

DESARROLLO DE LA SEXUALIDAD DEL DISCAPACITADO PSÍQUICO

DR. ANTONIO CLEMENTE
*Departamento de Psicología
Evolutiva y de la Educación,
Facultad de Psicología,
Universidad de Valencia*

1. INTRODUCCIÓN: DISCAPACIDAD INTELECTUAL Y DISCAPACIDAD EMOCIONAL

Pretender desarrollar unas breves ideas sobre el desarrollo de la sexualidad del discapacitado psíquico nos adentra en una problemática tan específica que los mismos aspectos evolutivos quedan necesariamente en un segundo plano, ante los problemas concretos que conllevan la propia práctica sexual de la persona con dificultades mentales.

Desde un punto de vista ideal, cabría hablar del sentido holístico del desarrollo sexual en el desarrollo personal, pero resulta evidente que tratándose de la población a la que nos estamos refiriendo tales términos resultan poco menos que metáforas, por lo que tendremos que adentrarnos en la realidad concreta y tratar por lo

menos de no lesionar más todavía algunos de los derechos de los que tales sujetos son portadores, y respetar en lo posible su calidad de personas.

Aunque sólo sea por hacer cierto paralelismo, que consideramos válido en buena medida, permítaseme introductoriamente hacer cierta referencia a uno de los constructos psicológicos de mayor actualidad, como es la *Inteligencia Emocional* de Daniel Goleman.

Tras dicho constructo se esconde la aserción de que quien posee una adecuada inteligencia lógica no tiene por qué poseer una parecida inteligencia emocional, y viceversa. De la misma forma, el paralelismo pretendido consiste en poner como fondo de nuestras reflexiones el hecho de que el discapacitado mental recibe tal etiqueta, en principio por su falta de capacidad lógica, pero ello no implica necesariamente el mismo nivel de discapacidad emocional, y aunque no quepa duda que la influencia negativa de la primera discapacidad influirá decisivamente sobre la segunda característica, en principio nada debería impedir el desarrollo de la capacidad emocional que cada persona pudiera asumir.

Todos comprendemos y aceptamos que la influencia negativa del desarrollo intelectual sobre el desarrollo emocional puede ser decisivo; sin embargo, permítasenos partir de esta diferenciación básica para diferenciar ambos aspectos y no usurpar desde el principio unas posibilidades de desarrollo a las que el sujeto tiene completo derecho, a su nivel, que en muchos casos desde el punto de vista emocional puede ser parecido al de las personas que nos etiquetamos nosotros mismos como normales.

Desde este punto de vista permítasenos que, salvada la deficiencia psíquica de la que partimos y asumimos, nos situemos en el caso de la persona discapacitada mental, aunque con unas posibilidades de desarrollo emocional y sexual próximas a la normalización. Desde esta hipótesis de partida, no queremos hacer ningún tipo de distinción, por lo tanto, entre el desarrollo emocional y estrictamente sexual de dichos sujetos y el desarrollo adulto

normalizado, por lo que nos pondremos en la situación de aquél que sobre su desarrollo socioemocional tiene tan sólo la dificultad añadida que le supone su discapacidad psíquica.

2. DESARROLLO SEXUAL E INFLUENCIA SOCIAL

Es evidente que los cambios biológicos que se producen en la pubertad, así como la actividad hormonal que generan, son los desencadenantes principales de la aparición de la actividad sexual. De hecho, se incrementa la pulsión sexual y los niveles de testosterona en los muchachos se asocian directamente con sus intereses y actividades sexuales (Udry *et al.* 1985), lo mismo que en las jóvenes sus intereses sexuales y su conducta dependen igualmente de sus niveles hormonales (Udry, Talbert, y Morris, 1986). Sin embargo, ello no quiere decir que las relaciones sexuales plenas estén igualmente relacionadas con niveles de testosterona, según dichos autores, sino que dependenderían en mayor medida de factores de tipo social.

