca el final del adolescencia, la cual se puede definir por sus aspectos psicológicos. El yo del adolescente ha logrado estabilizar sus funciones e intereses, ha superado la mayoría de sus conflictos y la identidad sexual toma su forma definitiva. Los esfuerzos del adolescente se canalizan hacia la vida productiva en las áreas vocacionales, recreativas, etc. La relación amorosa adquiere estabilidad porque se reconoce el valor intrínseco de la pareja. La integración de la ternura y la sexualidad, además de la entrega y el compromiso caracteriza también esta relación.

4.6. Manifestaciones de la Sexualidad.

La sexualidad, tal como se ha definido, abarca una amplia gama de manifestaciones que van desde la genitalidad hasta las influencias educativas determinadas por el sexo del niño, la discriminación por sexos, etc.

Se han elegido algunos temas sin que ello signifique que estos constituyen la totalidad de las manifestaciones de la sexualidad, sino que son estas formas particulares las que conforman el interés del presente estudio. Se incluyen, además, otras formas que no siendo manifestaciones de la sexualidad tienen una relación estrecha con esta, como es el caso de los anticonceptivos.

4.6.1. Masturbación.

Las actividades que se tienen en torno a la masturbación han variado en el devenir histórico considerandola como una actividad digna de

severos castigos divinos, pecaminosos, y perniciosos para la salud mental y física de los individuos que la practican. Por ejemplo el Dr. Tissot, en 1793, dice que la masturbación era un delito moral que ocasionó lo que llamo "locura masturbatoria". Otros médicos y psiquiatras se suenan como defensores de estas afirmaciones y, en aras de la salud de sus pacientes, hacen uso de exhortaciones morales y procedimientos mecánicos (jaulas y bragueros metálicos) y quirúrgicos (extirpación del clitoris, circuncisión y castración) para evitar el tocamiento de los genitales. En contraste Sigmund Freud, a principios de este siglo afirmaba que todos los niños son autoeróticos; el hecho de jugar consigo mismo no puede considerarse como una desviación patológica de cualquier norma humana. (25)

Clayton H. Bent (1980) dice que la masturbación no es la única actividad sexual infantil y que de hecho sus juegos están impregnados de sexualidad, tal es el caso del juego de médico y la enfermera, que permite al niño ver y tocar las partes sexuales del otro. Esta curiosidad infantil que se manifiesta en la conducta lúdica, ayuda al niño a comprender e introducirse al mundo de los adultos. A través del juego "crea" situaciones y asume diferentes roles en donde entretaje la compleja interacción del mundo de los adultos con sus normas, valores y actitudes. (26)

No únicamente el sujeto infantil se masturba, Giraldo Meira (1981) -basado en Kinsey- opina que prácticamente todos los hombres y la mayoría de las mujeres adultas lo hacen; aun siendo personas casadas. También agrega que, la manera como lo hacen y la frecuencia con que lo practican varía enormemente. Algunas personas se preguntan cuántas veces en cuanto tiempo es lo correcto, indudablemente esta pregunta tiene una respuesta personal, ya que lo que a una persona le parece "normal" a otra le parecerá un exceso. Este mismo autor al respecto dice que cada persona considerara "normal" o "anormal" una actividad sexual en función de sus propias necesidades y costumbres. De cualquier forma para una persona con fuertes restricciones sexuales "tantito" ya es un exceso, y concluye diciendo que la masturbación no tiene relación de causa-efecto ni con la impotencia, la soledad o el aislamiento ni con la homosexualidad; no produce males físicos; no hay una norma para definir el exceso, ni es fisiológicamente posible rebasar los límites que el propio cuerpo impone, puede ser parte de una buena relación sexual o una actividad adicional y los sentimientos de culpa resultantes provienen del aprendizaje de que esta actividad es mala y perniciosa. (27)

4.6.2. Relaciones Sexuales y Matrimonio.

Héctor Carrizo (1982) opina que tradicionalmente la familia, a través del matrimonio ha constituido el marco legitimador socialmente aceptado para la conducta sexual placentera y reproductiva. Relación sexual y matrimonio se convierten en sinónimos, el matrimonio es pretexto para tener relaciones sexuales y la relación sexual es despojada del elemento placentero para subordinarse a la procreación y de esta forma justificar su ejercicio. La sexualidad se ejerce únicamente dentro de la alcoba marital y muchas veces no se concibe otro forma de manifestación sexual sino la practicada dentro de ese restringido espacio.

Este mismo autor opina que actualmente se esta observando una

tendencia general hacia la liberalización de la sexualidad tanto en el medio rural como en el urbano. Las actitudes de la comunidad hacia conductas consideradas anormales (madres solteras, uniones libres, práctica del divorcio, anticoncepción y relaciones premaritales) son más flexibles. (28)

La familia tiene funciones específicas, como son la procreación, ayuda, seguridad, educación, y apoyo, las cuales no siempre son cubiertas satisfactoriamente (madres abandonadas, niños maltratados, explotación infantil, etc.), y ni el tradicional sistema represor de la sexualidad ni la actual tendencia liberadora pueden garantizar por sí solos la integración de las uniones matrimoniales y el cumplimiento de las funciones de la familia.

El matrimonio, constituye un paso de primordial importancia y según López Ibor (1974) hasta el momento, ha sido dejado prácticamente al azar, a la intuición de los contrayentes o bien se a supeditado a otros intereses de tipo familiar ajenos a las capacidades o necesidades personales de la pareja. Y agrega que esta situación está cambiando gradualmente y ya en muchos países se extiende la costumbre de la consulta y asesorías prematrimoniales en donde se analizan los aspectos psíquicos y orgánicos de ambos contrayentes para aumentar las probabilidades de adaptación a la vida matrimonial, a la par que se informa acerca de los diversos aspectos referentes a la procreación, posibles trabas u obstáculos que en cada caso determinado son susceptibles de dificultar o impedir totalmente la buena adaptación al matrimonio. (29)

4.6.3. Maternidad y Paternidad.

El ser padre o madre es un derecho intrínseco a la naturaleza humana y, claro está, lo "natural" de este derecho no garantiza que se ejerza con responsabilidad.

Maternidad y Paternidad tienen significados diferentes. Por ejemplo para Hector Carrizo (1982), la mujer, a través de la maternidad adquiere la más importante y suprema valoración de su carácter y de su esencia como mujer. La paternidad, por su parte, a menudo es confundida con el concepto de virilidad, lo cual explica la conducta reproductiva, en términos generales, del mexicano. Al mismo tiempo la paternidad juega papeles decisivos en cuestiones de honorabilidad, alizanzas de clase y necéssarios sucesorios.

Los papeles paterno y materno son también distintos. La madre tradicionalmente tiene su carga al cuidado del hogar y de los hijos, el padre la manutención del hogar. Las mutaciones que se operan en la sociedad, principalmente en el medio urbano, impone cambios necesarios en los estilos de vida. La mujer ha adquirido el derecho a la autorrealización, al trabajo y al estudio, que aunados con sus "obligaciones" caseras no siempre resultan en una ventaja, pero aún así el hombre lenta y gradualmente participa más en las actividades del hogar.

En la actualidad la maternidad es concebida como una función asumida con responsabilidad y no en forma impositiva y menos aún determinista, que se integra y armoniza con el desarrollo integral de la perso-

na de la mujer. Sin embargo a pesar del cambio operado en otros sectores, para el padre ciertos valores no se modifican como el respeto a su autoridad, la prioridad en las decisiones, la jerarquía de roles; ya que sobre ellos no se trasgreda a ningún precio (30)

Más arriba se hizo referencia al hecho de que la paternidad-maternidad no siempre se ejerce responsablemente ya sea por ignorancia, negligencia o irresponsabilidad. En nuestro medio estos hechos hacen evidente la necesidad de orientación encaminada a la prevención de hijos no deseados. De aquí hacen los diversos esfuerzos de distintas instituciones de salud pública. Por ejemplo el programa de "Paternidad Responsable" (ISSSTE, 1973) cuyos objetivos se puedan resumir de la siguiente manera: Hacer vigente el derecho de la pareja para decidir libre y voluntariamente el número de hijos y la frecuencia para tenerlos, información y sobre paternidad responsable para así disminuir el índice de natalidad, prevenir el aborto provocado y colaborar con los programas nacionales de planificación familiar. (31)

Quando se habla de paternidad responsable se hace referencia a ambos progenitores y a las acciones y pensamientos que se hacen en función de los hijos para proporcionarles lo necesario para una vida feliz y un porvenir asegurado.

En nuestro medio normalmente es aceptado de que la Paternidad y la Maternidad tienen un valor en sí mismos como factores de realización humana. Sin embargo, no siempre la decisión de ser padres está basada en elecciones consientes, informadas, responsables y autónomas.

4.6.4. Anticonceptivos.

Clive Wood (1979) opina que los anticonceptivos son todos los medios a nuestra disposición para evitar un embarazo no deseado. Indudablemente los métodos anticonceptivos son de utilidad tanto personal como socialmente. Se habla de su utilidad personal cuando una pareja puede disfrutar de sus coitos sin el riesgo de un embarazo no deseado. Su utilidad social radica en colaborar con la política poblacional.

En el mercado existe una amplia variedad de métodos anticonceptivos, los cuales tienen prescripciones particulares de uso que deben tenerse en cuenta para su elección. Este mismo autor añade que la eficiencia y la idoneidad de un método son fundamentales y que cuando una pareja decide usar un método con preferencia a otro, desea tener la completa seguridad de que su utilización le permitirá evitar el riesgo de un embarazo no deseado además un método que da seguridad absoluta a una pareja puede ser totalmente inútil para otra, ya sea porque su uso les resulte difícil o desagradable. (32)

Sin embargo al hablar de métodos anticonceptivos no podemos hacerlo únicamente en términos de "cuál usar" y sus resultados sino que se deben tomar en cuenta los siguientes factores:

- a) Si perjudica la salud física y emocional del usuario. Actualmente es un hecho conocido que algunos de los métodos anticonceptivos empleados por mujeres pueden causar efectos secundarios en el organismo de las usuarias, así el dispositivo in-

trauterino puede producir hemorragias, espasmos dolorosos e infección genital. Por otro lado, la píldora, al modificar los ciclos hormonales del cuerpo puede causar alteraciones en la economía corporal.

- b) Que la planificación sea una responsabilidad compartida y no una imposición unilateral en uno de los integrantes de la pareja, hecho que es común ya que la mujer es depositaria, casi con exclusividad, de todo tipo de acción para la planificación mientras que el hombre, en gran número de casos, se desliga de esta responsabilidad.

Entonces mucha gente se opone a su utilización con consideraciones de tipo ético, moral y religioso. En este sentido Laurie Quillen (1979) dice que: "El éxito de los anticonceptivos está relacionado con factores emocionales y racionales, por lo que no basta conocer el proceso físico del coito y de la reproducción." (33)

4.6.5. Homosexualidad.

Rubio Auroles (1982) define que operacionalmente la homosexualidad como una actividad sexual en la cual la excitación sexual y el orgasmo se origina con un individuo del mismo sexo. Añade que mucho se ha dicho sobre la anomalía de esta actividad pero que en todas las sociedades y desde tiempo inmemorial ha existido, aceptada socialmente o bien prohibida y condenada, realizándose entonces en secreto.

En todos los tratados sobre el tema ya se ha hecho clásico la inclusión de un epígrafe en donde se explique la etiología del comportamiento homocérbico, sin embargo, este mismo autor añade que una explicación sobre la etiología de la homosexualidad debiera incluir también el origen de la heterosexualidad y la bisexualidad. (34)

Por su parte Alvarez Gayau opina que: "Si la heterosexualidad se explica como la atracción sexual efectiva en busca de satisfactorios orgásmicos (y afectivos) entre seres de sexo reproductivamente complementarios. La homosexualidad se explica, por el propio término como respuesta con las mismas características de estimulación y satisfacción entre individuos del mismo género o sexo anatómico-fisiológico." (35)

Las conclusiones que Rubio Auroles (1982) recopila sobre el particular son las siguientes: a) Ninguna alteración genética u hormonal ha sido identificada entre los homosexuales, bisexuales y heterosexuales; b) Factores hormonales. El papel de la influencia de los mecanismos hormonales en algún aspecto de la homosexualidad es sugestivo más está lejos de ser definitivo; c) Factores psicológicos. La escuela psicoanalítica considera de crucial importancia los factores parentales y las relaciones familiares psicopatológicas como causas de la homosexualidad, sin embargo, el mismo patrón familiar se observa con relativa frecuencia en individuos heterosexuales. Otro factor se considera el psicoanálisis es la existencia de una conflictiva inconsistente, resultado de la resolución inadecuada del Complejo de Edipo. La escuela conductista por su parte, dice que la elección del objeto homosexual puede ser una consecuencia de la adaptación a ciertas variables ambientales; una respu-

ta condicionada basada conductualmente en el condicionamiento positivo hacia un objeto sexual del mismo sexo. (36)

Como puede observarse las distintas hipótesis explicativas permanecen a un nivel puramente especulativo. De cualquier forma -opina Alvarez Gayou- "La homosexualidad como expresión del comportamiento sexual puede por tanto, sólo estudiarse a partir de una concepción de plasticidad conductual y complejidad responsiva." (37)

En la actualidad todavía existe una marcada tendencia a relacionar la homosexualidad y la enfermedad mental, sin embargo, Sigmund Freud desde hace tiempo apuntaba que "la inversión se halla en personas que no muestran otras grandes anomalías...y aparece asimismo en personas cuya capacidad funcional no se halla perturbada y hasta en algunos que se distinguen por un gran desarrollo intelectual y elevada cultura ética ... y continúa diciendo en "Carta a una madre americana"-... la homosexualidad seguramente no representa ninguna ventaja, pero no es algo de lo que uno deba apenarse, ni vicio, ni degradación, no puede ser clasificada como una enfermedad. Nosotros la consideramos como una variación del desarrollo sexual... es una gran injusticia y una crueldad perseguir a la homosexualidad como un crimen." (38)

Rubio Auriolas (1982) de acuerdo al DSM III concluye sobre este punto diciendo que, la homosexualidad "por sí misma no cumple los requisitos para ser considerada trastorno mental. La preferencia erótica no es motivo suficiente para clasificar a los seres humanos en sanos y enfermos". (39)

BIBLIOGRAFÍA.

4

- (1) Sporken Paul "Sexualidad del Deficiente". Siglo Cero, España, 1980, No. 70, (Julio-Agosto), pp. 53 - 60, p. 55.
- (2) Gafo Javier "Vidas con valor". Siglo Cero, España, 1980, No. 70, (Julio-Agosto), pp. 29 - 32, p. 32.
- (3) Op. Cit. Sporken Paul, p. 55.
- (4) Op. Cit. Gafo, Javier, p. 32.
- (5) Funke S., Gantier G. M., y Olguín P. P. "La Sexualidad Humana". En sociedad y sexualidad. Carrizo Barrera M. (Coordinador Gral.) México, 1982, VI, editado por el Consejo Nacional de Población. p. 33.
- (6) Alvarez Baycu, J. L., y Mazzin Rafael, Elementos de Sexología, México, 1979, ed. Interamericana, pp. 45 - 80.
- (7) *Idem.*
- (8) Clewson Bent. Información Sexual para Jóvenes, España, ed. Logués, 1980, p. 115.
- (9) *Idem.* p. 116
- (10) Giraldo Neira, Octavio. Explorando las Sexualidades Humanas, México, ed. Trillas, 1981, p. 32.
- (11) *Idem.* p. 197 - 219
- (12) Op. Cit. Funke S., Gantier M. y Olguín P. P., p. 34 - 37
- (13) *Idem.* 37 - 40
- (14) Rubio Aurioles, Eusebio. "Educación de la Sexualidad y Retraso Mental". Cuadernillo para educadores sexuales, Bogotá, Colombia, 1984, No. 7, Editorial Fotlito García e hijos, pp. 9 - 48, p. 25.
- (15) Op. Cit. Funke S., Gantier M., y Olguín P. P., p. 41.
- (16) González José Luis. Hacia una Sexualidad Creativa, México, 1982, Librería Parroquial, pp. 37 - 60, p. 37.
- (17) Corona Esther. "Algunas aportaciones al desarrollo de la infancia". En Individuo y Sexualidad. Carrizo Barrera M. (Coordinador General), México, 1982, V3, editado por el Consejo Nacional de Población. pp. 51 - 63, p. 52.
- (18) Op. Cit. González Luis Jorge. p. 37.
- (19) Op. Cit. Corona Esther. pp. 37 - 60
- (20) Freud Sigmund. "Tres Ensayos para una Teoría Sexual". Obras Completas. Madrid (España), Ed. Biblioteca Nueva, 1973. pp. 1169 -

2461, p. 1210;

- (21) Erikson H. Erick. Infancia y Sociedad; Argentina; 1976, Ed. Horme (6a. ed.) pp. 42 - 101.
- (22) Murga del V. R., y Olguín P. P., "Desarrollo de la Sexualidad en la Infancia"; Individuo y Sexualidad. Carrizo Barrera H. (Coord. General) México, 1982, V3, Editado por el Consejo Nacional de Población. pp. 21 - 44.
- (23) García Gilberto. "La Pubertad". Individuo y Sexualidad. Carrizo Barrera H. (Coordinado General) México, 1982, V3, Editado por el Consejo Nacional de Población. p. 69 - 114.
- (24) Olguín Patricia. "Desarrollo de la Sexualidad en la Adolescencia". Individuo y Sexualidad. Carrizo Barrera H. (Coordinador General) México, 1982, V3, Editado por el Consejo Nacional de Población. pp. 117 - 135.
- (25) Kaolen Helen. "De la Confesión a la Comprensión".
- (26) Op. Cit. Claesson Bent. p. 19.
- (27) Op. Cit. Giraldo Neira, p. 104.
- (28) Carrizo Barrera Hector. Familia y Sexualidad, México, 1982, V2, Editado por el Consejo Nacional de Población. p. 29.
- (29) López Ibor. El libro de la vida sexual. Barcelona, España, ed. Danes, 2a. reimpresión, 1974, VI, pp. 3 - 320, p. 299.
- (30) Op. Cit. Carrizo Barrera Hector.
- (31) ISSSTE. SUBDIRECCION MEDICA. Paternidad Responsable. Servicios Técnicos Normativos. Departamento de Enseñanza. Divulgación e Investigación. pp. 3 - 32.
- (32) Wood Clive. "Anticoncepción". Amor y Sexualidad. Editado por el E.N.E.S.A. Hong Kong. p. 93.
- (33) Quillan Laurie. "Cuando la anticoncepción es un problema". Amor y sexualidad. Editado por E.N.E.S.A. Hong Kong. p. 130.
- (34) Rubio Aurióles Eusebio. "Homosexualidad". Sociedad y Sexualidad. Carrizo Barrera H. (Coordinador General). México, 1982, VI, Editado por el Consejo Nacional de Población p. 439.
- (35) Alvarez Gayou, J. L., y Mazín Rafael. Elementos de Sexología. México, 1979, Ed. Interamericana, p. 46.
- (36) Op. Cit. Rubio Aurióles.
- (37) Op. Cit. Alvarez Gayou. p. 49.
- (38) Op. Cit. Rubio Aurióles.

3. CONSIDERACIONES GENERALES SOBRE LA SEXUALIDAD DEL SUJETO ESPECIAL.

La historia del sujeto especial no ha sido afortunada, ya que sus oportunidades de actuación social han sido restringidas y nada evidenciables. Ha sido objeto de rechazo, abandono, enclaustramiento (llamado ahora institucionalización), etc. y no es, sino hasta hace poco tiempo, que diversos sectores sociales hacen eco de su presencia. Ignorar su existencia ha redundado en el desconocimiento integral de su personalidad, lo cual ha fomentado mitos y prejuicios alrededor suyo, que no siempre son favorables y que lo exponen generalmente al rechazo.

Paulatinamente se reconoce que el sujeto especial es un ser humano y como tal, posee sexualidad. Este reconocimiento plantea una serie de problemas prácticos, éticos, morales y religiosos, cuya solución no puede venir de planteamientos tradicionales, ya que cuestiona los valores que rigen nuestra sociedad.