A pesar de lo dicho con anterioridad, el hecho de que no exista ninguna relación entre los niveles hormonales y las características secundarias, nos da la pista de interpretación de que son otros factores de tipo social los que están induciendo una conducta sexual. Por lo que se refiere a las muchachas, por ejemplo, es más fácil que se les permita una mayor libertad de relación a aquellas que se encuentran más maduras físicamente, que a las que se han visto sometidas a un desarrollo más tardío. Aquellas que poseen una maduración física o sexual precoz tienen mayores posibilidades que sus compañeras de relación con amigos mayores y de seguir pautas precoces de relación sexual (Brooks-Gunn, 1988; Magnusson, Stattin y Allen, 1985) y todo ello fruto evidente de factores sociales y no necesariamente de la influencia de factores hormonales. De la misma manera, a los niños en plena pubertad se les concede mayor li-

bertad de relación que a los prepúberes, con lo que poseen mayores posibilidades de implicarse en conductas de carácter sexual.

Como indican ciertos autores, los factores cognitivos y sociales son de gran importancia a la hora de desarrollar prácticas **conductuales** así como la actividad sexual del adolescente, y no deja de ser una realidad que las primera experiencias de sexualidad suelen ser vividas por los propios adolescentes como algo que les ha sucedido, pero que no habían previsto ni supuesto, pues se les impone con mucha mayor intensidad de lo que en principio pudieran suponer (Books-Gunn y Furstenberg, 1989).

Dichas consideraciones alcanzan una mayor importancia cuando se trata del desarrollo de personas con discapacidad psíquica, pues tampoco en ellas podemos considerar que su conducta esté exenta de sus propias expectativas, que no son exclusivamente aquellas que surgen de su madurez biológica o de las posibles recomendaciones de sus familiares o cuidadores, sino del contexto en que se desarrollan y de las pautas de imitación que suelen intuir, asimilar y hacerlas parte de su bagaje conductual, aunque a veces estén carentes del sentido profundo que puedan tener en otras personas.

Por respeto a las personas cuyo desarrollo emocional estamos tratando queremos hacer aquí mención a la aportación efectuada por Rodríguez y Domínguez (1994) en donde demuestran que en los débiles mentales, entre el síntoma y su trastorno orgánico, se intercala el hecho de la construcción cognitiva que cada sujeto hace de sus propios síntomas, interpretando, hipotetizando y teorizando con los datos que recaba de su propia experiencia lo que le está ocurriendo y programando su conducta en base a las deducciones que va obteniendo, confirmándose con ello la hipótesis de que a pesar de los niveles psicopatológicos de los sujetos estudiados son frecuentes entre los mismos una autoimagen positiva y una alta autoestima.

Sin embargo, el respeto que nos suscita la última consideración no nos hace olvidarnos de los problemas con que su propio

desarrollo sexual se puede tropezar, precisamente como efecto de su deficiencia psíquica.

3. EXPOSICIÓN DE MAYOR RIESGO DE ABUSO SEXUAL

De la misma manera que la inexperiencia propia de la adolescencia al abordar las primeras relaciones sexuales hace que sean precisamente las muchachas adolescentes las que presentan las tasas más altas de gonorrea, inflamaciones pélvicas, etc., especialmente por una relación sexual prematura y falta de control, o por el inadecuado uso de medidas anticonceptivas (Cates y Rauh, 1985; Mosher, 1985), así sobre los discapacitados mentales se ciernen otros peligros, y en especial el del abuso sexual. La misma conclusión se deduce del trabajo realizado por M. D. Navas *et al.* sobre el estudio realizado en el hospital psiquiátrico de Miraflores de Sevilla, en donde terminan haciendo una apelación al abandono e incapacidad en que se encuentran las personas con deficiencias mentales respecto al abuso sexual por parte de los demás.

Son múltiples las investigaciones que previenen tanto sobre dicha posibilidad, como de los efectos negativos producidos por una situación de abuso. Esta es, por ejemplo, una de las conclusiones del trabajo de McCurry *et al.* (1998) en donde la conducta sexual inapropiada de jóvenes con una enfermedad mental grave es asociada en gran medida con su propia historia de abuso sexual

En un nivel de menor gravedad de las propias de la deficiencia mental se encuentra el trabajo de Beail y Warden (1995), en el que confirman los resultados de la revisión efectuada por Turk y Brown (1993) en el sentido de constatar cómo el abuso sexual se encontraba relacionado con las dificultades de aprendizaje presentadas por las víctimas

De la misma forma, el trabajo de Adams *et al.* (1995), analizando los casos de ingresos psiquiátricos durante cinco años, reveló cómo en el grupo de los que manifestaban conductas sexuales inapropia-

das existió un porcentaje altamente significativo de personas que habían sufrido abusos sexuales (del 82 contra el 36 por 100), poseyendo igualmente altas tasas de abuso sexual y abandono, problemas de desarrollo e historias de familia de conducta antisocial. El grupo de los que poseían una extremada conducta sexual tenía una mayor proporción de mujeres normalmente asociadas con historias de abuso sexual y desórdenes de estrés postraumático. E igualmente los grupos de conductas sexuales inadecuadas más graves como exhibicionistas o victimizadores se encontraban asociados con variables referidas igualmente al abuso sexual sufrido, al retraso en el desarrollo y a su bajo Cociente Intelectual.

Prescindiendo, sin embargo, de las consideraciones de mayor gravedad, en donde la injusticia es evidente, a veces por parte de compañeros en idéntica situación y a veces por personas en pleno uso de razón, pasemos a considerar la situación del posible desarrollo afectivo y sexual de las personas con dificultades mentales desde ambientes con un mayor nivel de control.

4. DESARROLLO SEXUAL DEL DISCAPACITADO MENTAL EN SU PROPIO AMBIENTE

La tendencia social dirigida a la integración escolar de los discapacitados psíquicos ha hecho que aquellos discapacitados que poseyesen un mínimo de posibilidades de integración escolar se hayan visto rodeados de compañeros, y en este sentido les ha resultado fácil adaptar su conducta a la que captaban a su alrededor. Dicha integración, aunque en principio suponga una mayor integración social y unas mayores posibilidades incluso de desarrollo intelectual, no está exenta de problemas emocionales al comprobar su diferencia respecto a los nuevos compañeros. Sin embargo, no es a este tipo de problemas personales a los que nos estamos refiriendo en la actualidad, por lo que centraremos nuestro

discurso en aquellos de mayor gravedad que necesitan una atención especializada.

Aun cuando un discapacitado mental de cierta gravedad se encuentre en un ambiente completamente reducido a sus compañeros de parecidas características intelectuales y a los propios encargados de su cuidado y control, es un hecho que toda conducta sexual explícita conlleva consigo **normalmente** la prohibición expresa por parte de los educadores. No queremos con esta afirmación poner en duda que no sea esa la única solución posible en el contexto social en que tales conductas se dan, ni mucho menos criticar la actitud de los educadores, sin embargo, de alguna manera habrá que compaginar los derechos del discapacitado a la propia expresión de sus emociones con el posible efecto negativo que la observación directa de dichas conductas pueda suscitar en sus propios compañeros, por ejemplo.

En muchas ocasiones, en los centros en donde se ha optado por el respeto a la actividad sexual espontánea de discapacitados adultos la práctica más usual consiste en evitar cualquier manifestación pública, y a tolerar tales prácticas más o menos discretamente lejos de la observación y posibilidad de aprendizaje por imitación por parte de los demás compañeros.

En otras ocasiones, determinados programas de carácter conductual consiguen también ciertos efectos de aprendizaje, tendentes a reprimir la conducta sexual objetiva, o cuando menos a enseñar a que pueda realizarse en privado, y no en público.

Sin embargo, el problema es de difícil solución, bien por las dificultades de aprendizaje de las personas en cuestión, como por la imposibilidad de controlar cualquier acto conjunto que pueda traer otro tipo de consecuencias a todas luces indeseables. Por lo que, pasando a otro nivel de actuación, hay quien considera que resulta imprescindible un paso más en la intervención, bien con la reducción del impulso sexual mediante el adecuado tratamiento **farmacológico**, bien mediante la contracepción de efecto temporal (**anti-**

conceptivos en la **mujer**), o la intervención definitiva en el hombre (vasectomía) o la mujer (ligadura de trompas...).