Al estudiar la sexualidad del sujeto especial se pretende analizar y describir algunos rasgos característicos de la sexualidad de mujeres y hombres en general pues como afirma Vazquez Palomino (1983) no se trata de ninguna especie biológica diferente sino que su sexualidad esta tan solo modulada por la minusvalía psíquica y por el modo de interactuar en y con el medio ambiente y añade que la intención primordial es invalidar los mitos que despojan a la sexualidad de su valor eminentemente humano y simplemente lo convierten achacandola a la condición especial- en un visión demoníaca, grosera y agresiva, vista como una actitud unicamente relacionada con los genitales y el coito. (1)

A continuación se apuntan algunas consideraciones que diversos profesionistas han hecho sobre la sexualidad de sujeto especial:

Jorge Jornada de Pozas (1980), opina que en este campo existe una gran ignorancia y las soluciones que se dan al respecto estan en función de la comodidad y el desconocimiento, del que cuida del sujeto especial y tienen sus bases en la moral social. En materia sexual la sociedad impone rigidamente al sujeto especial sus propios criterios, acentuando su carácter represivo tal vez por un miedo a lo desconocido y porque desde un punto de vista ético han estado cargados de connotaciones mucho más peyorativas que en otros campos; al sujeto especial no se le permite y no se le ofrece ninguna alternativa como no sean soluciones un tanto atípicas como: sublimar el celibato o intentar desviar o mitigar los impulsos sexuales mediante medicación o incluso mediante clonificación física y cirugía. (2)

El sociólogo Ramón Salazarbitoria (1980) dice que en el terreno de la sexualidad las inclusiones del sujeto especial, en muchos casos, chocan con las exigencias de su integración. La familia conyugal ha convalidado la sexualidad, restringiendo su ejercicio en la función reproductora. En este sentido los sujetos especiales tienen pocas posibilidades de realización sexual. Una vez más se plantea el tema del costo de esa integración que parece exigir un sometimiento a la norma, a cambio de ciertas compensaciones que quizá pueden expresarse también en términos de libertad. Evidentemente hay que poner freno a la represión sexual y a otras de que es objeto el sujeto especial, pero hay que ser lúcidos y tener presente que la ideología dominante no ha de transformarse por las acciones específicas que vayan a desarrollarse desde el campo de la

subnormalidad. (3)

Por su parte Javier Gato (1980) dice que el sujeto especial es una persona que posee sexualidad, que tiene sus tendencias sexuales y que no puede pensar en una realización de su personalidad que no integre su dimensión sexual. La ética sexual proclama sus propios principios que dictan la moralidad, pero que se refieren fundamentalmente a las situaciones de "normalidad", sin que se de apenas cabida a las situaciones que no encajan dentro de ella, que es además heterosexual. Esta moral apenas apenas tiene en cuenta la problemática que plantea el sujeto especial y su vida sexual, ofreciendo como única alternativa la abstinencia total. Es necesario intentar resolver bajo qué condiciones puede llegarse a una realización humana de la sexualidad de sujeto especial, ya que es insatisfactorio el afirmar que su vida sexual debe quedar regulada por los pautas que rigen la vida "normal". (4)

Magdalena Sanbat, Segrario Sanz del Río y Ana Dorroso en su artículo titulado "Interdicciones Moralistas" (1980) dicen que el sentido ético del comportamiento sexual del subnormal está en función una vez más de la ideología dominante transmitida por padres, educadores, etc. -Y afirman que- las personas no deficientes tienen capacidad y medios para trasgredir las normas morales y sociales existentes, disimulando las conductas irregulares y guardando ciertas formas, en cambio, el sujeto especial está constantemente controlado y espiado por padres y educadores y no tiene ninguna posibilidad de eludir dichas normas. Por tanto habría que ser mucho más tolerante, siempre y cuando sus actividades no concluyan en un embarazo. (5)

Pilar Álvarez, Carmen Cabellos, Manuel García, Francisco Pérez y Ramón Puig (1980) dicen que en cuanto a comportamiento sexual lo más frecuente es la represión, carencia de criterios morales y que la moral sexual que se impone en los sujetos especiales es mucho más restringida que la impuesta a la gente "normal". Según estos autores son básicamente 3 las actitudes que se distinguen en las consideraciones respecto de la sexualidad del Sujeto Especial: a) Temor a la reproducción, b) Considerar el sexo simplemente como un estado biológico y, c) Mentalidad de "Custodia" sobre todo en instituciones cerradas que no faciliten las posibilidades de evolución. (6)

Anparo Ferrer (1980) opina que los sujetos especiales son seres humanos dotados de sexualidad y que tienen derecho a la expresión de la misma. Naturalmente, esto exige un radical cambio de actitudes sociales, familiares, profesionales, institucionales, etc. "La sexualidad entre seres adultos que la consenten, prescindiendo de la edad mental que puedan tener, es algo que sólo les incumbe a ellos, con tal de que se haya reducido el riesgo de engendrar un hijo si no lo desean." (7)

Por último Alfredo Fierro (1980) supone que en "materia de sexo los padres y los profesionistas transmiten a los deficientes mentales pautas de conducta con un retraso de al menos una generación... y que ahora empieza a hablarse de "matrimonio protegido" de los subnormales cuando la institucionalización matrimonial de la sexualidad se halla muy en crisis." (8)

Con muchas las protestas en contra de las actual moral sexual, los análisis son variados, pero la puesta en práctica de acciones reales,

tendientes a mejorar la experiencia general y la vivencia particular de la sexualidad del sujeto especial, no encuentran el apoyo social generalizado para realizar planes concretos de acción.

5.1. Las dificultades de la realización sexual del sujeto especial:

5.1.1. Por la restricción de su "espacio vital".

El sujeto especial tiene contadas oportunidades de realización personal, debido fundamentalmente al restringido espacio que la sociedad le ha conferido. Antonio Guidi (1983) afirma que son especialmente dos en los que se mueven y desarrollan: el que vive en una institución y el que vive dentro de un seno familiar. (9)

Con respecto al que vive en el aislamiento institucionalizado el mismo autor dice que: "vive en realidad, la suya, tan artificial y opresiva que la entera representación del propio Yo y también de la sexualidad resultan gravemente perturbadas. Es desesperante hacer una hojeda al enorme número de estudios que se han hecho sobre el comportamiento sexual de las personas deficientes institucionalizadas que se limitan a cuantificar las así llamadas perversiones pasando casi por encima, a la hora de hacer consideraciones, sobre lo aberrante y negativa que es la institucionalización en sí misma. Algunas manifestaciones como la masturbación, la homosexualidad, la relación sexual con el sexo opuesto, es decir, todas esas manifestaciones, incluso las excesivas o las violentas a menudo representan las únicas posibilidades de sentirse vivos, de sentir el propio cuerpo de una manera correcta, ya que la vida estereotipada, rigidamente impuesta, tiende a hacer perder al individuo el sentido de la propia identidad; sin embargo, son estas manifestaciones mayormente mortificadas y reprimidas... y aun cuando ya se están manifestando algunos cambios hacia la liberación... la etiqueta de institucionalizado limita enormemente cualquier posibilidad de manifestación sexual." (10)

El sujeto especial que vive fuera de las instituciones encuentra dificultades en dos niveles principalmente: en el macrosocial y en el microsociedad. En el primero se le niega trabajo, educación, vivienda. En el microsociedad (familiar) debido a los múltiples mensajes que reciben los padres (informaciones profesionales inexactas, falta de apoyo profesional, actitudes de parientes y amigos de piedad, compasión, de rechazo y lástima hacia el niño o la niña y hacia ellos mismos), y a su propia percepción se crea una "marginalización negativa". El resultado final son dos códigos que los padres elaboran para sí y repercuten en su hijo. Uno es el código externo que es superficial y aparente, según el cual los dos padres sufren, aceptan o rechazan al niño o niña y el rechazo o aceptación se traduce en mantener en casa al niño o en delegarlo a una institución, el código interno, por otro lado, afecta directamente a los padres ya que estos van reflejando en aquel una imagen de su propia incapacidad general y en especial sexual. Esta imagen desvirtuada afecta la vida sexual de la pareja, que se reduce a una actividad esporádica y culpable. Semjante situación dolorosa se mantiene durante años y se intensifica cuando aparece en escena el cuerpo del niño o niña: aparecen las primeras señales de la madurez sexual (vello púbico, primeras eyeculaciones, menstruación), las cuales son señales que abren viejas heridas que refuerzan las angustias poniendo en tela de juicio la elección-

renuncia que hizo la pareja; se resisten los padres a aceptar la sexualidad del hijo especial porque los enfrenta a la suya propia, con la que pudo ser y no fue. Se intenta censurar esta madurez sexual utilizando un sofisticado y complejo mecanismo de rechazo a través de instrumentos verbales y extraverbales, como por ejemplo, el llenar al hijo especial adulto de mitos infantiles, que bloquean la autonomía de los hijos en situaciones lejanamente sexuales, como pueden ser la elección de vestidos, de lecturas o de películas; estas elecciones que lejanamente tienen algo que ver con lo sexual supondrían, al menos, una opción autónoma que debería ser la premisa para una elección sexual libre. Se aceptan, con muchas reticencias, prácticas autoeróticas, pero la misma menstruación queda reservada y oculta en la más estricta intimidad. No obstante, cuando ciertas prácticas sexuales irrumpen incontrolables, la angustia de los padres se hace irrefrenable o se recurre al psiquiatra a causa de estas "perversiones"; se intenta, a toda costa, perpetuar en el tiempo una imagen de hijo o hija como angel asexualado. (10)

5.1.2. Dificultades de índole científica, social y ética para la realización de la sexualidad del sujeto especial.

Alfredo Fierro (1978), opina que desde el punto de vista científico existe una total ignorancia en cuanto a factores hereditarios y sobre el conocimiento de lo que pasa en los matrimonios de los sujetos especiales. Por ejemplo, la probabilidad de hijos deficientes, cuando ambos padres lo son, es juzgado por algunos médicos como del 90 por ciento mientras que para otros sería del 10 por 100 nada más, habiendo entre estos dos extremos opiniones intermedias para todos los gustos. Sobre lo que sucede en los matrimonios de los sujetos especiales cada quien tiene una experiencia variable que le han permitido formarse una opinión general y personal sobre el asunto, pero no hay experiencia científica válida. (11)

Por otra parte la sociedad tiene su base en la familia, unidad que funciona aislada e independiente. Esta situación condiciona que el sujeto especial no pueda formar una familia. Las dificultades en este sentido proceden en gran medida del aislamiento familiar en las ciudades masificadas y en el caso de los sujetos especiales las posibilidades de que formen con éxito un hogar están ligadas a la existencia de un sistema social de ayudas que apoyen a ese hogar siempre que sea necesario.

Desde el punto de vista ético -afirma Alfredo Fierro (1978)- la cuestión sexual se debate entre el rigorismo y el caos de costumbres. La moral sexual toda ella pasa por asunto de orden público y apenas se considera la posibilidad de distinguir entre cuestiones sexuales que afectan el orden público y sobre las que debe recaer un acuerdo social, y otras que pertenecen a la esfera privada en las que cada cual ha de arreglarse con su conciencia o su criterio sin expresiones de una normativa impuesta por los demás. (12)

5.1.3. Dificultades para la realización de la sexualidad del sujeto especial desde el punto de vista de las actitudes.

Se ha insistido a lo largo del presente capítulo, en que el sujeto especial es objeto de diversas actitudes. Estas provienen de educadores, padres, familiares, etc. La actitud que la comunidad tiene de la sexualidad del sujeto especial es el reflejo de la actitud general hacia su persona. En la actualidad se observan cambios en las actitudes hacia la sexualidad general, sin embargo, Murray Margenstern (1979) opina que pese a la progresiva relajación de los rígidos principios morales, los cambios de las actitudes sociales frente al sujeto especial van rezagado con respecto al liberalismo con que se contemplan otras minorías, incluidos los homosexuales. Quizá este retraso obedezca a que los sujetos especiales carecen de capacidad de comunicación verbal, razón por la que no han podido organizarse en un cuerpo homogéneo como han hecho otros grupos minoritarios. (13)

Este mismo autor opina que se reconocen fundamentalmente 3 actitudes respecto a las expresiones sexuales del sujeto especial: 1) Aquella que lo reconoce como un infra-humano. 2) Aquella que lo ve como un "niño inocente" y, 3) Aquella que lo toma como una "persona en desarrollo". Y nosotros agregamos una cuarta actitud que considera al sujeto especial un ser sexualmente peligroso e incontrolable. (14)

1) El infra-humano.

Viene a ser la actitud más arcaica; ve en los sujetos especiales seres más cercanos a los animales y por lo tanto considera que deberían estar recluidos con derechos y comodidades mínimas. El planeamiento de la cuentición sexual obviamente no existe. Sostienen que los caracteres anormales son hereditarios y que la sociedad debe protegerse contra ellos.

2) El "niño inocente".

Actitud esencialmente paternalista, basada en la piedad, la benevolencia y la indulgencia. Esta actitud deshumaniza al sujeto especial, generando su pasividad y un sentimiento de ser de otro mundo. Evidentemente los impulsos sexuales no existen pues prevalece la noción de que es un eterno "niño" que no entiende nada y no sabe nada, en suma un "ser inocente".

3) La persona en desarrollo.

Esta actitud procede de los elementos más civilizados y progresistas de nuestra sociedad que defiende los programas de educación sexual, control de la natalidad, maternidad y servicios de puericultura. Están convencidos que el sujeto especial tiene derecho a hacer el amor y casarse. Sin embargo aún cuando por estos elementos se ha avanzado mucho, todavía se encuentran reticencias para separar la actividad sexual del matrimonio y la procreación. El temor a que la sexualidad activa de los sujetos especiales de lugar a un mayor número de los mismos, mueve incluso a sectores cultos a limitar el derecho de toda persona especial a experimentar o demostrar competencia sexual. Las restricciones que se imponen al derecho de todo individuo de ser dueño de su vida sexual se apoyan en clasificaciones de su grado de retraso y en predicciones sobre su capacidad o incapacidad para ser productivo laboral y socialmente y feliz en el matrimonio, y esos criterios no se aplican a los individuos

"normales" cuando van a casarse o entablar relaciones sexuales. Sin embargo, esos grupos progresistas, a pesar de defender a los sujetos especiales, por la angustia ante la amenaza que ello supone para el nivel intelectual general de la población pretenden racionalizar su actitud, realmente represiva, apelando a la nobleza de sus objetivos sociales. Así que aún cuando se les "conceda" el ejercicio de la sexualidad, se pretende que se sienta obligados a regirse por convencionalismos y costumbres tradicionales. De modo que la libertad sexual que nuestra sociedad ostenta, no alcanza a los sujetos especiales.

La actitud que les atribuye características de incontrolabilidad y peligrosidad sexual va en ellos unos seres de los cuales deben cuidarse. El sujeto especial es, desde esta perspectiva, un ser perverso y criminal que desconoce la más mínima norma moral y que es incapaz de controlar sus instintos. Esta actitud con frecuencia es apoyada por los médicos masivos de comunicación anarillista.

5.2. Sobre los aspectos biológicos, psicológico y social de la sexualidad del Sujeto Especial.

La expresión de la sexualidad del sujeto especial encuentra múltiples barreras para su realización. Estas barreras son de orden social, científico, ético, etc. tanto defensores como detractores de la actividad sexual de aquellos buscan razones y justificaciones para regular, impedir o concederles libertad. En el capítulo anterior se hizo referencia a la sexualidad en sus aspectos biológicos, psicológicos y sociales; aquí la exposición se restringe a la consideración de estos aspectos desde la perspectiva del sujeto especial.

5.2.1. El aspecto biológico de la sexualidad del Sujeto Especial.

La base universal de la sexualidad es el sexo. Constituido este por las características morfológicas y fisiológicas que diferencian al hombre y a la mujer. Quien pretenda afirmar que el sujeto especial es un ser asexuado podrá corroborar lo contrario "al echar una miradita" a unos genitales nada invisibles. Parece, sin embargo, que no es suficiente su presencia, sino que debe demostrar su suficiencia. Las opiniones en contra del reconocimiento de la constitución sana del sexo de los sujetos especiales tiene sus fundamentos en consideraciones de sentido común cuya base se encuentra en la ignorancia y en el rechazo generalizado de aquellos. De las investigaciones del equipo del Servicio Internacional de Información sobre Cribnormales (1981) se concluye lo siguiente: El sujeto especial tiene su sexo estructurado y constituido en normalidad, si acaso con muy ligeras excepciones, que ni siquiera son específicas de los deficientes mentales. En el caso de los síndromes de Klinefelter y Turner, apuntando por último que... su sexo sexo genético y cromosómico su sexo hormonal o fisiológico son enteramente normales como los de cualquier otro no deficiente mental. (15)

5.2.2. El aspecto Psicológico de la sexualidad del Sujeto Especial.

Este aspecto se refiere a identidad sexual, la cual puede definirse como la forma particularizada de percibir y responder al entorno en función de nuestra formación como hombres o mujeres. Está constituida por la Identidad de Género (conciencia de pertenecer a un sexo determinado), el Rol de Género (comportamiento que hace evidente al sexo al que pertenece) y la Orientación Sexual (atracción por determinado sexo para relacionarse afectiva y sexualmente). (16)

Las conclusiones a las que ha llegado el equipo del Servicio Internacional de Información sobre subnormales (1969) son las siguientes: "El sexo psicológico, o nivel psíquico del sexo integral, es el que puede ser considerado como afectado por una mayor dificultad de expresividad y relacionalidad si lo comparamos con el no deficiente mental, así como por una deficiencia propia funcional o psicósomática. Un niño inadaptado o deficiente, de hecho, es un ser humano al que no le falta nada para vivir, amar, comunicarse, crear, procrear; es un ser humano en su totalidad, un psiquismo cuya función simbólica está intacta. El desarrollo de su cuerpo, interrumpido por el traumatismo, no ha hecho los mismos progresos ni al mismo ritmo que los otros niños de su edad civil. No existe edad civil para la vida simbólica; la edad civil es el correlativo de las relaciones humanas. Y no existe edad para que la evolución cese, a menos que esté muy cerca de la muerte psicológica." (17)

Sobre la percepción del Rol Sexual, la elección del mismo y la figura de identificación Murry Morgenstern (1979) dice lo siguiente: Cuanto más pequeño es el niño con más probabilidad asigna todo tipo de funciones a la madre independientemente de la actividad implicada. Los subnormales de más edad tienden a diferenciar los roles de manera más reflexiva, pero en general, no llegaban a distanciarse totalmente del rol femenino. Sobre la preferencia de un papel sexual afirma que: La preferencia del rol sexual que los sujetos subnormales de 13 a 16 años manifiestan es similar al de los sujetos normales de 13 años. Asimismo los sujetos retrasados de 17 a 20 años manifiestan preferencias del rol semejante al de los sujetos normales menores de 17 años de esto concluye que los modelos de desarrollo psicosexual de los sujetos especiales suelen tener lugar a una edad cronológica más avanzada que en las personas "normales". A la misma conclusión llega al referirse a la figura de identificación (18). La variedad de estas opiniones es relativa, ya que si bien estas características pueden aparecer en los sujetos especiales superficiales, es de dudar que aparezcan en los sujetos con mayor daño.

La identificación de género tiene también sus peculiaridades. Los sujetos especiales suelen diferenciar un sexo de otro sobre consideraciones de tipo perceptual, por ejemplo el largo del pelo, la vestimenta, etc., todas ellas consideraciones sociales de la diferenciación sexual. No se considera por ejemplo, la existencia de los genitales, esto aún en los sujetos más grandes (de 14 y 23 años). Estas respuestas, sin embargo al menos en los sujetos mayores, pueden estar condicionadas por la actitud generalizada de silencio alrededor de toda cuestión sexual.

5.2.3. El aspecto Social de la Sexualidad del Sujeto Especial.

Ya se mencionaron anteriormente las diversas dificultades que el sujeto especial encuentra para la realización de su sexualidad, que son de orden social, científico, ético y actitudinal, que se entrelazan para conformar las características particulares de su socialización.

La sociedad ha limitado el espacio en el cual pueden desenvolverse los grupos minoritarios, sea porque ven contra sus intereses, por negligencia o por ignorancia (nos referimos a la ignorancia que se caracteriza por el desconocimiento de las necesidades de esos sectores, aún cuando se sabe que existen). El sujeto especial es rechazado sistemáticamente de los tradicionales espacios vitales (escuelas, diversión, trabajo, etc.) relegándole la mayoría de las veces únicamente al seno familiar o a instituciones especiales en las cuales prevalecen condiciones de existencia artificiales. Lo que caracteriza su socialización es precisamente el rechazo, el enclaustramiento y la dependencia. En suma, una socialización que no conjuga las exigencias del grupo con sus requerimientos de experiencias positivas para el desarrollo de su personalidad.

5.3. El Desarrollo Psicosexual del sujeto especial.

5.3.1. El Desarrollo Psicosexual infantil del sujeto especial.

Sobre este punto todavía falta mucho por investigar. Las observaciones que a continuación se anotan constituyen los primeros esfuerzos serios para el entendimiento de la sexualidad del sujeto especial.

Murry Murgens (1979), sobre la base de los apartaciones de Sigmund Freud a la sexualidad infantil, hace las siguientes consideraciones: Todo joven ya sea varón o mujer atraviesa una serie de etapas psicosexuales desde la primera infancia hasta la madurez sexual: son las fases oral, anal, fálica, período latente y génital. Este esquema de desarrollo es patrimonio de cualquier individuo, ya sea normal, excepcional impedido o retrasado. Dentro de un amplio margen, el desarrollo infantil del individuo especial sigue el mismo esquema que el de una persona normal, excepto que el niño especial requiere más tiempo para pasar de una fase a otra y que, debido a sus diferencias y menor reserva de capacidades presenta menos tolerancia ante las tensiones, mayor ansiedad, un ego más débil y relaciones más pobres con personas y objetos.

El que el niño especial no alcance un grado de eficiencia funcional "normal", puede ser consecuencia tanto de sus experiencias vitales y de sus deficiencias globales, como de las omisiones de su desarrollo. Las deficiencias respecto a la habitual madurez a nivel físico se deben a anomalías cromosómicas, errores innatos del metabolismo, aberraciones genéticas, agresiones corticales, etc. En el nivel psicológico los límites en el desarrollo son atribuibles a insuficiencias del ego, indiferencia ante el entorno, carencia de estímulos ambientales, incapacidad de desviar el pensamiento y falta de diferenciación del propio Yo. El lactante, especial o no, ha de aprender a diferenciar entre sus necesidades internas y externas.

Para el retrasado, más lento que el niño típico en cuanto a desarrollo motor, mental y social, es indudablemente más difícil transitar a

las ideas de omnipotencia infantil y de su autoeficiencia unilateral. Su ego débil y las exigencias propias de esta fase evolutiva le hacen sentirse vulnerable y frustrado y pueden impedir que se establezca una relación de confianza mutua entre él y la persona adulta que le atiende. La lentitud del desarrollo del ego y de otros procesos de desarrollo suelen traducirse en el desvío del compromiso que el niño establece con personas y cosas, así como las limitaciones de su capacidad para manipular, explorar, aprender y amar. Esta incapacidad para reconocer un entorno ocasiona en el niño especial, un desapego de las cosas y las personas y a ser incommunicativo. Tiende a ser solitario, sin ataduras, que vaga de un lado a otro sin sentido ni objetivos, desorientado y perdido. También puede suceder que se aferre desesperadamente a los objetos en busca de protección, al no ser consciente de su dependencia ni poder diferenciar el uso funcional de los objetos de su necesidad personal del algo a lo que aferrarse, algo más bien que alguien.

El paso de una fase a otra en cualquier momento de desarrollo del niño puede ocasionar una crisis en el desarrollo del ego. Todo cambio, toda nueva fase de maduración, conlleva un gasto de energía y de fuerza del ego y exige el control del mismo para aprender cosas nuevas. En los primeros años de vida tanto el niño especial como el típico, debe aprender a reconocer su propia individualidad, a aceptar el mundo exterior y su propia vulnerabilidad y a comprender el significado de la recompensa postergada. A medida que crece, debe adquirir habilidades motoras y capacidades de percepción a fin de dominar algunas actividades necesarias para la vida independiente. Pero las limitaciones de capacidad del individuo especial prolongan su dependencia y agravan el problema que supone una separación emocional de sus padres.

Durante el periodo de latencia el niño especial tiene otras experiencias traumáticas que tienden a debilitar su ego induciéndole a una pérdida de autoestima. El encontrar su puesto en el hogar, la escuela y la comunidad, la adquisición de nuevos conocimientos del dominio de otras habilidades, prestar atención a nuevas ideas, presenciar o ser objeto de diversos tipos de investigación sexual, etc., pueden estar más allá de sus capacidades. En este periodo el niño especial tiene interés sexual, pero es posible que no tenga a nadie con quien compartir sus sentimientos o que advierta su fingida indiferencia. Sin embargo, por lo común tendrá menos libertad incluso para curiosarse por las calles, pues sus padres quizá no le permiten dedicar su tiempo libre a juegos callejeros no controlados. Si es lo bastante osado como para intentar algún juego sexual en el sanitario de la escuela o en cualquier otro sitio aislado, es más probable en su caso, que se le castigue severamente o se le vigile siempre en adelante. No se tiene en cuenta que desde la ocurrencia elemental los chiquillos típicos tienden a ser sexualmente curiosos, exhibicionistas y voyeristas. Casi todos empiezan a masturbarse muy pronto y encuentran innumerables situaciones para satisfacer sus necesidades de masturbación. Pero el comportamiento sexual de este tipo suele alarmar más cuando se refiere a un individuo especial. (19)

Por otro lado el Dr. Guillermo Coronado (1984) desde una perspectiva médica opina que tanto el niño típico como el especial, en el transcurso de su evolución pasan por 5 crisis vitales, pero que el niño Especial debido a sus condiciones biopsicosociales y las debilidades de su ambiente familiar necesita un apoyo constante, de lo contrario será importante para soportarlas con éxito.

Las características de las primeras 4 crisis vitales en el niño especial son las siguientes:

- 1a. Recien nacido o neonato. El niño especial está sujeto a factores genético-metabólicos que lo determinan, prenatales y perinatales. Los cuales muchas veces lo conducen a la muerte.

- 2a. Lactante. Los peligros están constituidos por su precario estado nutricional, mínimos cuidados efectivos parentales, escasos valores culturales de los padres, indiferencia, rechazo agresión, etc.

- 3a. El niño pequeño. El niño especial, al tratar de obtener su independencia dado su terreno familiar y su requitico biológico somatopsíquico, además de su escaso contenido afectivo-emocional, es igualmente impotente para soportarla y, menos para superarla cumplidamente.

- 4a. 2a. Infancia (30 meses a 17 años). El niño especial se caracteriza por su inmadurez y deterioros neuronales. En esta fase no se ha hecho suyas debidamente los patrones educativos y de conductas; sus impulsos temperamentales son incapaces de romper los lazos familiares para penetrar en otros mundos y entonces se ponen a prueba sus carencias en toda su capacidad adaptativa. (20)

En resumen durante la infancia, el niño aprende un sinnúmero de cosas y no se sabe definir todavía hasta que punto y por qué mecanismos los individuos especiales están condicionados por su minusvalía, y solo por ella en su desarrollo integral. Parece ser que a la condición especial se asocian una serie de deficiencias en la estimulación que influyen decididamente en su desarrollo integral. (21) Lo que es más importante aquí entonces, es dar mayores oportunidades de desarrollo y de un trato que en lo posible sea el que se da a la población general. La infancia es una etapa en que los individuos son grande y fácilmente maleables (educables, adaptables, conducibles) y por tanto también vulnerables. En esta etapa influyen decididamente las actitudes positivas y negativas que se fomentan.

5.3.2. Desarrollo Psicosexual Puberal del sujeto especial.

Sobre la aparición de los signos de la pubertad se tienen los siguientes datos:

Remy Lafon (1978) dice que la edad de la pubertad no se retrasa mucho en general (22) y Vázquez Falconino (1983) opina que su madurez biológica ocurren con cierto grado de retraso respecto a la población general de su misma edad (23). Las consideraciones de orden biológico, crean repercusiones psicológicas y sociales tanto para el individuo especial como para la gente que le rodea. Sobre estos últimos factores Vázquez Falconino dice: Desde la pubertad, el individuo recibe una valoración social cargada de significación y que va a influir en la autoestima del sujeto dentro de un ciclo de retroalimentación tanto positiva como negativa. El púber asume a este protagonismo y debe darse cuenta y comprender sin la nueva auto significación de su modo de existir cotidiana-

mente en las dimensiones psíquica, física y social. En los sujetos especiales ocurre una discrepancia en estos aspectos madurativos. La comprensión de las repercusiones sociales de estos fenómenos, así como su influencia en la propia autestima van a depender de su capacidad o desarrollo intelectual, así como de la calidad del refuerzo y motivación que ha estado recibiendo.

Padres, maestros y en general todos aquellos que se encargan del cuidado y educación de sujeto especial pueden servir tanto de apoyo como de obstáculo al darle a entender que carece de derecho, dignidad, al ser una persona humana fallada, el fallo o desgracia en la propia esencia personal. El proceso madurativo es diferente según el grado de limitación del sujeto especial, de tal forma que algunos bastante limitados intelectualmente atraviesan estas etapas sin percatarse de la compleja serie de cambios acontecidos y sus repercusiones.

A los individuos especiales más dañados se los encuentra prácticamente pasivos, inconodos. A veces pueden disfrutar de pasajeras y bruscas experiencias de gratificación corporal, por caricias o contactos tanto con compañeros de su propio sexo como del opuesto; ocasionalmente pueden acceder a la actividad masturbatoria. La actividad coital la logra un pequeño porcentaje de este grupo. Algunos, dado su grado de vulnerabilidad, son fácilmente seducidos y por lo tanto deben ser protegidos de probables abusos, violaciones o de riesgos de embarazo no deseado en el caso de mujeres. Para aquellos que recurren a la masturbación, los mejores cuidados y apoyos que se les pueda brindar consistirán en ejercitar esta actividad con un contexto privado, y libre de connotaciones de culpabilidad o del control represivo. Otros, más dotados intelectualmente pueden comprender algún sentido de privacidad y de pudor.

Por su parte aquellos individuos especiales medios y ligeros manifiestan más interés y participación en la retroalimentación social que tienen con sus conciudadanos y familiares de los cuales reciben alabanzas, muestras de coquetería, mensajes indirectos, así como reproches.

Hay que tener en cuenta que los sujetos especiales necesitan una educación larga, lenta, repetitiva y progresiva y que los educadores y otros profesionales que los acompañan continuamente no están obligados a declarar sus propios valores sexuales, pero sí se espera de ellos suficiente madurez y apertura al diálogo para no transmitir ni sus errores, ni sus ansiedades, y que tampoco busquen inconscientes compensaciones. Las reacciones y actitudes de los padres son muchas veces de negación total de las necesidades de sus hijos especiales o de aceptación desfasada. Te cualquier forma debe aceptarse que el individuo especial tiene necesidades eróticas, sexuales y efectivas de expresión corporal, de cariño y ternura y que como ser humano requiere de su satisfacción.

(24)

En la pubertad el Dr. Coronado (1994) sitúa la 5a. Crisis vital, y opina que debido a los limitados recursos orgánicos, intelectuales, psicológicos y sociales el individuo especial no podrá resolver satisfactoriamente la nueva adaptación que plantea esta fase y que la formación de los valores humanos se verá dificultada. (25)

5.3.3. Desarrollo Psicosexual del Adolescente Especial.

Pubertad y adolescencia son dos procesos que, como ya se indicó, corren paralelos. La pubertad es el proceso biológico que se manifiesta en los cambios corporales anotados y el término adolescencia se refiere a la adaptación psicológica y social que los jóvenes deben hacer en función de su nueva imagen corporal y los cambios que suponen.

El desarrollo psicosexual del adolescente se centra en 3 aspectos fundamentales: a) Reforzamiento de los sentimientos de identidad, b) asumir su rol sexual y c) Consecución de un nivel de independencia. (26)

El adolescente especial encuentra no pocas dificultades para realizarse en estos tres aspectos del desarrollo psicosexual. La identidad, con una base biológica para reconocerse como hombre o como mujer, no se sustrae a la influencia social. Hombre y mujer, especial o no reciben trato diferencial desde el momento de su nacimiento y, en términos generales, en nuestra sociedad todavía se inculcan los tradicionales papeles de hombre-activo y mujer-sumisa (aún cuando la situación esta cambiando paulatinamente). Esto es relativo cuando se habla de los individuos especiales, pues pueden darse situaciones extremas; por un lado, debido a las deficiencias que caracterizan a su personalidad, pueden recaer sobre él sumos cuidados y atenciones al grado de impedir cualquier movimiento o acción autónoma. Esto evidentemente bloquea el desarrollo de la iniciativa, fomentando profundos lazos de dependencia. Por otro lado, puedan darse incongruencias entre el tradicional rol que se exige al adolescente y sus capacidades de acción y pensamiento. Si a esto sumamos lo que ve y oye de los adolescentes típicos; ¿Cuál puede ser la percepción de sí mismo? Evidentemente no podrá ser otra que una percepción confusa y devaluada.

El desempeño de su papel sexual lo enfrentará a diversos problemas. Los reducidos espacios de realización, de relaciones personales, y las limitaciones intrínsecas de la personalidad del individuo Especial condicionarán su rol sexual, que puede definirse como dependiente-rechazado.

Por último las consideraciones sobre la independencia, resultan utópicas. No habrá tal independencia mientras se los encierre o se limite las posibilidades de acción de acuerdo con sus capacidades. Mientras no se le considere en el pleno laboral, económico, legal, social, etc. -y mientras se sigan escribiendo ensayos inútiles sobre la libertad que tienen de amar, de sentir y experimentar.

El panorama no se presenta muy alentador, pero cualquier aproximación que intente aplicar el desarrollo psicosexual del sujeto especial, sin tomar en consideración las anomalías en que se desenvuelve tendrá un escaso valor y los resultados de cualquier afirmación obviamente se concretarán contra la persona de estos.

5.4. Manifestaciones de la Sexualidad del sujeto especial.

En el punto anteriormente se han expuesto las características de

algunas manifestaciones de la sexualidad humana. Aquí se tratará de analizar los problemas y alternativas que en cada una de estas manifestaciones tiene el sujeto especial.

5.4.1. Masturbación

Las actitudes que giran en torno a la masturbación son diversas, aunque generalmente son de índole negativa. Debe reconocerse sin embargo -como opina Anparo Ferrer (1980)- que la masturbación "es una expresión normal de la sexualidad que se hace cuando uno está sano, cuando está disfrutando la vida..Supone una alternativa provisional y, para muchos, su única forma de expresión de la sexualidad". (27) Los sujetos especiales tienen derecho a saber que la masturbación nada tiene de malo y que la sexualidad es una cosa placentera.

Tanto para individuos especiales como típicos, la masturbación tiene dos valores fundamentales: 1) relajación de tensión y 2) Vivencia de sensaciones placenteras. La masturbación viene a ser entonces una forma de tomar contacto y conciencia del propio cuerpo, es "un modo de buscar placer y gratificación de forma simple, sin excesivos esfuerzos, gratuito y eficaz (28). "Evidentemente el logro de esta satisfacción y la realización de los valores anotados depende enormemente de que se afronte una actitud positiva hacia la masturbación.

5.4.2. Relaciones sexuales y Matrimonio.

Relaciones sexuales y matrimonio, matrimonio y procreación o relaciones sexuales y procreación está íntimamente ligadas por condicionamiento social aunque son cosas diferentes. La familia conyugal ha confiado a sus terrenos el ejercicio de la sexualidad. En estas condiciones la expresión de la sexualidad del individuo especial encuentra muchos problemas.

Al sujeto especial se le impide el ejercicio de las relaciones sexuales porque éstas "deben" de realizarse dentro del contexto matrimonial, y después se le niega la oportunidad de casarse debido fundamentalmente a: su incapacidad socioeconómica, funcional, afectiva y por la posible transmisión hereditaria de sus características a su descendencia.

Sobre el 1er. punto Alfredo Fierro dice (1979) que para casarse no basta amar y ser amado, tampoco es suficiente poder engendrar. Es preciso además poder administrar, ganar dinero, afrontar a diario y durante toda la vida la tremenda soledad que rodea al hombre en cuanto sale de su familia. Una sociedad que exige del padre de familia cualidades de administrador y de la madre condiciones de economista, cómo va a dejar en manos de sujetos especiales funciones tan delicadas como las de la economía doméstica? Por otro lado supone también que en materia de sexo los padres y los profesionistas les transmiten pautas de conducta con un retraso de al menos una generación y, el mismo autor al referirse al "matrimonio protegido" (término creado para referirse a la ayuda y asesoría continua a los matrimonios de individuos especiales y que encuentra sus bases en lo que se conoce como empleo protegido) concluye que se empieza a hablar de matrimonios protegidos cuando la institución matrimonial ya está muy en crisis. (29)

De la capacidad funcional se dice que el sujeto especial es incapaz de educar, guiar y sostener a sus hijos y que estos crecerán con enormes deficiencias estimulatorias, fomentando de esta forma el aumento de la población especial.

Por otro lado se especula sobre la imposibilidad de que formen relaciones "duraderas y profundas". Al respecto Jorge Jornada de Pozas (1980) dice "se sostiene que no es capaz (el sujeto especial) de enamorarse y se obstaculiza el matrimonio, basándose en la incapacidad de una estabilidad efectiva, como si el panorama de los llamados normales pudiera ejemplificar en lo que a estabilidad de la pareja se refiere". (30)

Por último se cree que transmitirán sus características y, en caso de no ser así, funcionalmente serán incapaces de educarlos satisfactoriamente. Y entonces no está solo la herencia sino también la influencia patológica del ambiente familiar.

Ante estas situaciones se podrían sugerir estas alternativas:

- 1.- Separar la actividad sexual del matrimonio y la procreación. Esto último puede realizarse mediante la adecuada prescripción de métodos anticonceptivos.
- 2.- Formación de equipos multidisciplinarios de asistencia a las pare-

jes de sujetos especiales, casados o no. El costo de estas acciones deberá tomarse en cuenta, especialmente en los lugares con graves problemas económicos. En cualquier forma podría efectuarse uno de los ya existentes, proporcionando la preparación pertinente, para evitar la creación de nuevos puestos.

- 3.- Fomentar la creación de programas de asistencia social para los hijos de los sujetos especiales: guarderías, servicio de particulares, estimulación temprana, etc. Lo dicho en el punto anterior se aplica en este caso.

Alfredo Fierro (1978) concluye diciendo que: El matrimonio debe ser ensayado con todos sus riesgos. El ensayo de un matrimonio no parece ser más lesivo que mantener colgando a los sujetos especiales, pese a que esto último sea la generalizada costumbre. La posibilidad de fracaso conyugal no es razón suficiente para disuadirlos del matrimonio, ya que igual posibilidad amenaza a todo hombre y mujer que se casa. A menos que la abundancia de tales fracasos se deduzca la oportunidad de sustituir el actual sistema conyugal por otro. (39)

5.4.3. Paternidad y Maternidad.

Va se explicó cuál es el valor de ser padre-madre y se hizo referencia a que es un derecho básico, que sin embargo no garantiza el que los padres den una educación y apoyo acorde con las necesidades del infante.

Cuando se habla de los sujetos especiales esto no se toma en cuenta y se exige de él un perfecto desempeño. Las objeciones que se originan son las siguientes: Transmisión hereditaria de la condición especial a la descendencia y la incapacidad funcional para educar y sostener a los hijos (aunque este último argumento sea más bien de carácter económico).

Las discusiones que giran en torno a estas cuestiones son encoradas y no se ha llegado a ningún acuerdo, por ejemplo Scally Brian dice que "ciertos estudios han demostrado que los matrimonios fértiles de individuos de inteligencia subnormal generan hijos cuya inteligencia solo es, por término medio, ligeramente inferior a la de la población general. Los padres que son especiales necesitan un apoyo social considerablemente mayor para que sus hijos no sufran carencia de estímulo." (32)

Por otro lado Rany Lafon (1978) asegura que en un estudio de 120 niños de padres especiales (27 parejas) el 30% de los niños eran deficientes profundos, el 45% tenían una deficiencia intelectual grave, el 22% tal vez nacidos con una capacidad intelectual normal, eran retrasados intelectuales por carencia y luego agregó que no se sabe cuales pudieron haber sido los resultados en caso de existir una tutela apropiada influye la herencia y el ambiente en cada caso particular. De cualquier forma al lado de los riesgos hereditarios ciertos, pero mal evaluados y porque la incapacidad parental de un matrimonio de deficientes es segura concluye que es preciso abordar la anticoncepción para los sujetos especiales. (33)

Los estudios realizados en el contexto nacional son escasos, si no inexistentes por tanto se hace necesario recurrir a la experiencia de otros países para ver qué sucede con los hijos de los sujetos especiales y cuáles podrían ser las posibles alternativas aquí. Estudios realizados en Suecia durante 1980 arrojaron las siguientes conclusiones:

- Que para una mujer minusválida hay mucha diferencia, por lo que se refiere a su capacidad, entre criar un niño y crear varios.
- que la proporción de minusválidos que dan a luz a niños minusválidos es solo ligeramente mayor que la de madres no minusválidas de niños afectados. (En una jurisdicción de 274,000 habitantes las estadísticas comprobaron que solo tres de cada 93 niños de madres minusválidas eran subnormales)
- que históricamente considerado, el número de hijos de minusválidos nunca había sido tan reducido como en la actualidad;
- que nunca se había manifestado tanta preocupación por las madres minusválidas como en nuestros días, y que con la asistencia adecuada ellas dan a luz menos niños que el promedio; por último
- que apenas el 15% de los minusválidos tienen padre o madre minusválida. (34)

Como puede observarse las opiniones son en extremo contradictorias y las soluciones propuestas también: se sugiere que los anticonceptivos son lo ideal pero se esgrime, al mismo tiempo que la libertad de los individuos especiales se ve frustrada. Dos posiciones perentorias exigen la total prohibición de actividades sexuales o la esterilización "voluntaria". Por otro lado se dice que el problema de los hijos queda resuelto por una red de seguridad social que abarque asistencia doméstica, familia asistente, plaza de guardería infantil, etc., pero que se debe tener en cuenta su costo social. A la luz de todas estas consideraciones deben adoptarse aquellas medidas que sean menos lesivas a la persona del sujeto especial y en todo caso considerar los intereses del niño nacido de estas uniones.