En cualquier caso, y dejando aparte los beneficios pretendidos con tales intervenciones, siempre encontraremos quienes acentúen los efectos negativos que puede tener cualquier tipo de intervención. A la solución más drástica y definitiva siempre se le podrá achacar la invasión que supone en los derechos del individuo, aunque sean meramente teóricos, así como la mutilación física que conlleva, por supuesto no exenta de connotaciones morales, en una sociedad en la que el mismo Vicepresidente de la Conferencia **Episcopal** no sabe ver otro remedio contra el **SIDA** que la abstinencia continua, sin aceptar siquiera el uso del preservativo.

Por otra parte, a la invasión farmacológica, efectiva también, en tanto en cuanto que actúa sobre el mismo origen del deseo, parece que todos estemos dispuestos a atribuirle unas consecuencias morales menores, quizá debido al hábito que todos tenemos ya de recurrir a todo tipo de remedios que por habituales han llegado a perder las características de artificialidad que poseen.

Y, sin embargo, en el caso del remedio farmacológico habrá que hacer notar que sus efectos son sin duda mucho más graves (también desde una perspectiva moral basada en la defensa de los derechos de la persona humana), en tanto en cuanto que incapacitan al discapacitado psíquico para gozar de una de las pocas emociones que puede vivir con plenitud en práctica igualdad de condiciones con las personas normalizadas, lo cual resulta, sin duda alguna, una grave merma de sus derechos como persona.

Sólo tras una visión moral basada en principios tan universales como etéreos, en donde no se tiene en cuenta los derechos concretos de las personas individuales se le puede dar la vuelta a la situación, y ver malsana cualquier tipo de intervención, en especial cuando tal decisión muchas veces ha sido tomada por los propios padres de los **interesados/as** asumiendo personalmente la grave responsabilidad que conlleva.

Pero sólo pensar **que** el simple hecho de una esterilización total o parcial puede ser aconsejable en algún caso nos pone **automáticamente** en guardia, ante los peligros que supone una posible práctica sexual indiscriminada por parte de las personas con deficiencias mentales, exagerando sus posibilidades reales de relación y no reconociendo que, quizá, esté también entre nuestros deberes el controlar y hasta favorecer ese tipo de encuentros entre personas adultas.

En un estudio llevado a cabo por Shepperdson (1995), referido a las actitudes de los educadores implicados en el cuidado de dos cohortes de adolescentes-jóvenes con síndrome de Down, se demuestra que mientras que en teoría se les reconoce el derecho a experiencias sexuales y hasta a casarse, sin embargo, 'en la realidad no creen que tales derechos deban aplicarse a sus propios jóvenes. En la práctica, los educadores de ambas cohortes (nacidos en los años sesenta y setenta) no solían estar a favor de la **paternidad** de las personas discapacitadas, y alrededor de la mitad pensaban que la esterilización podría ser la solución más adecuada en ciertas circunstancias.

Desde nuestra perspectiva de desarrollo psicológico, estamos centrándonos sobre aquellas personas que con cierta discapacidad psíquica no son capaces de controlar sus impulsos sexuales normales, y muestran con mayor facilidad una conducta sexual a la que no estamos acostumbrados suficientemente, ni siquiera en las instituciones que los acogen durante el horario diurno, ni en las propias familias de los interesados.

Y son precisamente estas personas las que más pueden verse ayudadas en su desarrollo como personas del hecho de que nosotros seamos capaces de favorecer una relación con otras personas, que es lo que más puede darles sentido de integración personal y social.

Como entre adultos normales, quizá, una excesiva promiscuidad, salvando los casos patológicos de etiología no sólo intelectual, no hay por qué atribuirla a la facilidad de relación, sino **precisa-**

mente a su contrario: a la represión de la misma. En este sentido, la mejor ayuda que pueda encontrar el discapacitado psíquico consistirá en nuestra comprensión de su situación, en la aceptación de su conducta sexual, y hasta en el favorecimiento de la misma, en especial cuando, como se encargan de recordarnos algunos estudios al respecto (Navas et al. 1995), una de las más optimistas conclusiones que se deducen del citado estudio es que las prácticas homosexuales o heterosexuales de los discapacitados mentales no son especialmente significativas ni se dan con la exagerada frecuencia que normalmente se les tiende a atribuir.