5.4.4. Anticonceptivos.

Los anticonceptivos van ganando cada vez más adeptos a pesar de las restricciones que se imponen a su uso en diversos medios. No se han generalizado a todos los sectores por objeciones de tipo moral, ético religioso, y de salud de las usuarias.

En un plano realista debería considerarse que su uso, en los sujetos especiales es menos lesivo, ya que prácticamente las únicas oportunidades que tiene para realizarse sexualmente son la masturbación (si se permite) por su carácter "privado" (no se necesita otra persona) o por otro lado, las opciones son una restricción total de libertad y la esterilización forzada.

No sería más benéfico para todos considerar a los anticonceptivos

de manera realista y práctica? Una actitud en este sentido redundaría en una mayor libertad para relacionarse afectiva y sexualmente, para el sujeto especial lo cual le brindaría el mismo tiempo una mayor oportunidad para referirse a sí mismo como un apersona amante y amada. Por otro lado los padres de los sujetos especiales encontrarán un desahogo a las tensiones que genera un embarazo no deseado. Al margen de las opiniones a favor de delegar al sujeto especial la propia decisión al respecto, (que son muy respetables y elogiables) se debe tomar en cuenta a los padres de sujetos especiales ya que son ellos (y solo ellos) los que deben tomar bajo su custodia al nuevo ser. La infraestructura de salud y de asistencia social en nuestro país es de por sí deficiente y si bien se han expuesto algunas soluciones viables al respecto, no se debe sobrecargar el precario equilibrio familiar.

No se pretende aquí hacer una versión simplista o reducir todas las discusiones que en torno a este tema se desatan, pero es más conveniente sentar una actitud práctica, que permita acciones inmediatas, que perderse en elucubraciones que no conducen a ninguna parte.

En primer lugar es fundamental señalar que la elección entre todos los métodos anticonceptivos que existen hoy requiere hacer un balance entre los riesgos para la salud y los riesgos de embarazo.

El uso de los anticonceptivos orales produce numerosos efectos metabólicos. La morbilidad y mortalidad debidas a enfermedades tromboembólicas, incluida la embolia pulmonar tienen una frecuencia significativamente más alta en las consumidoras de anticonceptivos que en las que no lo son. Parece ser que los efectos secundarios, de carácter más o menos grave, limitan la aceptación de este método para regular la fertilidad. Debido al régimen preciso que es necesario seguir y a la necesidad de una atenta vigilancia médica de los signos y síntomas de efectos adversos, los anticonceptivos orales solo están indicados en aquellas mujeres especiales sometidas a la supervisión de otra persona, como un padre-madre o esposo típico, o que están frecuentemente motivadas o sufren una insuficiencia leve.

- Dispositivos Intrauterinos. Los efectos secundarios más frecuentes son hemorragias vaginales, dolor, calambres, dolor de espalda, inflamación en la pelvis y perforación uterina. Dado que la eficacia anticonceptiva no depende en este caso de la motivación constante o de especiales aptitudes intelectuales, están particularmente indicando en la mujer especial sexualmente activa.

Existen otros métodos cuya funcionalidad es limitada, entre ellos se encuentran los espermicidas vaginales, el coitus interruptus, el calendario del ciclo menstrual y el método del ritmo de la temperatura y el diafragma. La utilidad del condón en caso de hombres especiales puede ser problemática.

Una última alternativa es la esterilización. Idealmente esta solo debería ser practicada en los casos más graves y en base a consideraciones médicas sobre posibles riesgos de salud de la madre. (35)

Algunos autores encuentran la explicación al comportamiento homosexual de los sujetos especiales en sus especiales condiciones de existencia, es decir la institucionalización sexista y la segregación. Así el equipo del Servicio Internacional de Información sobre Subnormales (1930) afirma que la homosexualidad (del sujeto especial) es una variante minoritaria de la sexualidad común y que la sexualidad del sujeto especial no tiene por que serlo. La conducta homosexual se aplica por la exclusión de los sujetos especiales de posibilidades de relacionarse con el otro sexo. Homosexualidad y heterosexualidad son un producto del aprendizaje de actitudes y dimensiones y que si se dieran las oportunidades que tiene la población general, el comportamiento homosexual disminuiría notablemente. Estas suposiciones llevan a la conclusión de que el comportamiento homosexual, en general es un comportamiento sustitutivo por la falta de otros a su alcance. Al mismo tiempo rechazan el comportamiento homosexual ya que desde su punto de vista existen pocos homosexuales felices. (36)

Las afirmaciones arriba expuestas son cuestionables (revisar en el capítulo anterior el epígrafe sobre "Homosexualidad") puesto como ya se dejó anotado anteriormente ninguna causa ha sido identificada como definitiva en la génesis de la homosexualidad y que no es una enfermedad mental lo que se debe tener en cuenta es que tanto la homosexualidad y la heterosexualidad son posibilidades tanto de experiencia evolutiva, cuanto de actividad gratificante. Sobre el particular Vázquez Falcoín (1963) opina que en el sujeto especial "actúa una larga evolución y educación que en gran parte recibe y le ha sido impuesta, con cuya base y condicionamiento evolucionaria, busca alguna forma de equilibrio adulto, intenta algunas de las formas típicas de convivencia sexual conocida o alguna de sus formas sustitutivas, buscando en todo caso no producir daño ni enajenación, ni para sí mismo ni para segundas personas, procurando intencionalmente acoger, refuerzo a sus preferencias, compañía y, en una sola palabra, bienestar." (37)

5.4.6. Consideraciones generales sobre la Normalidad y la Relatividad Cultural.

Se expuso anteriormente las consideraciones respecto a los conceptos de Normalidad y relatividad Cultural. Las conclusiones que se desprenden de estos dos puntos son las siguientes razones:

- Nuestros conceptos de "bueno", "malo", "perverso", etcétera, son relativos y son producto del aprendizaje. Pueden ser modificados.
- Las actitudes y valores, que nos han inculcado sobre las distintas manifestaciones de la sexualidad, no son las mismas ni en todas las épocas ni en todos los lugares. Son obra del aprendizaje social. Pueden ser modificados.
- En todas las épocas y en todos los lugares se han condenado diversas prácticas sexuales, pero ninguna lo ha sido de manera universal. Incesto, homosexualidad, adulterio, aborto, zoofilia, etc. han tenido diferente grado de aceptación en lugares y épocas distintas, por tanto su carácter moral es impuesto socialmente y es aprendido y por tanto puede ser modificado.

Estas consideraciones son importantes cuando se hace el planteamiento de la sexualidad del sujeto especial. es importante reconocer que los tonores, aversiones, etc., que la cultura nos ha forjado carecen de un base inexcusable. Suponer lo contrario nos conduce a errores.

- (1) Vázquez-Falcón, Luis Guillermo. "Educación Sexual para deficientes mentales". Siglo Cero 1983, No. 90 (España, noviembre-diciembre) pp. 52-58.
- (2) Jornada de Fozas, Jorge. "La perspectiva humanista". Siglo Cero. 1980 No. 90 (España, Julio-Agosto). pp. 13-16.
- (3) Saizartoria Ramon "El status del Subnormal" Siglo Cero. 1980 No. 90 (España, Julio-Agosto). pp. 19-21.
- (4) Gato Javier. "Vidas con Valor". Siglo Cero, 1980 No. 90 (España Julio-Agosto), pp. 29-32.
- (5) Sanboat, M., Sanz del Rio, S., Darraso, A. "Interdicciones moralistas." Siglo Cero 1980, No. 90 (España, Julio-Agosto), pp. 49-50.
- (6) Alvarez, P., Ceballos C., Garcia, V.M., Pérez, F., Fuig de la Bellacasa, R., "Un hombre a medias". Siglo Cero, 1980, No. 90 (España, Julio-Agosto), pp. 51-53.
- (7) Ferrer Aparo. "La gente y sus actitudes". Siglo Cero 1980, No. 90 (España, Julio-Agosto), pp. 33-35.
- (8) Fierro Alfredo. "Para una ética pública". Siglo cero 1980, No.90 (España, Julio-Agosto), pp. 37-49.
- (9) Gudi Antonio "La necesidad de una revolución Copernicana". Siglo Cero, 1983, No. 85 (España, Enero-febrero) pp. 43-44.
- (10) Idem, pp. 44.
- (11) Fierro Alfredo. "El enfoque social". Esperanza, 1978, II época, No. 10 (España), pp. 51-62.
- (12) Idem p. 57
- (13) Mogestern, Mury. "Actitudes de la comunidad ante la sexualidad del retrasado mental". Sexualidad y Retraso Mental. Cruz, Félix F. de la., LaVeck, Gerald D. España, ed. Servicio Internacional de Información sobre Subnormales, 1979, pp. 123-129.
- (14) Idem, pp. 124.
- (15) España, Servicio Internacional de Información sobre Subnormales. "Educación Sexual de los Subnormales". Bona Gant, 1981, No. 4 pp. 7-29.
- (16) Funke S., Gantier G. M. y Olguín F.P., "La sexualidad Humana". En sociedad y sexualidad Carrizo Barrera H. (Coordinador Actual) México, 1982, VI, Editado por el Consejo Nacional de Población p. 33-40.
- (17) Op. Cit. Servicio Internacional de Información sobre Subnormales.

- (18) Morgenstern Murry. "El desarrollo Psicosexual de los Subnormales". Sexualidad y Retraso Mental. Cruz, Felix F. de la., LaVeck, Gerald D. España, ed. Servicio Internacional de Información sobre Subnormales, 1979, pp. 23-26.
- (19) Idem. 23-26.
- (20) Coronado Guillermo. "Tratado Sobre Clínica de la Deficiencia Mental". México, Editorial Continental, 3a. Impresión, 1964 pp. 35-51.
- (21) Op. Cit. Vazquez Palomino p. 56.
- (22) Lafon Remy. "Sexualidad y procreación en el Deficiente Mental". Esperanza, 1978, II Epoca, No.10 (España), pp. 47-50.
- (23) Op. Cit. Vazquez Palomino. p. 54.
- (24) Idem. Vazquez Palomino. p. 54-55.
- (25) Op. Cit. Coronado Guillermo. pp. 49-50.
- (26) Op. Cit. Morgenstern Murry. p. 27.
- (27) Op. Cit. Ferner Aparo. p. 35.
- (28) Op. Cit. Servicio Internacional de Información sobre Subnormales p. 15.
- (29) Op. Cit. Fierro Alfredo, 1978. p. 45.
- (30) Op. Cit. Jornada de Pozos. p. 16.
- (31) Op. Cit. Fierro Alfredo, 1978, p. 61.
- (32) Scally Brian. "Matrimonio y Retraso Mental; Observaciones en Irlanda del Norte". Sexualidad y Retraso Mental. Cruz, Felix F. de la., LaVeck, Gerald D. España, ed. Servicio Internacional de Información sobre Subnormales, 1979, pp. 145-150.
- (33) Op. Cit. Lafon Remy. p. 49
- (34) Brunewald, K., Linnér, B. "Retraso Mental: Sexualidad y Normalización Sexual". Actualidades de Suecia. Publicado por el Instituto Sueco. Suecia, 1980, No. 237, pp. 3-11.
- (35) LaVeck Gerald., Cruz, Felix F. de la. "Contracepción para retrasados Mentales: Métodos actuales y perspectivas futuras". Op. Cit. Sexualidad y Retraso Mental, pp. 80-96.
- (36) Op. Cit. Servicio Internacional de Información sobre Subnormales. p. 19.
- (37) Op. Cit. Vazquez Palomino. pp. 52.

6. CONSIDERACIONES SOBRE LA SEXUALIDAD DEL SUJETO ESPECIAL Y DEL SUJETO TÍPICO.

En este capítulo se conjugan aquellos datos que ya se han anotado por separado en el capítulo cuatro y cinco. Se incluyen también las actitudes que tienen los padres de sujetos especiales que se recopilaban a través de entrevistas.

Los nombres de las personas entrevistadas y el de sus hijos o hijas ha sido cambiado por razones éticas.

6.1. El aspecto biológico de la sexualidad en sujetos especiales y en sujetos típicos.

Sobre el particular Silvia Funke, Mario Gantier y Patricia Olguín (1962) dicen que es el sexo la base universal de la sexualidad y lo definen como el conjunto de características anatómicas y fisiológicas que en la especie humana diferencian al hombre de la mujer y que al complementarse tienen la capacidad de reproducción. (1)

Ahora bien, dentro del campo de la sexualidad del sujeto especial, existen concepciones que la niegan. Las más sobresalientes son: a) Aquellas que ven en el sujeto especial a un infra-humano, en donde el planteamiento de la sexualidad no tiene cabida, si acaso para condonarla ya que se piensa que son seres inferiores y por tanto sus características serán heredadas a su prole y, b) Aquellas que ven en el sujeto especial un "niño" inocente que nada siente sobre la sexualidad y c) Aquellas que le ven como un ser peligrosamente hipersexualado. (2)

Padres y profesionales tienen un particular punto de vista, y muchas veces carecen de él pues el planteamiento de la sexualidad de los sujetos especiales se les hace impersonal y lejano.

En estos términos se expresa Rosa cuando se le preguntó del futuro sexual de Julio: "No sé, no lo siento, no lo ubico, ahorita es nada más preocupación, más tarde no sé." (Apéndice 1) y Teresa, ante el mismo planteamiento agrega: "No sé, pienso que estoy ajena a todo esto, no sé." (Apéndice 2)

El aspecto biológico, por obvio, enfrenta a aquellos que conviven con sujetos especiales a dilemas y, generalmente les ocasiona conflictos y contradicciones sus formas de pensar y actuar.

En la definición, que se anotó anteriormente son de importancia dos puntos: a) El sexo, considerado como el conjunto de características anatómicas y fisiológicas que distinguen al hombre de la mujer y, b) Capacidad complementaria de la reproducción. Si se parte de estos dos puntos se tiene que hombres y mujeres, especiales o no, son diferenciados como tales precisamente por la existencia de órganos sexuales internos: pene o vulva.

Este es un hecho concreto y el Servicio Internacional de Información sobre Subnormales dice que el sujeto especial "tiene su sexo es-

estructurado y constituido en normalidad, si acaso con muy ligeras excepciones, que ni siquiera son específicas de los deficientes mentales. En el caso de los síndromes de Klinefelter y Turner, en cuanto a sexo genético se refiere." (3) Entonces resulta que no se puede negar la existencia del "sexo" en el sujeto especial.

En lo que atañe a la capacidad reproductiva se tiene los siguientes. Si no existiera esta posibilidad se podría pensar que "no habría de qué preocuparse", pero inclusive aquellos partidarios de la asexualidad del sujeto especial lo tienen.

Padres y profesionales se dan cuenta de su existencia cuando aparecen los cambios propios de la pubertad. Las primeras menarquias y las poluciones son los cambios que alertan sobre esta capacidad.

Por otra parte se supone que el sujeto especial es como un "niño" inocente, se argumenta que por su propia condición, es incapaz de manifestar interés y comprensión de los hechos relacionados con la sexualidad.

Los siguientes ejemplos son ilustrativos de esta posición: Rosa, al ser interrogada sobre cómo manifestaba su hijo interés sexual, expresó lo siguiente: "dice que F. es una muchacha bonita, que le gusta. Yo le digo que está bien fea y que es grandota para él y me contesta que está grandota pero así la quiere" (ver apéndice 1). Otro interesante ejemplo es el comentario hecho por Mario, adolescente especial, al oír una plática que le involucraba, sobre la esterilización. Laura, su madre nos lo comenta: "él escuchó y entendió el significado de la palabra y me dijo que no quería ninguna operación y que no se iba a dejar operar, que eso se lo hubieran hecho cuando era chiquito, que no se daba cuenta, no ahora. Se nego rotundamente y nosotros ya no insistimos" (apéndice 3) Es claro que no todos tienen la misma capacidad expresiva e incluso algunos adolecen de ella, sin embargo, hasta el más profundamente dañado es capaz de responder a determinado tipo de sensaciones eróticas y, sobre todo de percibir si es aceptado o rechazado.

Debiera parecer obvio, entonces, que el aspecto biológico de la sexualidad existe en los sujetos especiales, sin embargo, las reticencias para aceptar este hecho son variadas. Jorge Jornada (1980) observa que en este campo existe una amplia ignorancia y las soluciones, basadas en el desconocimiento y en la caridad, tienen su base en la moral socio-sexual.

4.2. El aspecto psicológico de la sexualidad en los sujetos especiales y típicos.

Cuando es aquí donde surgen las dificultades más prominentes, pues existe un acuerdo generalizado que considera este aspecto de la sexualidad como el más dañado por efectos de la condición especial. Así lo reconoce el equipo del Servicio Internacional Sobre Subnormales al hacer la siguiente afirmación: "El sexo psicológico o nivel psíquico del sexo integral es el que puede ser considerado como afectado por una mayor dificultad de expresividad y relacionalidad si lo comparamos con el no

deficiente mental, así como por una deficiencia propia funcional o psicósomática." (5)

Si aceptamos, por un lado, que la identidad sexual está conquistada por capacidades tales como la evaluación, la responsividad, el entendimiento y la comprensión y, si por otro consideramos que en el sujeto especial estas capacidades se encuentran por debajo de la norma general, se puede inferir que la identidad de género, el rol de género y la orientación sexual tengan peculiaridades diversas en éstos y en las personas típicas.

Murry Morgenstern (1979) declara en las conclusiones derivadas de sus investigaciones sobre la identidad sexual, los papeles sexuales, etc., en el sujeto especial, que estos requieren de más tiempo para lograr su auto-identificación, para elegir papeles adecuados y en general que los "modelos de desarrollo psicosexual de los retrasados mentales suelen tener lugar a una edad cronológica más avanzada que en las personas normales." (6)

Los padres expresan su particular punto de vista. Rosa dice que "la mayoría de ellos (sujetos especiales) no están capacitados; si muchas veces nos equivocamos estando normales, entonces una persona así, con mayor razón" (apéndice 1). Laura añade "parafraseando una plática con un hijo, en donde se discutía la posibilidad de que Mario, adolescente especial, formará una pareja: "decía mi hijo, una persona que está también incapacitada para que hicieran una pareja. Pues saldría peor tanto, en este caso habría de ser alguien responsable."

(Apéndice 3)

Murry Morgenstern (1979) pregunta sobre las diferencias del desarrollo psicosexual entre sujetos típicos y especiales: "En que se diferencian pues los retrasados mentales de sus compañeros normales, de la joven secretaria y el agente de ventas que se abrazan tiernamente en un banco del parque? La diferencia a de guardarse en base al trabajo o a los anablos rasgos de un Rodin de imitación? Y contesta en los siguientes términos: El desarrollo psicosexual que tiene lugar desde el momento de nacer hasta la vida adulta es aquel proceso de maduración que confiere forma, sentido y energía a la sexualidad y al sexo. Es parte del drama de la vida que cada cual experimenta incluidos los subnormales. El joven levemente retrasado que se encuentra en el umbral de la edad adulta tendrá la forma de expresarse, pero tiende a ser más prosaico en su pensamiento, menos consciente de su propia identidad, más evasivo o más inclinado a negar sus limitaciones, menos vinculado a sus propios compañeros, con menor fortaleza y control del ego que los jóvenes de su edad." (7)

Creemos que el problema fundamental, generador de tantas situaciones conflictivas, es la insistencia de realizar comparaciones sobre "más" y "menos" aptitudes, "más" y "menos" capacidades, y no reconocer el hecho tal y como existe. Así se expresa el equipo del Servicio Internacional de Información sobre Subnormales (1981): "Si la personalidad del deficiente mental en sus diferentes registros está por debajo de la normal no tiene por qué extrañar que su sexualidad también lo esté. No es exacto, ni justo, sin embargo concluir que el deficiente mental vive una sexualidad de segundo grado. Es más exacto hablar de su sexualidad, la

suya, tal y como él es capaz de vivir en masculino o femenino dentro de sus condiciones y circunstancias propias...al mismo tiempo que es inexacto...hablar comparativamente (normales-subnormales) en el enfoque de la sexualidad del deficiente mental. Vamos más útil y práctico partir de la sexualidad de cada cual, tal y como en cada uno se da." (8)

La opinión anterior puede ser de gran utilidad pues no coloca en una nueva perspectiva de análisis. Señala nosotros capaces de aceptar ese hecho y tomar otras actitudes al respecto? Quizá sea conveniente recordar lo que Murray Morgenstern (1979) aconseja: "Antes de llegar a ninguna conclusión sobre el comportamiento sexual de los retrasados mentales quizá debemos prestar mayor atención a su necesidad de tener mayores oportunidades, entablar relaciones, salir con amigos, enamorarse, casarse y, si lo desea tener experiencias homosexuales. Quizá también necesitamos comprender mejor el significado de la palabra amor, distinguir entre amor romántico, sexo y matrimonio e identificar los componentes necesarios de cada tipo de relación sexual." (9)

6.3. El aspecto social de la sexualidad en sujetos especiales y típicos

Como se indicó anteriormente la sexualidad tiene una base social que se transmite por medio de valores, normas, creencias y, en general por todas las instituciones que conforman la cultura. Es el proceso de la socialización el responsable de transmisión de los elementos normativos de la sociedad al individuo.

El sujeto especial al vivir en la sociedad no escapa a este proceso. Sin embargo existen diferencias sustanciales entre la socialización que reciben y aquella a la que los sujetos típicos están expuestos.

Se puede hacer notar, en primer lugar, que la socialización se lleva a cabo en todo aquel lugar en donde haya interacción humana; grupos educativos, laborales, recreativos, familiares, etc. son ejemplos del ambiente general donde la socialización se lleva a cabo. Los sujetos típicos, parece ser que por derecho natural, tienen libre acceso a estos campos y su capacidad de respuesta ante diversas circunstancias es ante todo, adquirida en el transcurso de la experiencia dentro de esos terrenos. Sin embargo, el sujeto especial, por su propia condición y no por convicción, se ve obligado a renunciar a estos espacios de convivencia.

Antonio Guildi (1983) afirma que los dos espacios propios del sujeto especial son el ambiente institucional y familiar, y ambos crean fuertes carencias y fomentan estilos de comportamiento poco adaptativos en general. (10)

A estas restricciones del espacio vital sumamos las actitudes de las que el sujeto especial es depositario. Estas actitudes forman parte del proceso de socialización, recaen sobre ellos y les confieren una dirección específica. Si se les concibe como infradenarios no queda más remedio que institucionalizarlos para librar a la sociedad de su permanente presencia. Si se les tiene por "niños inocentes" se perpetuará una imagen imposibilitadora de desarrollo e independencia. Si, por último, son reconocidos como personas en desarrollo sus posibilidades de convivencia social, de aprendizaje, de adaptación, etc., serán mayores.

Las actitudes mayoritarias, sin embargo, no pertenecen a este último punto de vista. Prevalecen aún aquellas que desvirtúan la imagen total del sujeto especial. Las opiniones de Rosa son un claro ejemplo de esta percepción: "Yo no me fijaría en un hombre de esa clase, de ese tipo, aún no sabiendo yo escribir, ni leer, ni nada. Yo diría 'es un idiota' y a lo mejor tengo un hijo de él y va a ser peor." A la anterior información personal agregale actitud que percibe en le ámbito social: "La mayoría de estas personas son rechazadas, lo he visto. Mi círculo de trabajo me ha permitido ver como se trata a estas personas, la mayoría son rechazados, se les tiene determinada desconfianza, lástima y casi siempre se dice: 'no sirve para nada'." (Apéndice 1)

Si a la propia capacidad funcional que es propia de la naturaleza del sujeto especial agregamos aquellas resultantes de una socialización deficiente -¿qué resultados cabe esperar? Es necesario preguntar, desde la perspectiva de la experiencia particular del sujeto especial, qué se está fomentando con esta socialización para que partiendo de allí, se puedan plantear aquellas condiciones necesarias para su integración social.

6.4. El desarrollo psicosexual infantil de sujetos especiales y típicos

Se sostiene que a una determinada edad el infante tiene una capacidad física, que desarrolla ciertas estructuras y, en general que fisiológica, psicológica y socialmente va adquiriendo, por un proceso de maduración paulatino, los elementos necesarios para integrarse a esta sociedad.

Algunos esquemas se han desarrollado y su uso se ha generalizado a diversos grupos humanos, tales han sido los casos de la teoría del desarrollo psicosexual de Sigmund Freud o de Erick Erickson.

Sin embargo, estas generalidades dejan de ser universales cuando elementos del género humano no tienen cabida en las diversas clasificaciones, nos referimos en este caso al sujeto especial.

Murry Morgenstern (1978) dice que el niño especial atraviesa por las mismas etapas de desarrollo psicosexual propuesto por Sigmund Freud: oral, anal, latente y fálica. Pero que a diferencia del resto de la población a estos les lleva más tiempo pasar de una fase a otra. Resulta interesante que el Dr. Murry Morganstern haya encontrado, partiendo de los presupuestos teóricos psicoanalíticos que el sujeto especial tiene menos tolerancia a la frustración, un ego débil, relaciones pobres con personas y objetos, etc. (11)

Efectivamente es un hecho innegable que a la luz de las diversas teorías, que explican las características de cada etapa del desarrollo psicosexual infantil, sujetos típicos y especiales abundan en diferencias; Pero hasta cuando persistiremos en el intento de tratar de conciliar una posición teórica que es ajena a la estructura del sujeto especial tal y como se manifiesta?

Es importante identificar las características del sujeto especial, hechos y circunstancias, que nos digan como es él realmente y no fórmulas que plantea lo que no es, o lo que debería ser.

Para aclarar esta última afirmación recurrimos al Consejo Internacional de Información Sobre Subnormales. Este equipo sostiene que efectivamente la evolución del sujeto especial varía con relación a la "normal" pero encuentra mucho más productivo reconocer que "su sexualidad sigue el ritmo de su personalidad tal cual...hay deficientes mentales que a sus 16 años están pasando los procesos psíquicos, sexuales y sociales que en los no deficientes mentales corresponden a los 3 años... muchos educadores se quejan de procesos identificativos infantiles de ciertos deficientes mentales y se esfuerzan por superarlos inútilmente... la imagen que el chico tiene de la mujer a la chica del hombre, tratándose de deficientes mentales no tiene por que ser la que tenía que ser si fuera normal sino las que, de hecho tienen siendo como son. Inútilmente se esfuerzan muchos educadores en 'inculcar' en 'hacer ver', en imponer por las buenas o por las malas lo que ellos pretenden que son las normas...obrando así no sólo destruyen al deficiente mental en sus imágenes del masculino y del femenino sino que lo desvían...llevándolo a actitudes supletorias, compensativas...actitudes falsas que un día u otro terminan en la rebelión o el comportamiento desviado." (12)

6.5. El desarrollo psicosexual de púberes especiales y típicos.

La pubertad se refiere a los cambios físicos característicos de la maduración sexual, incluida la capacidad reproductiva y hace referencia también al aumento del impulso y del interés sexual.

El método para "conocer" la sexualidad del sujeto especial consiste de nuevo en las comparaciones con la sexualidad considerada "normal". Como resultado de sus investigaciones comparativas Femy Lafon (1973) asegura que las señales de la pubertad del sujeto especial, en general, no se retrasan mucho respecto a los sujetos típicos similares en edad (13) Vazquez Palomino (1983) por su parte afirma que la madurez biológica del sujeto especial ocurre con cierto grado de retraso con respecto a la población normal. (14)

De nueva cuenta, los pareceres de estos dos autores coinciden con otros en señalar que la personalidad del sujeto especial es precaria y su sexualidad también, que existe una discrepancia en aspectos conductivos biológicos y sociales que se relacionan con la sexualidad.

Huelga insistir sobre la ineficacia del método comparativo, ya que sólo ha hecho énfasis en la imposibilidad de realización del sujeto especial, valorándolo con parámetros arbitrariamente establecidos.

Es más importante recalcar que el sujeto especial vive una sexualidad propia, acorde con su personalidad general. Alfredo Fierro (1978) hace una interesante observación al decir del comportamiento sexual de los sujetos especiales: "Homosexualidad, masturbación, agresiones sexuales, exhibicionismo, conductas eróticas de tipo sádico o masoquistas tal era la sexualidad conocida en los deficientes mentales. Algunos médicos y psicólogos opinaban que estas conductas no se daban o no se dan

entre los sujetos deficientes con mayor frecuencia que entre el común de los hombres. Pero esta comparación es relativamente irrelevante... algo que es más importante... lo característico de la conducta sexual de los deficientes hasta hace poco tiempo no era tanto el hecho de tener manifestaciones aberrantes, tal vez no más frecuente que el resto de la población normal, cuando la ausencia del ejercicio de la sexualidad en condiciones normales." (15)

6.6. Desarrollo psicosexual de adolescentes especiales y típicos.

Ahora nos ocuparemos en resaltar aquellos factores que pueden influir en la dirección de la experiencia en este período en sujetos especiales y típicos.

El adolescente, especial y típico, experimenta los cambios puberales y ambos deben adaptarse a su nueva situación. Sin embargo unos y otros, se enfrentan a los requerimientos de esta etapa con diferentes capacidades físicas, psicológicas y sociales con diversas posibilidades y oportunidades.

El desarrollo del adolescente está en función de varios factores entre los que se pueden mencionar los siguientes: número de ambientes en que se desenvuelve, la calidad de las actividades a las que se dedica, la retroalimentación que recibe del medio, la relación con familiares y amigos y, de muchos otros que interactúan entre sí para estructurar la compleja personalidad individual.

A diferencia del individuo típico, el sujeto especial debe conformarse con vivir en casa o en una institución. Más no es sólo la segregación, sino el trato que les confiere. Los individuos especiales, incluso a edades avanzadas, son tratados como adultos-niños perpetuando en ellos esa imagen, rechazándolos porque la tienen y negándoles la posibilidad de desarrollo.

Esta confinación al hogar es más notoria en la joven especial pues se teme que tenga un "accidente". Los padres viven angustiados, aterrizados ante la idea de saber que sus hijas son capaces de concebir y su ansiedad se concretiza en una vigilancia extrema. El temor, de que el sujeto especial sea objeto de un abuso sexual, lo manifiesta claramente Sofía: "Luego (las mujeres) son violadas y no dejó de pensar de que un niño lo sea también" (apéndice 4). Pero la sobrevigilancia no sólo se debe a esta consideración sino que a esto se suma la desconfianza generalizando en las capacidades del sujeto especial.

En estas circunstancias tanto la elaboración de la propia identidad, el desempeño de un papel sexual y la independencia se ven francamente limitados. El adolescente especial debe sentirse impotente, reducido a las pocas oportunidades, las más de las veces pensadas sólo en términos de distracción o de aligeramiento de carga de los padres, que los llamados normales les ofrecen.

6.7. Manifestaciones de la sexualidad.

Los temas que incluimos, por supuesto, no cubren la totalidad de la conducta sexual y apenas son representativos de una pequeña parte de la sexualidad. No pretendemos ser exhaustivos pues las condiciones propias del estudio nos limitan.

Muchos temas quedan aún sin respuesta, más esperamos que los que incluimos sean de interés y arrojen una claridad sobre los problemas del sujeto especial.

En esta oportunidad incluimos las actitudes que los padres de familia tienen en cada uno de los temas seleccionados y la relación de éstas con las consideraciones que ya se han formulado anteriormente.

6.7.1. Masturbación.

Giraldo Neira (1981) opina que un gran porcentaje de la población se masturba (16), con todo, las actitudes frente a esta actividad son generalmente de rechazo. Los padres de los sujetos especiales tienen diferentes puntos de vista y las consideraciones que los sostienen son diferentes. Teresa opina así de la masturbación "Si llegase a presentarse esa conducta yo creo que tendría que ver a una persona que me indicara de qué manera le podría corregir eso, le hago ver las cosas, y si no, a coscorriones" (Apendice 2); mientras que Rogelio dice "más vale una buena masturbación que una relación peligrosa (Ver apéndice 1. En la sección de entrevistas el tema "Homosexualidad y Esterilización)". Por último Sofía se expresa sobre el particular en los siguientes términos: "que se masturbe muy leve, sin que este duro y duro. No decirle 'niño cochino'. Si un niño normal lo hace, yo pienso que él también lo haga un poco" (apéndice 4).

Las opiniones arriba mencionadas dejan ver diferentes actitudes y diversos motivos, a los que se alude para permitir o más o menos justificar la ejecución de esta conducta autoerótica. Pero hagamos un análisis más pormenorizado; la primera es una actitud negativa, en donde se notaría la percepción de la masturbación como alguna desviación o anomalía que requiere corrección, que no toma en consideración sus valores fundamentales, a saber, relajación de tensión y vivencia de sensaciones placenteras, por una ignorancia manifiesta en el campo de la sexualidad, que no cuestiona las bases de dicha actitud, pues con frecuencia la entrevistada decía "no sé, pero simplemente no" (apéndice 2).

La segunda y tercera respuestas, de carácter menos negativo tienen sus peculiaridades. En la segunda, aún cuando se acepta el hecho y su posible ejecución por la consideración de que no es tan peligrosa (de nuevo no son reconocidos sus valores de relajación de tensión y vivencia placentera), quizá por su carácter autoerótico y en consecuencia la existencia de riesgos no deseados. La tercera, que corresponde a Sofía es la que reconoce con mayor claridad el hecho, pues sus palabras así lo demuestran. Al preguntarle acerca de lo que pensaba sobre la masturbación respondió: "que es, que tiene que ser", y a su manera explica "si uno que tiene nociones de lo que es tener vida sexual se masturba, cuanto más uno que no sabe lo que es tener una vida sexual". Y describió cómo se masturba su hijo: "se tira en el suelo y yo veo que le agrada y está

erecto su miembro" (apendice 4). De esta actividad Laura expresa también cierta aceptación diciendo "supongo que es normal, creo que sí, es correcto" (apendice 3).

Lo que se manifiesta como apremiante es enseñar, a sujetos especiales y principalmente a los padres y en general a todos los que le rodean, aquellos hechos positivos que son característicos de la masturbación y al mismo tiempo erradicar aquellos mitos y prejuicios, que solo causan ansiedad y culpa.

Intentemos que esta forma de sexualidad —que como ya se ha indicado, es una alternativa provisional para unos y para otros, la única forma de vivir su sexualidad— sea una experiencia plena que acerque al individuo a sí mismo y al posibilitar una vivencia común por ende los aproxime a los demás.

6.7.2. Relaciones sexuales y matrimonio.

Para hacer más explícitos los conceptos tratados anteriormente sobre este asunto, nos limitaremos a ejemplificar con las respuestas de los padres de los sujetos especiales que fueron entrevistados al efecto.

En primer lugar algunos padres suponen que sus hijos no pueden involucrarse en relaciones sexuales, especialmente por considerarlos incapaces o porque su propia condición se los impide. Bofia así lo manifiesta al decir: "yo pienso que el niño no podrá tener relaciones por el hecho de cómo está, la responsabilidad recae en los padres, porque no está bien de sus cinco sentidos". Y agrega, refiriéndose al matrimonio: "no hay posibilidad. Si uno siendo gente normal procrea hijos anormales, pues ellos procrearán más. Si uno con sus cinco sentidos no se lleva bien, menos ellos, no sabrían manejar un matrimonio, no saben lo que es la pareja en sí" (apendice 4).

Rosa, por su parte, al preguntarle sobre la posibilidad de una relación, contesta "Pienso que no, porque la mujer aunque fuese más baja en cuestión de preparación, sería una mujer más lista y como es sana, aunque Julio fuera atractivo. Yo no me fijaría en un hombre de esa clase de ese tipo, aún no sabiendo yo ni leer ni nada, yo diría 'es un idiota' y a lo mejor tengo un hijo de él y va a ser peor" (apendice 1).

Esta última posición resulta muy similar a la respuesta de Laura cuando afirma: "Las muchachas de hoy en día son abiertas y preparadas, ya no tan fácilmente se atrevería una muchacha conociendo su padecimiento que realmente se animará a casarse con él" (apendice 3).

En estas afirmaciones se encuentran ya algunas opiniones que se relacionan con las restricciones que el sujeto especial encuentra para tener relaciones sexuales y casarse: incapacidades afectivas, funcionales y el temor de la transmisión hereditaria de sus características a su descendencia.

De esto no queda sino repetir, como ya se anota, que:

- En cuestión de estabilidad afectiva el panorama de los llamados numera-

les no es un ejemplo convincente. (17)

- Que solo un pequeño porcentaje (15%) de niños especiales tienen padres en la misma condición. (18)

Por consiguiente resulta pertinente preguntar porqué se exige al sujeto especial un desempeño exento de errores, cuando el nuestro también los tiene. No constituye la imperfección evidente de la "gente normal" un paradójico punto de apoyo de las demandas excesivas hechas al sujeto especial?

Por otro lado, se habla, de incapacidades socio-económicas como si fueran intrínsecas a la personalidad del sujeto especial, cuando es el propio entorno quien las crea, fomenta y perpetua, con la escasez de servicios de salud, educativos, etc., y los priva de un espacio laboral para ser productivos e independientes. Se tiene conocimiento de individuos especiales que, no teniendo una familia de altos ingresos o influyente deban renunciar a una actividad remunerativa por falta de ayuda y, otros que teniendo la cuentan con oportunidades de sobra para obtener un ingreso que les permita satisfacer sus necesidades. Podemos deducir que la incapacidad socioeconómica es más producto de una circunstancia social, que de una insuficiencia intrínseca a la personalidad del sujeto especial.

6.7.3. Maternidad y paternidad.

Ya se habló anteriormente de los obstáculos que el sujeto especial encuentra para ser padre o madre: Temor a la transmisión hereditaria de la condición especial a los hijos y la incapacidad funcional para educarlos y sostenerlos.

La mayoría de los padres encuentran como impedimento básico la posible transmisión de la condición especial. Así se desprende de dos entrevistas realizadas con padres de sujetos especiales. Rosa responde sobre cuál sería su reacción ante la manifestación de la sexualidad de su hijo en una edad adulta: "Ahorita es la inocencia en Julio. Más tarde me preocuparía en cuestión de que me digan 'no, él ya está viendo una mujer' frente a él ya no reacciona como niño, sino como hombre'. Entonces pienso que hay que cuidarlo, porque puede engendrar un hijo. Eso ya es de preocupar". Añade sobre una posibilidad: "Si Julio con el tiempo se compusiera, si lograría superarse, si le hicieran un estudio para saber si puede tener familia, pues yo no me preocuparía y tal vez si yo viviera, le ayudaría en orientarlo o llevarlo con personas que lo orientarán más, para saber qué hacer con ese hijo" (apéndice 1).

En este mismo sentido se expresa Teresa, ella piensa que su hija puede casarse "pero de eso a tener familia... (porque me dicen, que)...no era conveniente que llegara a tenerla. Pienso que si la puede tener, incluso me han dicho que sus hijos pueden ser normales. Pero si no va a valerse por sí misma -¿qué responsabilidad va a tener en caso de que tuviera hijos? Si una persona normal muchas veces se queda sin familia, -por qué una persona así no? y que pueda vivir la vida aparentemente normal" (apéndice 2).

Das muestras más sobre esta situación. Laura aún cuando considera problemático el hecho de que su hijo forme una pareja, encuentra de mayor relevancia la descendencia. Estas son sus palabras: "En cuanto a que tenga relación no importa, hay muchas cosas que evitan el embarazo y de ahí no pasa nada. Pero la cosa es que él se descuida y hay familia de por medio. Así como Mario va avanzando y desarrollándose, más tarde quizá sí pueda casarse y ser responsable. Porque él es responsable de su persona, de su limpieza, de las cosas que se le encomiendan" (apéndice 3).