5. INTERVENCIÓN SOCIAL NECESARIA

Los problemas a que nos estamos refiriendo son completamente eludidos con frecuencia por una sociedad que no quiere pensar siquiera cuáles son los métodos que necesariamente se tienen que utilizar en las situaciones sexuales compulsivas de los **discapacitados** mentales. En cierto sentido se deja la responsabilidad a padres y educadores, no queriendo reconocer siquiera de problema. Como hemos dicho anteriormente, el problema de las relaciones sexuales entre discapacitados no existe mientras no salga a la luz y sus consecuencias no se debatan en plaza pública.

Por ello mismo se hace necesaria una verdadera intervención social, que haga conscientes a todos del problema que están viviendo los afectados por su retraso mental, que subsidiariamente refuerce las prácticas que los directamente implicados (padres y educadores) tienen que llevar a cabo, muy a su pesar muchas veces, y con la incompreensión de los no implicados en otras.

A pesar de que —como muchos autores reconocen— el campo de la sexualidad en discapacitados viene siendo dirigida más por la práctica diaria que por la investigación al respecto, son muchos los estudios que insisten en que son los padres y educadores los que tienen la mayor capacidad para una posible acción preventiva con

los discapacitados (Carr, 1995), en especial los educadores encargados de los mismos, que son quienes poseen mayor especialización en el tema, así como por las relaciones privilegiadas de contacto personal continuado que tienen con los interesados.

En el estudio de Shepperdson citado anteriormente, aproximadamente dos tercios de los educadores consideraban que sus jóvenes necesitaban programas de educación sexual, mientras que la proporción descendía a tan sólo un tercio cuando se trataba de los sujetos adultos. Sin embargo, según la opinión de los educadores, una gran parte de los afectados tenían mayores conocimientos sobre sucesos que no les afectaban directamente, como el embarazo o el dar a luz, que sobre otros en los que se veían más fácilmente implicados, como podía ser el mismo coito con algún compañero. Por ello, a pesar de que los educadores poseían en general un punto de vista más bien permisivo sobre la expresividad sexual de los jóvenes discapacitados, sin embargo, en la práctica consideraban que no se encontraban preparados para la realización de tales experiencias, y a muy pocos jóvenes se les reconocía la educación o libertad necesaria como para animarlos a tener tales relaciones sexuales.

En esta línea podemos ofrecer igualmente las conclusiones aportadas por Berta D. Sáez (1997), quien a pesar de reconocer el paulatino progreso que se está realizando en nuestra sociedad respecto a los derechos sexuales y de reproducción de los hombres y mujeres con discapacidad, sin embargo, el interés por el tema sigue siendo teórico, según la autora, y no se refleja en la práctica educativa diaria, pues analizando las actitudes de las familias, las instituciones y la comunidad social, se detecta la exclusión de dicho colectivo, así como el silencio o el miedo respecto a sus vivencias sexuales, unido al escaso soporte para poder desarrollar programas de educación o sanitarios al respecto.

Dado que los derechos de tal población no se encuentran cubiertos, la autora propone que los agentes sociales, como familias, educadores, etc., se conciencien de su situación y sean capaces de conseguir los medios que garanticen tales necesidades y que pro-

mocionen los derechos sexuales y de reproducción de las personas con discapacidad, dado que su desarrollo sexual constituye un elemento básico para la mejora de su salud y de su calidad de vida.

6: A MODO DE CONCLUSIÓN

De acuerdo con los datos que estamos refiriendo, quizá una de las conclusiones prácticas más optimistas respecto al tema que estamos tratando es la constatación de las muchas iniciativas de intervención humanizada, como puede ser la preventiva más personalizada como es la educación, y que a pesar de las evidentes dificultades que surgen desde la misma base no han impedido que surjan muchas iniciativas en esta dirección.