Maria ante la posibilidad que su hijo pudiera tener un hijo sin casarse, opinó de la siguiente forma: "Sí, porque a su muñeco lo acaricia como a un niño y lo regaña y le dice 'ahorita te voy a dar de comer'. Lo acuesta, lo viste, hasta lo baña y todo, pero después lo maltrata, lo tira, lo avienta. Nos imaginamos un niño de a deberes y decimos: 'pues no. Oye! Cómo lo va a hacer?' (apéndice 5).

Como se puede apreciar, el factor común a todos estos ejemplos es el miedo, en diferentes grados, pero se debe recordar que según las conclusiones de estudios realizados en Suecia en 1980 que la proporción de anormales que a su vez engendraron sujetos especiales sólo fue ligeramente mayor a la de madres típicas de niños afectados y, que históricamente considerando, el número de hijos de minusválidos nunca había sido tan reducido como en la actualidad, que nunca se había manifestado tanta preocupación por las madres minusválidas como en nuestros días y con la asistencia adecuada ellas dan a luz menos niños que el promedio, y apenas el 15% de los sujetos especiales tienen padre o madre minusválida.

(17)

En nuestro medio, donde la asistencia social cuenta con pocos recursos para desempeñar su función, la necesidad de una mayor atención se hace patente.

Recordarse también, por otra parte, que en las conclusiones de Amy Lafon (1978) sobre matrimonios de sujetos especiales no supo cuáles pudieran haber sido los resultados de esos matrimonios en caso de existir una tutela apropiada, cuánto influyeron la herencia y cuánto el ambiente en cada caso particular.

Para finalizar, debemos cuestionarnos sobre la incapacidad del sujeto especial para cuidar a sus hijos. No como justificación, sino por contraste debemos preguntar: Cuántos padres y madres son "funcionales"? Cuáles han de ser los parámetros para evaluar esa funcionalidad? Creemos que este punto es relativo, tanto para sujetos típicos como especiales. En este caso, las decisiones están en función de la profundidad del daño. Habrá sujetos en que el significado y el hecho mismo de ser padre o madre no sea comprendido, deseado o imaginado. En cambio, otros pueden comprender y desear esa paternidad o maternidad. Es aquí donde se hace necesario investigar cuáles son aquellas características mínimas necesarias en sujetos típicos y especiales, para que la función materna o paterna sea cubierta satisfactoriamente. Al mismo tiempo implantar servicios sociales y de asistencia profesional para armonizar, orientar, planificar y programar esta función.

6.7.4. Anticonceptivos.

La utilización de anticonceptivos tiene como intención primordial evitar un embarazo no deseado y es base de los programas de planificación familiar, que trata de limitar el crecimiento demográfico.

El uso de los anticonceptivos en los sujetos especiales tiene la misma función, aunque las motivaciones difieran. Los siguientes ejemplos aclaran esta afirmación. Martha dice: "Yo creo que a los niños con este tipo de problemas se les debe esterilizar definitivamente, ya que no son responsables ni conscientes de sus actos y aún cuando existen métodos anticonceptivos temporales, creemos que de ninguna manera son recomendables; ya que no son cien por ciento seguros, y por tanto, siempre existe el riesgo de embarazo. No podamos correr el riesgo de que el nuevo ser nazca con las mismas características de su padre o madre. Aún con entrenamiento, en el momento en que se presente una oportunidad de tener una relación, la persona enferma no va a estar pensando en las molestias de colocarse tal o cual dispositivo o recordar que debe tomar pastillas durante 21 días, cuando no tiene cuidado de cuestiones higiénicas básicas" (Ver apéndice 1. En la sección de entrevistas el tema "Heterosexualidad y Esterilización").

En este primer ejemplo se pueden observar tres hechos interesantes: Se aboga francamente por la esterilización, se considera que los anticonceptivos tienen su valor en tanto que eviten nacimientos de "nuevos" sujetos especiales y, se afirma tajantemente la incapacidad de los sujetos especiales para usar los métodos anticonceptivos convencionales.

Vamos otras opciones. María dice, al hablar de las menstruaciones de su hija, "que hay que cuidarla más (puesto que) ya sale más a la calle (y) en un descuidito, que se me salga o se me escape, yo no podría saber los peligros de los hombres". Y ante este problema considera viable una intervención quirúrgica: "Yo cre que es bueno que la opere el neurologo (sic) porque así ya no corre peligro de ninguna especie" (apéndice 5).

Rosa dice: "Si fuera hija, yo la controlaría, pero Julio no va a tomar anticonceptivos, y la única solución es operarlo. Porque no sabemos si esto pudiera ser hereditario o no" (apéndice 1). Teresa opina que su hija, con Síndrome de Down, no tendrá prole, para lo cual la única solución es operarla, al tiempo que desecha el uso de anticonceptivos: "Pienso que algún día no los hay o cualquier cosa, y en un descuidito...." (apéndice 2).

sin embargo las decisiones que los padres toman sobre la persona de su hijo, no siempre son sencillas, especialmente cuando los sujetos especiales tienen conciencia de las acciones que se pretenden realizar sobre ellos, fue el caso de Mario pues dijo a sus padres "que no quería ninguna operación y que no se iba a dejar operar y que eso se lo hubiéramos hecho cuando era chiquito que no se daba cuenta, no ahora. Se negó rotundamente y nosotros ya no insistimos". Ellos mismos agregan una interesante observación: "Nosotros suponemos, digamos hacerlo no por la fuerza. Pero si a pesar de esto él se da cuenta, nosotros nos imaginamos que sería un trauma para él, porque él comprende, y en lugar de beneficiarlo sería ir para atrás. Yo siento y creo así las cosas. Todo lo adelantado hasta ahorita se iría hasta abajo; sería una descepción sumamente

grande para él, porque él comprende hasta que punto se trata su problema" (apéndice 3).

Rosa piensa que la operación es la única solución viable y dice: "Inclusive sin que se de cuenta para no afectarlo", y encuentra diferencias que depende del sexo del sujeto "(en) una mujer es más fácil, porque se le dan anticonceptivos, pero con hombres es más difícil, tienen menos precauciones y necesitan ser más conscientes. Por ejemplo, que mi hija tubiera peligro, le daría sus pastillas como mejoral o un píjaste y ya. Preveniría. La operación en un hombre sería lo mejor" (apéndice 1).

Sofía se expresa así de la esterilización masculina "Yo aceptaría que le hicieran la vasectomía si Arturo pudiera razonar un poquito, si entendiera y aceptará, si. En un momento dado la aprobaría, no por dejar incapacitada a la persona, sino por la maldad de la gente que hay, porque no puede existir maldad en ellos...en las niñas tener un control o mejor esterilizarlas...se han visto varios casos de abusos cometidos, y me pregunto Porqué no las esterilizan? También a los niños. Yo no puedo saber más adelante si mi hijo vaya a ser bueno o vaya a ser malo" (apéndice 4).

Cada opinión habla de actitudes diferentes sustentadas por diversos motivos. Así, los miedos expresados a la transmisión hereditaria de la condición especial, hace preferibles para ciertas personas la esterilización, arguyendo que los sujetos especiales son incapaces de seguir las prescripciones que el uso de anticonceptivos requiere.

Gerald D. La Veck y Félix F. de la Cruz (1979) opinan al respecto: "Ciertos sectores de nuestra sociedad juzgan aborrecible el hecho de que individuos retrasados mentales participen en actividades sexuales. Son quizá los mismos que opinan que los subnormales tienen derechos a recibir educación y a vivir experiencias enriquecedoras, excepto en lo que concierne a la sexualidad. La clave de la cuestión parece, pues: Debemos los llamados normales considerar la sexualidad de los retrasados mentales un derecho o un privilegio? A quién toca decidir qué individuos lo merecen? Por otro lado, si consideramos que el sexo es un derecho humano elemental, nos corresponde orientar e informar a los retrasados mentales en cuanto a las posibles consecuencias de la sexualidad, incluido el embarazo. Por eso es importante que los médicos y demás profesionales que se dedican a formar a los retrasados estén al tanto de los métodos anticonceptivos actuales y futuros." (20)

6.7.5. Homosexualidad.

La conducta homosexual es objeto de diversas valoraciones sociales y otros tantos enfoques que intentan explicar su génesis y buscan obtener su curación.

El comportamiento homosexual en el sujeto especial se intenta explicar por sus particulares condiciones de vida: institucionalización aislada y segregación; y por tanto este tipo de experiencias sexuales se constituirían como comportamientos sustitutivos por carencia de otras oportunidades.

Los padres tienen sobre el particular su propio punto de vista. La primera opinión fue externada por Laura, quien contestó una pregunta acerca de la posible preferencia de su hijo por una relación homosexual: "No, creo que no por que esos síntomas ya se dan a conocer o uno se da cuenta por ciertas inclinaciones que ellos van desarrollando, creo yo. Eso ya se trae desde pequeño, no creo que se desarrolle de un momento a otro, y menos en la edad que tiene Mario, o sea que él ya había de dar muestras de su inclinación y ni eso tampoco". Y de su opinión particular ante tal eventualidad: "Sería ignorando nosotros y se descubriría con el tiempo, pero actualmente no hay nada de eso. en ese caso sería decididamente "la operación." Afade -respondiendo a la pregunta de si lo aprobaría o no- "No claro! desde luego que no! imposible! Si primera no lo aprobaría por el riesgo que corre él a que sea agredido Ud. cree que otro hombre se va a parecer que se le insinúa en algún aspecto? Lo golpearía. Logico." (apéndice 3).

En esta opinión, el comportamiento homosexual se percibe con las siguientes características: como una enfermedad, como un comportamiento estereotipado, que aparece en edad temprana y que se va desarrollando y como un comportamiento que puede tener consecuencias adversas.

Laura considera que no cuidaría en practicarle la vasectomía a su hijo, en caso de que tuviese prácticas de ese tipo -Deberá entenderse que esto es un castigo o algo necesario y práctico? La ansiedad que el tema provocaba se desvaneció considerando que esta posibilidad era remota.

Otros padres ven esta opción sexual como una perversidad cuya realización no supone ganancia alguna, o bien como desgracia última indeseable. Los siguientes ejemplos así lo afirman. Sofia dice: "No voy de acuerdo, menos! si una relación de hombre a mujer no lo permitiría en mi hijo, menos con un hombre -Para qué? Para que sigan con su perversidad? (apéndice 4). Teresa se expresa así: "Ay no! Eso no! No, No! Ya sería mucho. Todo con lo que tiene, ya es mucha para como pura que todavía otra cosa peor. No lo aceptaría!". Y cuando se le interrogó sobre el porqué de este punto de vista dijo: "No es, nada más no y ya. No va. Con con una mujer es peor; en los hombres es más común Pero en las mujeres!" (apéndice 3).

Rosa potencializó las reacciones del medio al responder sobre la relación homosexual: "No, definitivamente no. Se supone sería un trauma tremendo, rechazado por la sociedad por que es prácticamente un retrasado mental y luego más aún rechazado por su homosexualidad...existe un doble rechazo, ya no lo dirían que es un homosexual o idiota, sino un degenerado". (apéndice 1).

Como se observa en este último ejemplo, el sujeto especial es depositario, por un lado, de aquella actitud social negativa frente a la condición especial y, por otro, la también negativa ante la sexualidad.

6.7.6. Conclusiones.

Se puede observar que sobre las diferentes manifestaciones de la sexualidad que aquí se han incluido, existen diferentes puntos de vista,

que a su vez sirven a diferentes propósitos. Lo que resulta claro es que la sexualidad del sujeto especial desde estas perspectivas tiene pocas posibilidades de desarrollo. Por otro lado, también es evidente que la ignorancia y la búsqueda de soluciones fáciles son el factor común en padres y profesionales que atienden al sujeto especial.

Recordemos que cada vez resulta más difícil distinguir lo normal y anormal, pues cada vez resulta más lo relativo de nuestros juicios y valores y su dependencia de costumbres sociales cuyo fundamento es muchas veces desconocido y no pocas resulta falaz.

Lo que se manifiesta como relevante es revisar hechos, que se hacen presentes en la observación objetiva de la sexualidad y en el comportamiento general del ser humano, y aceptar su existencia como parte fundamental de la experiencia tanto de individuos típicos como especiales, y dar a ambos posibilidades de realización.

BIBLIOGRAFIA

6

- (1) Funke A. S., Gantier G. M., Oiguín F. P. "La sexualidad Humana". En Sociedad Y Sexualidad. Carrizo Barrera H. (Coordinador General). México, 1982, VI, Editado por el Consejo Nacional de Población. p. 34.
- (2) Morgenstern Murry. "Actitudes de la comunidad ante la sexualidad del retraso mental". Sexualidad y retraso mental. Cruz Felix F. de la., LaVeck Herald D. España, ed. Servicio Internacional de Información sobre Subnormales, 1979, p. 124.
- (3) Servicio Internacional de Información Sobre Subnormales. "Educación sexual de los subnormales". Rona Gant, 1981, No.4 (España), p. 9.
- (4) Jornada de Pocos Jorge. "La perspectiva Humanista". Siglo Cero, 1980, No.90 (España, Julio-Agosto), p. 16.
- (5) Op. Cit. Servicio Internacional de Información sobre Subnormales. p. 9.
- (6) Morgenstern Murry. "El desarrollo psicosexual de los Subnormales". Sexualidad y retraso mental. Cruz, Felix F. de la., LaVeck Gerald D., España, ed. Servicio Internacional de Información sobre Subnormales, 1979, p.28.
- (7) Idem. p. 30.
- (8) Op. Cit. Servicio Internacional de Información sobre Subnormales. p. 10.
- (9) Op. Cit. Murry Morgenstern. "El desarrollo psicosexual de los subnormales". p. 31.
- (10) Galdi Anranio. "La necesidad de una revolución Copérmica". Siglo Cero. 1983, No.85 (España, Enero-Febrero), pp. 43-44.
- (11) Op. Cit. Morgenstern Murry. "El desarrollo psicosexual de los subnormales". pp. 23-31.
- (12) Op. Cit. Servicio Internacional de Información Sobre Subnormales. p. 10.
- (13) Lafon Remy. "Sexualidad y procreación en el deficiente mental." Esperanza, 1978, II Epoca, No.10 (España), p. 47-50.
- (14) Vazquez Palomino, Luis Guillermo. "Educación sexual para deficientes mentales." Siglo Cero, 1983, No.90 (España, Noviembre-Diciembre), pp. 52-58.
- (15) Fierro Alfredo. "El enfoque social". Esperanza, 1978, II Epoca, No.10 (España) pp. 51-52.
- (16) Simaldo Meira Octavio. Explorando las Sexualidades Humanas. México, ed. Trilles, 1981, p. 104.

- (17) Op. Cit. Remy Lafon.
- (18) Grunwald K., y Linnér B. "Retraso Mental; Sexualidad y normalización sexual". Actualidades de Suecia. Publicado por el Instituto Sueco. Suecia, 1960, No.237, p. 3-11.
- (19) Iden.
- (20) Op. Cit. Morgenstern Murry. "El desarrollo Psicosexual de los subnormales" p. 31.

7. Conclusiones.

En la introducción al presente trabajo se hizo énfasis sobre dos aspectos que prevalecen en torno a la sexualidad del sujeto especial; el desconocimiento tanto de sus necesidades generales como aquellas particulares que conciernen a su vida sexual y la influencia de las actitudes en la percepción general que de este se tiene, particularmente en el campo de la sexualidad.

El desconocimiento se manifiesta en la incompreensión y en la consecuente represión de hechos básicos, como pueden ser la autoexploración, los juegos eróticos en pareja o en grupo (o aquellos que sin ser prioritariamente eróticos contienen elementos de este tipo, por ejemplo los juegos de médicos y enfermeras, la casita, etc., los cuales permiten un acercamiento físico que no siempre es bien visto), las muestras de afecto, o la oposición a la formación de parejas y la incapacidad para dar información y apoyo adecuados.

Por otro lado se encuentran los afectos que determinadas actitudes ocasionan y fomentan. Basadas en valores culturales que idealizan la belleza, la perfección, la competencia, la independencia, dejan de lado al sujeto especial, ya que este con sus limitaciones particulares no encaja dentro de esos valores.

Esos valores y ciertas actitudes condicionan la percepción que el común de la gente tiene del sujeto especial y de su sexualidad que al no cumplir con los requisitos que los llamados "normales" han impuesto, es excluido de todas posibilidades de integración y expresión. Cualquier consideración que ayude a su integración social, aún sin quererlo, tiene sus bases implícitas en esos valores.

Antes de cualquier análisis es necesario entender que el valor fundamental que se debe esgrimir es el que garantiza al máximo la oportunidad de realización personal, cuya única limitación sería el respeto integridad de sus semejantes.

Dado que el sujeto especial dentro de sus potenciales y deficiencias se integra al espacio social general y lo cual supone una apertura a las oportunidades de realización de todo tipo, incluida la sexualidad, es menester reconsiderar los supuestos que impiden la adecuada integración de su sexualidad como vivencia básica personal y social.

7.1. Incompatibilidad de oportunidades de aprendizaje y desarrollo.

La experiencia del sujeto especial se caracteriza por ser artificial. Esta artificialidad se manifiesta en los espacios exclusivos en que vive tanto en el seno familiar como en el escolar y social, y que confieren a su experiencia un sello particular.

Anteriormente se mencionó que existen diversos factores de orden científico, social, ético, de actitudes y de espacio vital, que condicionan la experiencia del sujeto especial. Es evidente que individuos típicos y sujetos especiales no tienen las mismas oportunidades de expe-

riencia que proporciona un ambiente "homogéneo" y que las oportunidades para ambos son diferentes. Estas diferencias pueden observarse desde el seno familiar, cuando el niño especial es sobreprotegido, creándose así lazos de dependencia, miedo a la acción y limitando las potenciales que posee. En otro extremo puede ser rechazado, generando entonces sentimientos de minusvalía e inseguridad. En la escuela la situación se repite, ya que al no cubrir los parámetros de "inteligencia normal" es rechazado; y sin una preparación es previsible que se excluya del campo laboral.

En suma, la socialización a la que es expuesta, resulta diferente. Esta diferenciación se caracteriza por la exclusión, privación y reducción de oportunidades de todo tipo.

De esto resultan individuos desadaptados al entorno social general a los que se les exige un desempeño general común, cuando las condiciones para ese desempeño no lo han sido y los imposibilitan. Se les califica de inútiles e improductivos cuando se les ha negado la oportunidad de ser productivos; se les acusa de ser dependientes e infantiles cuando se les impide cualquier movimiento autónomo.

Cómo se puede exigir algo, a sabiendas de que nunca se proporcionaron los elementos necesarios y suficientes para satisfacer esos requerimientos?

7.2. Imposición de normas.

Las normas que rigen la vida sexual de la población, especial o no, tienen su base en creencias, las más de las veces equivocadas. Esta imposición es común a ambas "poblaciones". En este sentido es claro que tanto a unos como a otros se les obliga a comportarse dentro de determinados límites. No a la exploración corporal infantil, no a la masturbación, no al goce del placer, no a las relaciones prematrimoniales, no a la homosexualidad, no a los anticonceptivos, etc. Esta lista podría ampliarse mucho más, ya que la sexualidad sólo adquiere valor dentro del matrimonio, cuyo fin es la procreación. En ciertos medios cualquier transgresión a la norma todavía es calificada de sucia, anormal y pecaminosa.

La regla, sin embargo, se refiere fundamentalmente a situaciones de "normalidad", dejando de lado la cuestión de la vida sexual del sujeto especial, ofreciéndolo como única solución la abstinencia sexual total. La norma parece ignorar que el sujeto especial como ser humano, tiene necesidades de afecto, de amor, de descarga sexual, independientemente de la edad mental que pueda tener. El derecho a la sensación placentera, al erotismo, al afecto no deben supeditarse a determinados baremos de inteligencia, ya que son expresiones que han escapado a la medición científica, pero no por ello dejan de existir. Son necesidades que requieren satisfacción, que no encuentran solución en la normativa tradicional.

7.3. Perfeccionismo.

Cuando se hacen consideraciones acerca del desempeño del sujeto especial no se toma en cuenta que ningún ser humano es perfecto, que todos en mayor o en menor grado tenemos incapacidades y constantes errores. Vivimos en un mundo probabilístico y de esta probabilidad dependen muchas de nuestras acciones.

Cuántas parejas "normales", al casarse o unirse libremente, tienen la absoluta certeza de que concebirán o no un hijo especial? Cuántas parejas tienen la seguridad absoluta de que su unión será permanente. Cuántos padres son realmente capaces de educar a sus hijos?

Las preguntas anteriores parecen ignorarse en el caso de individuos típicos, pero adquieren singular importancia cuando se trata de sujetos especiales. Para ello no existe la probabilidad de equivocarse. Y, si como es de suponerse, comete un error, este solo sirve para reafirmar las expectativas de la gente al pensar que los sujetos especiales no saben y no pueden hacer nada.

7.4. Exageración.

Generalmente las críticas más duras, las exigencias más irracionales y la publicidad amarillista es dirigida a aquellos que de uno u otra manera defieren del resto de la población. Este es el caso de los sujetos especiales, para ellos, al igual que para otros grupos marginados, transgredir la norma adquiere singular relevancia. Se perdona e incluso se elogia al que el hombre, dentro del matrimonio, domine por la fuerza y el miedo, se permitan y se fomentan asesinatos oficiales en aras de la libertad (?) y del honor. Pero el que una pareja de sujetos especiales se muestre afecto scandaliza a la opinión pública y científica. En el sujeto especial cualquier transgresión a la norma adquiere proporciones descomunales.

Esto no es de extrañar ya que la gente a sido educada para esperar de los "diferentes" un comportamiento anormal, y cuando un individuo aislado comete una falta no hace otra cosa sino "confirmar la regla" de que el grupo en su totalidad es malo y perverso. Además de que los que juzgan quedan como poseedores de la verdad y por tanto con el derecho de imponer su voluntad.

7.5. Consideraciones finales.

La sexualidad del sujeto especial no debe considerarse como una sexualidad de segundo orden, ni mejor o peor. Esta debe situarse en el mundo de los hechos concretos, no se puede seguir negando su existencia. Al mismo tiempo debe evaluarse por sus propios atributos y consecuencias, ya que es inexacto e injusto hacer comparaciones entre la sexualidad de "normales" y "subnormales", especialmente cuando se hacen en detrimento de los últimos.

La sexualidad adquiere su valor, cuando incluida en la totalidad de la personalidad del sujeto especial con sus peculiaridades, se inter-

gra como un elemento más de desarrollo. Ninguna aproximación será justa y válida cuando ignore las condiciones en que el sujeto especial es socializado y, consecuentemente ninguna aproximación que pretenda pasar por alto estas situaciones tendrá posibilidades de éxito.

F A B E 1

DINAMICA: "La Cámara de Senadores"

OBJETIVO: Investigar las subyacentes de las actitudes ante determinados tópicos sexuales.

MATERIAL: Texto de "un caso"
 - Formato "Guía para las decisiones del senado".
 - Hojas.
 - Lapiceros.
 - Gafetas numéricas.

TIEMPO: Variable.

PROCEDIMIENTO:

- 1.- Se iniciará la dinámica planteando una plática general del niño y del adolescente Especial, terminando la charla con el planteamiento general de la "sexualidad especial."
- 2.- Se da lectura al texto de "un caso" y se discute su contenido
- 3.- El moderador indica a los "senadores" (padres entrevistados, en este caso): "A cada uno de ustedes se les ha encomendado la tarea de hacer las leyes que regirán el comportamiento de los niños y adolescentes especiales, en cuanto a sexualidad se refiere. Todas las decisiones a las que ustedes llegen deberán estar apoyadas por cada uno de los motivos que consideren importantes para tomar una decisión."
- 4.- Para realizar lo anterior se dará a cada senador su "Guía para las decisiones del Senado".
- 5.- Una vez reunida la información se dará lectura a cada "guía" y se discutirá su contenido en grupo. Esta parte más que nada está dedicada a investigar cuestiones de interés personal, ampliando las observaciones.

"Guía para las decisiones del Senado"

Antes de contestar a cualquier punto-bana, lea cuidadosamente y conteste según las recomendaciones que aquí se sugieren.

- 1.- Conteste o exponga en forma sencilla y clara cual es su posición ante el punto-bana que le corresponde.
- 2.- Detalle con todo cuidado sus razones para mantener determinado punto de vista.
- 3.- Recuerde, no hay respuestas buenas ni malas.
- 4.- La información será confidencial.

ENTREVISTAS

TEMA: Homosexualidad.

Nombre del Padre y la Madre: R. P. D. (Rogelio y Martha)

Alumnas: F. A. D. G.

Piensa que una de las situaciones mas importantes para controlar o guiar este tipo de problemas es someter a las niñas a atenciones médicas y escolares especializadas para que por un lado por medio de los medicamentos nos ayudemos un poco para poder amortiguar las reacciones de ellas y por otro lado los maestros, psicólogos y psiquiatras nos orientan para saber que hacer en un momento dado ya que muchas veces desconocemos los medios de que podemos valernos para conducirlos o ayudarlos y en vez de esto los perjudicamos más.

Ahora es muy importante tener conciencia de qué tan desarrollada tiene este aspecto cada persona porque de antemano se sabe que la sexualidad se desarrolla mucho más o se controla mucho menos en este tipo de casos por lo que desde cualquier punto de vista no es posible eliminarlo sino hay que ver como se puede sobrellevar sea cual sea la inclinación heterosexual u homosexual.

Por último es importantísima la estrecha vigilancia de los padres en todo momento para evitar en lo posible acercamientos innecesarios hacia las personas que le sean atractivas y procurar distraerlos en los momentos en que les vemos inquietas.

TEMA: Esterilización

Nombre del Padre y la Madre: Rogelio y Martha.

(Anotamos este título como tema ya que se manifiesta en un momento como punto central de la preocupación de esta pareja. Solo se resumen algunos comentarios al respecto.)

Yo creo que las niñas con este tipo de problemas se les debe esterilizar definitivamente ya que no son responsables ni consentes de sus actos. Y aun cuando existen métodos anticonceptivos temporales creemos que de ninguna manera son recomendables ya que no son 100% seguros y por tanto siempre existe un riesgo de embarazo y no podemos correr el riesgo de que el nuevo ser nazca con las mismas características de su padre (madre). Aun con entrenamiento en el momento en que se presente una oportunidad de tener una relación la persona enferma no va a estar pensando en las molestias de colocarse tal o cual dispositivo o recordar que debe tomar pastillas durante 21 días cuando no tiene cuidado de cuestiones higiénicas básicas.

TEMA: Masturbación.

Más vale una buena masturbación que una relación peligrosa.

TEMA: Anticonceptivos.

Nombre de la Madre: E. M. R.

Nombre de su hijo (a): M. R. CH.

Yo no tengo experiencia en esto, me gustaría discutirlo con mi esposo para mi opinión sería operar, es la mejor manera.

El día que pase esto la atenderé como madre que soy en todo lo que yo pueda. Me gustaría ir a un curso especial para estos casos. Para orientarse más porque yo entiendo muy poco.

TEMA: Masturbación.

Nombre del Padre: J. G.

Nombre de su hijo (a): C.-G. N.

La masturbación en el hombre es algo común a cierta edad.

TEMA: Procreación.

Nombre de la Madre: C. N.

Nombre de su hijo (a): C. G. N.

El tener hijos es lo mejor del matrimonio desgraciadamente uno no sabe que problemas van a venir yo por ejemplo tengo 3 hijas una de ellas es la del problema es la de amodio no habla....

TEMA: Masturbación.

Nombre de la Madre y del Padre: L. C. e I. T.

Nombre de su hijo (a): M. T. C.

(madre) Como madre pienso, explicarle cómo y por qué tiene su período vaginal. Todas las niñas tienen ese fin, tengo que aclararle todo para que a ella no le caiga de sorpresa. Tenemos que platicarle, como niña, que hemos entendido sobre el tema.

(padre) Mi opinión es que debemos explicarle como es la vida se-

ual. Por falta de inteligencia puede llegar a una edad poligrosa.

TEMA: Donación a la sexualidad.

Nombre del Padre y de la Madre: J. P. C. Y A. A.

Alumno: J. G. J. A.

- 1.- Pensamos que este es un tema muy interesante pero por el momento no sabemos como actuar, en este caso.
- 2.- Pensamos que debería ser alguna persona, indicarle la que nos explicará lo que se debería hacer al respecto. Desde luego creemos que cada niño tiene que actuar, o pensar diferente.
- 3.- En cuanto a formar una familia pensamos que si tiene donación a hacerla y que si esta capacitado para hacerla (Se referían a que si estaba capacitado biológicamente, porque un médico le dijo que físicamente capacitado para tenerlos).

TEMA: Relaciones sexuales.

Nombre del Padre: I. F.

Edad: 48 años.

Alumno (a): H. F. V.

La relación sexual entre un niño normal y un anormal no debe ser por las circunstancias de que la niña no se encuentra bien de sus facultades. (El padre se niega a dar más información al respecto y sobre los temas restantes argumentando de que nunca le había pasado pues la niña es muy pequeña).

AFENDICES

A P E N D I C E

DATOS DE LA ENTREVISTADA.

Nombre: Rosa.

Edad: 38 años

Escolaridad: 6o. de primaria

Ocupación: Afanadora

Estado civil: Separada

No. de hijos: 4

DATOS DEL HIJO (A)

Nombre: Julio

Fecha de nacimiento: 20 de marzo de 1976

Diagnóstico: Deficiencia mental

DESCRIPCIÓN DEL SUJETO Y SU CONDUCTA.

Niño de apariencia vivaz, juguetón, sociable y obediente. Su aspecto físico no revela ninguna anomalía.

En el área de cuidados básicos reporta las siguientes insuficiencias: abotonarse la ropa cuando se viste, encontrar la parte delantera de la ropa, limpiarse la nariz, bañarse solo y cepillarse los dientes.

En el área de cuidados básicos la madre reporta lo siguiente: el niño es capaz de vestirse y desnudarse sólo, aún cuando le cuesta trabajo encontrar la parte delantera de la ropa y abotonarse. Utiliza con mayor destreza la ropa con broches. Por otro lado come y va al baño sólo. Sin embargo, no se limpia la nariz si no se le recuerda, lo mismo que lavarse los dientes, evitar peligros comunes, pedir permiso para tomar objetos ajenos, mantenerse callado mientras otros hablan y pedir permiso para salir de casa.

Su lenguaje es fluido y entabla conversaciones claras con su interlocutor y expresa sus ideas correctamente.

En el área académica se le dificulta recordar números y letras, los copia con relativa facilidad más su letra es irregular ya que no toma en cuenta las líneas de referencia del cuaderno.

En el salón obedece las instrucciones que se le dan, cumple con su trabajo y coopera en las actividades que se sugieren.

ENTREVISTA No. 1.

- (Explicación de los propósitos de la entrevista y presentación de un ejemplo-caso; sobre la esterilización de una adolescente especial).

Pues si fuera mi hija yo la controlaría, pero Julio no va a tomar anticonceptivos y la única solución es operarlo.

1.- Qué opina usted?

Que sería lo indicado porque no sabemos si esto pudiera ser hereditario o no. Para mí ese sería mi pesar, mi preocupación, mi amargura, saber que él no puede tener un hijo sano, que sea peor que él, que iniciara un cadena de niños enfermos. No me gustaría que mi hijo empezara una cadena. En nuestras familias no ha habido un problema como el que ahora yo tengo con mi hijo, yo pienso que habría que operarlo.

2.- Repasándonos -Qué entiendo ud. por sexualidad?

La unión de dos personas, entre un hombre y una mujer que tienen determinada atracción entre sí.

3.- Tiene esa unión algún fin?

El cariño que se puedan tener, formar un hogar, tener hijos y conseguirse de por vida.

4.- Considera usted que los sujetos especiales están dotados de sexualidad?

Si.

5.- Cómo lo manifiesta Julio?

A su edad y como es, pues me abraza, me besa, busca mi ternura; yo pienso que después pesará lo mismo con una muchacha que conozca, por ejemplo dice que F. es una muchacha bonita, que le gusta. Yo le digo que está bien feo y que es grandota para él y él me contesta que está grandota pero así la quiere, que le ve bonita. Hasta ese momento su expresión es para mí un tanto agresible, cuspica, incoherente. No lo puede ver a su edad con malicia. Pero ya viéndolo con malicia se pongo a pensar que no va a ser igual mi reacción.

6.- Qué sería entonces?

Más bien de preocupación. Él ya no va a ver una niña sino una mujer. Ya no sería la inocencia que tiene hoy. Es un despertar de esas sensaciones de muchacho grande. Ahorita es la inocencia en Julio más tarde me preocuparía en cuestión de que me diga "no él ya está viendo una mujer frente a él, ya no reacciona como niño sino como hombre. Entonces pienso que hay que cuidarlo, porque puede engendrar un hijo, eso ya es de preocupar.

7.- Hasta dónde permitiría la expresión sexual de su hijo?

No sé, no lo siento, no lo ubico. No sabría decirle hasta qué punto. Ahorita es nada más preocupación, más tarde no sé.

8.- Quién cree que decidirá la vida sexual de su hijo?

(El esta capacitado para hacerlo u otra persona deberá decidir por él?)

Definitivamente una persona preparada para esto. (—Quién?).— Profesores, médicos, psicólogos. Yo no me siento capacitado de orientación, ni siquiera se cómo reaccionar y para estos asuntos no se ha llegado al momento de pensarlo.

9.- Cuáles son las consideraciones que usted tiene en mente al decir que los sujetos especiales no decidirán su propio destino sexual?

La mayoría de ellos no están capacitados. Si muchas veces ud. o yo nos equivocamos estando normales. Entonces una persona así con mayor razón. La mayoría de estas personas son más rechazadas. Lo he visto, mi círculo de trabajo me ha permitido ver como se trata a estas personas y la mayoría son rechazadas.

10.- Cómo se manifiesta ese rechazo?

Pues se le tiene determinada desconfianza, lástima y casi siempre se dice "no sirve para nada".

11.-Cuál es su reacción?

Hacia las personas que lo rechazan, coraje, desprecio, y digo "má despreciable eres tú y ni cuenta te has dado". Yo a estos niños los quiero con dolor, no es lástima. Sobre todo cuando veo hombres y mujeres que sufren ese rechazo, me imagino que será así de Julio. Veo a otro hombre tirado en la calle, abandonado y digo "Túo mío, a que horas va a ser así mi hijo, mientras yo viva lo cuidaré pero si yo luego a faltar que va a ser de mi hijo?". Y es cuando me entro ese coraje hacia esas personas que lo desprecian, que lo rechazan.

12.- Cuáles fueron sus sentimientos cuando se enteró de la enfermedad de Julio?

Me dio un dolor muy grande, porque no sabía hasta que punto afectaría todo. Le doy gracias a Dios de que aunque este mal, no esta tanto. Quiero a mi hijo con dolor y todo lo que me dice que aprende, para mí es una satisfacción, no puedo decir lo mismo de mis dos hijas porque las considero normales, de ellas espero que salgan adelante con la seguridad de que lo van a hacer, pero de Julio no. Lo que logre captar es bueno, porque ni yo como su madre soy capaz de sentarme con él a enseñarle, no se si puedo estropear lo que ustedes le enseñan.

13.- Ud. cree que la actual situación escolar de su hijo afecte su vida como adulto?

Terminaría por atrasarse más, que ande en la calle y que ni siquiera sepa donde está.

14.- Dentro de la esfera sentimental, amorosa, sexual, que futuro le pronostica a Julio?

Pues que mi hijo no podrá aspirar a una mujer detenuelta, más arriba de su nivel. Si es una secretaria y él no sabe leer y escribir, entonces él será un analfabeto al lado de ella, nunca podría aspirar a una mujer así. El tendrá siempre que buscar a una mujer más baja de su nivel.

15.- Sería posible esa relación?

Pienso que no, porque esa mujer a pesar de que fuera más baja en cuestión de preparación, sería una mujer más lista y como es una... aun-

que fuera atractivo...O sea, yo no me fijaría en un hombre de esa clase, de ese tipo, aún no sabiendo yo escribir ni leer, ni nada, yo diría "es un idiota y a la mejor tengo un hijo de él y va a ser peor".

16.- Supongamos por un momento que se lleva a cabo una relación... de la cual resulta un hijo. -Ud. que piensa?

Quien sabe. Si Julio con el tiempo se compusiera y si lograría superarse, si le hicieran un estudio para saber si puede tener familia, pues yo no me preocuparía y tal vez si yo viviera hasta le ayudaría en orientarlo o llevarlo con personas que lo orientarán más para saber que hacer con ese niño.

17.- Manifiesta Julio conductas sexuales?

No.

18.- Manifiesta interés por explorar su cuerpo, el de otros niños?

No, no lo he visto. Su hermano lo bafa como si fuera un traste y hasta así.

19.- Erecciones?

No.

20.- Masturbaciones?

No.

21.- Ud. que piensa del uso de los anticonceptivos para los sujetos especiales?

La operación. Inclusive sin que se de cuenta para no afectarlo.

22.- Cree ud. que exista alguna diferencia por el hecho de ser hombre o mujer, con respecto a las decisiones que se hace sobre ellos?

Una mujer es más fácil porque se le dan anticonceptivos, pero con hombres es más difícil, tienen esas precauciones y necesitan ser más conscientes. Por ejemplo que mi hija tuviera peligro le daría sus pastillas como normal o un piquete y ya...preveniría. La operación para un hombre sería lo mejor.

23.- Qué oportunidades dará ud. a Julio para que libere su impulso sexual?

Si tuviera la oportunidad, de casarse sin tener hijos.

24.- Si no existiera esa oportunidad?

Es difícil, yo no puedo decirle "aquí está esta mujer".

25.- Supongamos una relación homosexual?

No, definitivamente no. Se supone que sería un trauma tremendo, rechazado por la sociedad porque es prácticamente un retrasado mental y luego más aún rechazado por su homosexualidad, pues ya sería peor.

26.- Un doble rechazo?

Definitivamente existe un doble rechazo ya no le dirían que es homosexual o idiota sino un degenerado. Como Julio, no tiene experiencia de estar enfermo probablemente lesta iría a la cárcel.

27.- Piensa que la experiencia física tiene importancia?

Si, si se le ve cara de vicioso, no es lo mismo le cara de una

persona normal o una enferma. Los piropos de las personas enfermas pueden resultar ofensivos.

28.- Que haría ud. para ofrecer mejores oportunidades a los sujetos especiales ?

No ve; escuelas, prepararlos más... no se.

29.- Cómo madre que haría ?

Lo que estoy haciendo, rodearlo de personas que lo entiendan y que le ofrezcan oportunidades, que le puedan abrir paso en la vida con un trabajo, un oficio. También rodearlo con gente como él para que no se sienta solo.

APENDICE 2

DATOS DE LA ENTREVISTADA.

Nombre: Teresa.

Edad: 46 años

Escolaridad: 6o. de primaria

Ocupación: Hogar

Estado civil: Casada

No. de hijos: 3

DATOS DEL HIJO (A).

Nombre: Miriam.

Fecha de nacimiento: 10. de mayo de 1975.

Diagnóstico: Síndrome de Dawn.

Pruebas aplicadas: ABACUS (ARIZONA BEHAVIOR ANALYSIS CRITERION UTILIZATION SCALE).

DESCRIPCIÓN DEL SUJETO Y SU CONDUCTA.

Miriam es una niña tímida, se aventura a hacer las cosas cuando hay alguien que la ayuda, por ejemplo saltar en un solo pie, subir una pequeña rampa o deslizarse por la resbaladilla. No suele ser caprichosa, más es sensible a las burlas y llora fácilmente.

En la aplicación de la prueba diagnóstica se tiene lo siguiente: No puede imitar gestos (decir adios con la mano, mover la cabeza afirmativamente, etc.), tiene dificultades para imitar movimientos con la lengua y los labios, a la vez que no hay respuesta cuando se le pide que imite sonidos con consonante o vocal.

Desconoce formas geométricas sencillas (triángulo, círculo, cuadrado), no puede igualar objetos, no existe la permanencia de los objetos, desconoce los colores básicos (amarillo, azul, verde, rojo), no posee los conceptos de igual-diferente, arriba-abajo, grande-pequeño y lento-rápido.

Desconoce la orden "no", tampoco responde cuando se le pide algún objeto y es incapaz de expresar las funciones de los objetos de uso común (cuchara, escoba, etc.)

En el área de autocuidados es eficiente en los movimientos más gruesos, como ponerse los pantalones o el suéter, sin embargo falla en el reconocimiento del revés y el derecho y no puede abotonarse la ropa. No es constante para avisar el deseo de ir al baño.

Se le dificulta cortar papel, ensartar material, pegar, armar rompecabezas sencillos, iluminar, copiar figuras etc.

ENTREVISTA 2

- 1.- ¿Crees tú que tiene derecho a casarse o a tener familia ?
Pues yo pienso que sí, pero eso de tener familia.
- 2.- ¿A pensado esta situación con su esposo ?
Pues no, no da pens.
- 3.- ¿Con sus parientes o amistades ?
Solamente las decía que estaba preocupada cuando creciera y me respondían que no era conveniente que llegara a tener familia. Pienso que sí puede tener familia, incluso me han dicho los médicos que sus hijos pueden ser normales, pero si no va a valerle por sí misma -qué responsabilidad va a tener en caso de que tuviera hijos ?; entonces, si una persona normal muchas veces se queda sin familia, ¿porqué una persona así no ? Y que pueda vivir la vida aparentemente normal ¿no ?
- 4.- ¿Estás o pensado en alguna solución ?
Pues operario.
- 5.- ¿A pensado en anticonceptivos ?
Definitivamente no.
- 6.- ¿Porqué ?
Pues pienso que algún día no los hay o cualquier cosa y en un descuido.
- 7.- ¿Crees tú que Miriam pueda tener novio, lo aprobaría ?
Sí, desde luego depende de como le van a tomar, si es como buria no.
- 8.- ¿Bajo qué circunstancias aceptaría esa situación ?
No podría contestarla. No lo imagino. Sería con un adolescente normal.

9.- Podría tener algún problema ?

Posiblemente sí. Pero pienso que educándolo dándole a entender como está y todo, para que ella no lo tome muy a pecho.

10.- Qué piensa ud. si ella se involucrara en una relación homosexual ?

Hay no, eso no ! no, no ! ya sería mucho, todo ya con lo que tiene, ya es mucha pena como para que todavía otra cosa peor. No lo aceptaría. no sé, nada más no y ya. no sé, no sé una mujer es peor, en los hombres es más común pero en las mujeres !.

11.- Qué opina ud. de la masturbación ?

Si llegase a presentarse esa conducta yo creo que tendría que ver a una persona que me indicara de qué manera se le podría corregir eso. Le hago ver las cosas si no a coscorrones.

12.- En este sentido que alternativas le da a furian ?

No sé. Pienso que estoy ajena a todo esto no sé.

APENDICE 3

DATOS DE LA ENTREVISTADA.

Nombre: Laura

Edad: 43 años

Escolaridad: 4o. de primaria

Ocupación: Hogar

Estado civil: Casada

No. de hijos: 5

DATOS DEL HIJO (A).

Nombre: Mario

Fecha de nacimiento: 12 de Diciembre de 1962.

Diagnósticos: Retardo Mental Superficial.

Pruebas aplicadas: WAIS.

DESCRIPCIÓN DEL SUJETO Y SU CONDUCTA.

Mario es un joven delgado de 1.60 mts. de estatura y tez morena. Es autoconfiante en su arreglo personal, y en general se desempeña eficientemente a la hora de comer, en actividades académicas sencillas (sumas y multiplicaciones de dos dígitos, lecturas cortas y de fácil comprensión), en la integración con sus compañeros y en las actividades.

diversas que se sugieran dentro de la escuela y el hogar.

De la aplicación del WIS resultaron las siguientes áreas débiles: Deficiencia en la capacidad de abstracción, difícilmente sintetiza y generaliza información, a la vez que cuenta con una memoria y atención débiles.

ENTREVISTA 3

1.- Mario me ha dicho que uds. han decidido practicarle la vasectomía -¿Qué dice él al respecto?

Pues sí, pero ya no lo hemos platicado y está más tranquilo. Solo lo mencionamos cuando fuimos al doctor, pero ya no hemos tratado nada y el doctor ya no me cito y en caso de que nosotros decidiéramos algo pues ya es cuestión de que yo tenga que hablar con el médico, pero al menos él no me indica que tuviéramos otra cita o algo así.

2.- ¿Qué le indica el Dr.?

Nada, solo que yo le pregunte por la plática que tuvimos el otro día y él me dijo que sí, que había que preocuparse, pero que todo dependía de nosotros y que había remedio haciéndole una vasectomía, Mario escuchó y entendió el significado de la palabra y me dijo que no quería ninguna operación y que no se iba a dejar operar y que eso se la hubieran hecho cuando era chiquito, que no se da a cuenta, no ahora. Se niega abundantemente y nosotros ya no insistimos.

3.- ¿Qué le platicado al respecto con su esposo?

Nos quedamos en la misma, en la cosa de que si él no quiere... nosotros suponemos, digamos no por la fuerza...pero si que a pesar de que él no se da cuenta...pero nosotros...nos imaginamos, que sería un trauma para él, y en lugar de beneficiarlo sería ir para atrás. Yo siento y creo así las cosas, todo lo adelantado hasta ahorita se iría abajo, sería una decepción sumamente grande para él, por que él comprende hasta que punto se trata de su problema.

4.- ¿Y obligado a que no se entere nunca? *

Solamente, ojala y eso fuera posible, de ser posible pues....

5.- ¿Están de acuerdo en hacerle la vasectomía? *

Nosotros sí, mi marido y yo, pero su hermano mayor dice que no.

6.- ¿Cuáles fueron los argumentos que utilizaron en favor para hacerle la operación? *

En primera, por decir así, si él está capacitado para engendrar y que halla una joven o muchacha que le acepte.

7.- ¿Usted cree que halla alguien que lo acepte? *

Yo no lo creo, las muchachas de hoy en día son stieras y preparadas, ya no tan facilmente se atrevería una muchacha conociendo de su pedacamiento que realmente se animara a casarse o vivir con él.

Probablemente pueda vivir con una mujer, aunque sea un tiempo, pero que hasta ahorita no se le ve ninguna inquietud, no da ninguna señal de enamoramiento, atraimiento hacia una muchacha que le gusta, él dice que le gustan las muchachas, lógico, pero nada más hasta ahí, pero que él salga

no.

8.- Crees ud. que tenía al rechazo ?
Supongo que eso es.

9.- Y si él prefiere una relación homosexual ?

No creo, no por que esos síntomas se dan a conocer o uno se da cuenta por ciertas inclinaciones que ellos van desarrollando, creo yo, eso ya se trae desde pequeño, no creo que se desarrolle de un momento a otro y menos en la edad que tiene Mario, cosa que él ya había de dar muestras de su inclinación y ni eso tampoco.

10.- Que opina ud. si pasara ? *

Sería ignorándolo nosotros y se descubriría con el tiempo pero actualmente no hay nada de eso en ese caso sería decididamente la operación.

11.- ¿ Porque la operación ?

(Entre hombres no hay problemas) *

Bueno, no claro, entre hombres no es peligrosa, no existe como entre un hombre y una mujer, desde luego.

12.- La operación no le serviría de nada ? *

No le serviría de nada en ese caso.

13.- Aprobaría una relación de ese tipo ?

No, claro, desde luego que no! imposible! en primera no la aprobaría por el riesgo que corre él a que sea agredido ud. cree que a otro hombre le va a parecer que se le insinúa en algún aspecto ? lo golpearía, lógico.

14.- Si alguien aceptara la relación ?

Claro está que si hay alguno que acepte la relación, por que hay hombres que si les gusta también pues...pero para que lo encuentre es muy difícil entre 100 hay 1 normalmente y él, todos sus amigos que tiene son normales, tienen novia, él no tiene preferencia por ningún amigo en especial, ni ningún amigo en especial va a buscarlo, por eso es que esta muy lejana la idea de pensar en que probablemente...quizá si más tarde, a la mejor, no sabemos, pero no creo. Ya eso parece se trae por homofobia.

15.- Qué piensa el hermano de Mario en lo referente a una posible relación afectiva ?

Decía mi hijo, que una persona que este también incapacitada, para que hicieran una pareja, pues saldría por tantito, en este caso habría de ser alguien responsable, en este caso sería ella; si quisiera y le hablara alguien y advirtiéndole sobre todo porque no vamos a engañarle, si son así, ella lo acepta ya sabía que iba a cargar con la responsabilidad de la familia que viniera por delante.

16.- El problema que ud. vislumbra no es el que Mario forme una pareja sino la posibilidad de descendencia ?

Ese es el problema, en cuanto a que tenga relación no importa hay muchas cosas que evitan el embarazo, y de ahí no pasa nada, pero la cosa es que si se descuida y hay familia de por medio, eso es el problema. Yo creo que así como Mario va avanzando y desarrollándose, más tarde pueda casarse y ser responsable; por que él es responsable de su persona

y de las cosas que se le encomiendan.

17.- Qué apoyo familiar tiene ud. en cuanto al cuidado y educación de Mario?

Sus hermanos mayores me alientan, me dicen: "tu no te preocupes Mario va a mejorar y si sigue estudiando con mucha más razón. El tendrá que encontrar un trabajo adecuado a su estado." Además su papá y yo pensamos hacer un negocio en la propia casa, enseñarlo a trabajar y guardar dinero en el banco.

Comentarios de un profesor ajeno a la entrevista.

Comentarios aislados.

18.- Qué piensa ud. de la masturbación y su ejecución?

Supongo que es normal. Creo que si, es correcto.

19.- Qué opinión tiene acerca del uso de anticonceptivos para los sujetos especiales?

Yo aceptaría su uso.

20.- Cómo cree que es percibido Mario para una relación afectiva?

Mi hijo es una señorita preparada y dice que no se fijaría en un muchacho en esas condiciones.

APENDICE 4

DATOS DE LA ENTREVISTADA.

Nombre: Sofia

Edad: 33 años

Escolaridad: Técnica Comercial.

Ocupación: Asistente de concultorio.

Estado civil: Separada.

Nb. de hijos: 3.

DATOS DEL HIJO (A).

Nombre: Arturo.

Fecha de nacimiento: 6 de marzo de 1976.

Pruebas aplicadas: ASACUS (ARIZONA DEVIANT ANALYSIS CRITERIAL UTILIZATION SCALE)

DESCRIPCIÓN DEL SUJETO Y SU CONDUCTA.

Focofofo inquieto que generalmente no obedece las ordenes que se le dan como permanecer en su asiento o hacer algún trabajo manual.

Le gusta rebolcarse en el piso, actividad a la que se dedica gran parte del tiempo y que puede acompañar con cualquier objeto haciendo ruido de "carro".

El lenguaje es casi nulo y suele pedir los objetos con señas. No es capaz de copiar modelos de figuras geométricas, únicamente garabatea.

La madre reporta que el niño no realiza las siguientes actividades: Vestirse solo, limpiarse la nariz, bañarse, cepillarse los dientes, ir al baño, evitar peligros, pedir permiso para utilizar cosas ajenas, despedirse, participar en pláticas con niños de su edad y responder a los saludos.

ENTREVISTA 4

1.- Qué entiende por sexualidad ?

La determinación de ser hombre o mujer, pero no, eso sería sexo. La unión de un hombre y una mujer.

2.- Considera que el sujeto especial esta dotado de sexualidad ?

Todo ser humano la tiene.

3.- Cómo la manifiesta Arturo ?

Se excita tirándose al suelo.

4.- Además ?

Explora su cuerpo, sus genitales. Hubo un tiempo en el que se fijaba que nosotros hacíamos la "chus" sentados y el parado. Ahora ya no le cae de extraño.

5.- Qué piensa de la expresión de la sexualidad del sujeto especial ?

Debe haber una orientación ya que el niño puede hacer una pregunta sobre el sexo.

6.- Qué expresión de la sexualidad permitiría usted ?

Yo pienso que el niño no podría tener relaciones sexuales por el hecho de cómo está. La responsabilidad recae en los padres porque no está bien de sus cinco sentidos. Ahora, que se masturbara, yo pienso que el niño inconscientemente se masturba. Más no permitiría que se masturbara en este momento, lo distraería. Él tiene erecciones, se masturba tirándose en el piso y moviéndose como lagartija, cuando lo volteo tiene un rubor, yo veo que le agrada y está erecto su miembro.

7.-Cuál es su punto de vista sobre la masturbación ?

Que es, que tiene que ser. Yo he platicado con un doctor y dice que una mujer que no tiene relación sexual se masturba inconscientemente. Entonces si uno que ya tiene nociones de lo que es tener una vida sexual se masturba cuanto más uno que no lo sabe.

8.- Cómo imagina a Arturo en su vida afectiva futura ?

Precisamente me cuesta trabajo, esa es mi inquietud, de que va a tener una pareja, no lo creo. Por eso ya no he tratado de casarme ni de procrear más hijos, para tener una atención hacia él.

9.- Para ud. quién decide el futuro de la vida sexual del sujeto especial ?

Uno mismo es el que decide y depende de las circunstancias en que se encuentre. Si Arturo decide masturbarse de momento lo dejaría pero después trataría de distraerlo. Uno que razona más debe decidir en qué circunstancias, si él pudiera decidir yo lo dejaría, pero si no entiende las consecuencias yo no se las puedo hacer entender. El no sabe las consecuencias que sus actos acarreen.

10.- Qué piensa de la esterilización ?

Se han visto varios casos de abusos cometidos contra niñas que no están bien de sus cinco sentidos y me pregunto porqué no las esterilizan; también a los niños, yo no puedo saber más adelante si mi hijo vaya a ser bueno o malo. Me inclino a que pueda ser malo porque hay mucha maldad en el mundo; por que uno mismo con sus cinco sentidos, según teniendo los como malos les inculcamos la maldad. Yo aceptaría que le hicieran la vasectomía si pudiera razonar un poquito y entendiera. En un momento dado lo aceptaría no por dejar incapacitado a la persona sino por la maldad de la gente, por que no puede haber maldad en ellos. Yo pienso que la gente que abusa de los pequeños es la más vil, la más ruin. Por que en lugar de ayudar a salir adelante a los pequeños los conducen.

11.- Qué oportunidad daría a Arturo de tener una experiencia sexual, bajo que circunstancias ?

No se la podría dar.

12.- Qué opina ud. de una unión matrimonial ?

No hay posibilidad. Si uno siendo gente normal procrea hijos anormales, pues ellos procrearán más. Si uno con sus cinco sentidos no nos llevamos bien, menos ellos. No sabrían manejar un matrimonio, no saben lo que es la pareja en sí. Con respecto a los hijos mientras yo viva yo lo permitiré.

13.- Qué opina de una relación homosexual ?

No estoy de acuerdo, menos. Si una relación de hombre a mujer, en mi hijo no la permitiría menos con un hombre. Para qué seguir con esa perversidad ?

14.- Qué actitudes tiene la comunidad hacia el sujeto especial ?

Los ve de monos, hay que hablar con la gente para que los respete. Tienen una actitud morbosa hacia la sexualidad.

APENDICE 5

DATOS DE LA ENTREVISTA.

Nombre: María

Era: 33 años

Escolaridad: 6o. de primaria.

Ocupación: Hogar

Estado civil: Casada.

No. de hijos: 2

DATOS DEL HIJO (A).

Nombres: Ana

Fecha de nacimiento: 21 de septiembre de 1972.

Pruebas aplicadas: ABACUS (ARIZONA BEHAVIOR ANALYSIS CRITERIUM UTILIZATION SCALE)

DESCRIPCIÓN DEL SUJETO Y SU CONDUCTA.

Ana es una joven autosuficiente en el área de cuidados básicos: Se viste sola, al comer utiliza los cubiertos correctamente, avisa para ir al baño y no requiere ayuda.

Su comunicación es deficiente, no tanto por un lenguaje limitado sino por que este responde más bien a estímulos internos que externos. Su lenguaje es confuso ya que generalmente repite lo que se le pregunta (ecolalia) y por que se enfrasca en autodiálogos confusos.

Copia con relativa facilidad números y letras pero no los reconoce por sus respectivos nombres, a la vez que tiene problemas de dislexia (Inversión).

Ana se encuentra la mayor parte del tiempo en un estado hiperactivo. Dificilmente logra concentrarse en una sola actividad, se levanta constantemente de su lugar y generalmente molesta a sus compañeros: los pateo, pellizca o abofetea.

ENTREVISTA 5

1.- Qué reacción tiene ud. cuando Ana menstrua ?

Fuere cuidarla más. El neurólogo me dijo que a una determinada edad la podría operar.

2.- Ud. qué cree ?

Fuere yo sí, pero mi esposo dice que no. Yo veo que es bueno que le opere el neurólogo por que así no corre peligro de ninguna especie.

3.- ¿Qué peligros ?

Cuando crezca, ya sale más a la calle, en un descuido, que se le saiga o que se le escape, ya no podrís saber los peligros de los hombres.

4.- Manifiesta algún interés por los varones ?

No, cuando la quieren agarrar sus tíos o su papá les dicen: "No me toques así, así no". O cuando vamos caminando le hacemos de esta forma (tomarla de la cintura), y él dice (el marido): "voy a cachar a tu hija" y ella dice: "no, bonny, así no". Nos damos cuenta de que ella es una mujer algo desconfiada. Y yo misma le he inculcado: "No te dejes agarrar de aquí, ni las piernitas" y ella responde: "no, no mamá"; "ni la cosita ni la colita". Yo le explico y ella me dice: "no mamá".

5.- ¿A observado algún tipo de actividad sexual ?

Solo la menstruación. Ella misma desde el primer día que le sucedió como que se fue ida, triste; como que al ver eso mi hija decía: "Mamá, sangre, mira"; como que se espanto, pero no tuvo ninguna emoción, como diciendo -bah!, como otras cosas, como que al momento que lo vió se espanto y le dije: "hija, pues que te dolió la cabecita?", y si, me decía: "mamá la cabecita".

Y ahora en el segundo mes es lo mismo. Pero no es de esas niñas que se alce el vestido, nada de eso. Yo le dije: "deja eso que lo porigo y listo, te lo moviste?" y ella responde: "no mamá, no". Fue un cuidado por que hay niños y a tu papá no le enseñes nada de eso. La niña dice: "no, a papá no". Yo se lo tuve que decir a mi marido.

6.- ¿Que opinó él al respecto ?

Que tenemos que cuidarla más. Como hombre no se preocupó.

7.- ¿Le ha dado ud. alguna explicación sobre la higiene del periodo ?

Le digo: "Así te lo vas a poner, los vas a poner en un papelito y los vas a tirar en el cesto de la basura. No quiero que te vas tu hemerita cuando te cambias tu pantaletita". Ana dice: "no mamá, Julieta no".

Así que aunque son niñas yo las tengo muy reservadas a las dos. Y la primera vez me dio quién sabe qué, porque hice comida a mis familiares. -Ay, Ana!, entonces como ya "andaba así" digo: "-Ay!, a lo mejor ahorita va a decir: "-Miran!".

Cada quien se angustia, se espanta. Antes de que empezarán a llegar las visitas le dije: "no quiero que te alces por ningún motivo el vestido, no quiero que los enseñes lo que te paso", y ella contestó: "No sangre no".

Fijese que nos hemos dado cuenta que en este tercer mes como que ya es mucho más tranquilo, antes era más inquieta. Cuando se va a dormir me dice: "No mamá, esta pijama no, se ven las piernitas".

8.- ¿Cuál es su actitud ante la posibilidad de que Ana conciba un niño ?

Ay no. Sabe lo que piensa mi esposo? "Prefiero dejarle una cantidad de dinero a mi hija, que disfrute si Dios le da vida, pero no quiero que se case. Porque no voy a saber qué fulano le toque, como me la maltrata. Prefiero juntar dinero, trabajar mucho para dejarle algo. En el futuro que viva y pase".

9.- ¿Pero ella podría tener un bebé aunque no se case ?

Si porque a su mamá lo acaricia y roña como a un niño y le dice: "Ahorita te voy a dar de comer. Lo acuesta, lo viste, y hasta lo ba-

Ra. Pero después lo maltrata lo avienta, lo tira. Nos imaginamos un niño de a devaras y decimos: "Pues no, -Dye!, -Cómo lo va a hacer?".

Precisamente por eso yo me tuve que operar. Mi suegra no lo sabe ni nadie. Yo nada más. Antes el hijo no iba a venir y el neurólogo nos dijo: "Señora pícnese a Ana le hace falta compañía les recomiendo que tengan otro bebé y cuando lo tengan operace ud." Porque con el problema de su hija y con otro niño ya no va a poder tener otro, va a descuidarlos. Le hicimos caso y su hermana la estropea mucho. A el esposo le preguntaron: "Le dejaron así a su esposa?", y él respondió: "Operarla".

10.- ¿Cuál fue su reacción?

Lloré, sentí feo, porque me operaron y yo no sentí. Mi hija nació por cesarea, y cuando me dijeron -Ay!. El me tuvo que decir la verdad por que me vi muy mal. Estuve veinte días internada, no me hicieron bien el lavado, entonces se me regó y me puse bien grave. Le dije: "Bueno, ahora que estamos bien, no vamos a esperar cinco años esperamos uno y encargo al otro" y él me dijo: "Fíjate que no"; como que quería decir y como que no, cuando lo hizo me puse a llorar, dije: "Ay! como es posible". Mi suegra me dice: "Ya estas bien para engardrar". Pero no comprende.