Tan sólo en el 13 Congreso Mundial de Sexología, celebrado en Valencia del 25 al 29 de junio de 1997 sobre el tema de Sexualidad y Derechos Humanos, podemos encontrar entre sus ponencias los siguientes programas de educación sexual para discapacitados mentales, lo que sin duda es un ejemplo alentador de la toma de conciencia por parte de los más directamente implicados:

- ESCALERA, C.: *Sexual Education of Mentally Handicapped People in the Centre of Labour Therapy*, Castellón.
- PEREZ-IRANZO, N., et al.: *Integral experience of sexual education in the Centro Ocupacional Especial Marqués de Dos- Aguas de Massanassa*, Valencia.
- GARCÍA ALONSO, M. J. et al.: *Sexuality Program in an Occupational Center*.
- TRUDEL, G.: *The perception of sexual behavior of persons suffering from psychiatric disorders or intellectual deficiency*, Montreal, Quebec, Canadá.
- ELVIRA FRANK: *Intellectual Handicapped's sexual Rights*, Montevideo, Uruguay.

Las anteriores referencias tienen como objetivo explicitar los efectos beneficiosos de determinadas iniciativas tomadas en centros ocupacionales para discapacitados mentales, resaltando tanto las posibilidades educativas de éstos como los positivos efectos de los programas aplicados

Sin embargo, desde otras perspectivas sobre el mismo tópico las conclusiones que se ofrecen no son tan optimistas, como pudiera ser desde la evaluación de determinadas iniciativas todavía minoritaria y en cierto sentido aisladas.

En la revisión efectuada por Pérez-Iranzo et al. sobre la situación en España respecto a programas de educación sexual para personas con discapacidad mental, además de constatar la creciente demanda por parte de las familias y profesionales sobre este objetivo, se efectuó un estudio mediante un cuestionario enviado a la mayoría de centros y asociaciones españolas de discapacitados mentales. Los resultados mostraron que eran realmente pocos los programas desarrollados y llevados a cabo de manera permanente, y que a pesar de que tanto los profesionales como las familias estaban sumamente interesados en la educación de los discapacitados mentales, sin embargo, no poseían la posibilidad real de llevar a cabo adecuadamente dicha tarea.

Quizá, la mejor conclusión esté en las reflexiones que nos suscitan las conclusiones a que se llegó en distintos equipos de trabajo por profesionales dedicados a discapacitados mentales y cuyos resultados fueron presentados igualmente en el 13 Congreso Mundial sobre Sexualidad por Escalera C. (1997) y que pueden ser resumidas en las siguientes:

1. La sexualidad es una habilidad inherente de los seres humanos que no queda anulada por la discapacidad mental. La conducta sexual de los discapacitados mentales puede ser educada de la misma manera que lo es cualquier otro tipo de conducta. Estas personas tienen el derecho a una educación integral que incluya también la educación sexual, aunque tenga que ser adaptada a cada tipo de discapacidad personal.

2. Los profesionales deben adquirir una adecuada formación con el fin de que sean capaces de promover la educación sexual y sanitaria basada en el concepto de Salud Sexual establecido por la OMS.
3. Es sumamente importante establecer unos criterios claros y coherentes respecto a la educación sexual de los discapacitados mentales.
4. Las familias deberían ser aconsejadas respecto a la educación sexual de sus miembros con discapacidad mental.

Sin dejar de reconocer las dificultades (personales, profesionales, sociales) inherentes al tema que hemos **desarrollado**, no dejamos de reconocer que el objetivo puede llegar a ser perfectamente ilusionante, en especial si somos capaces de reconocer en el otro sus derechos —iguales a los nuestros— de persona humana, así como que la sexualidad y la afectividad vivida puede ser, incluso dentro de su discapacidad, una de las experiencias más gratificantes que sigan dando sentido a su vida.

BIBLIOGRAFÍA

- ADAMS *et al.* (1995): «Sexually inappropriate behaviors in seriously mentally ill children and adolescents», *Child Abuse and Neglect*, 19, 555-568.
- BEAIL, N. Y.; WARDEN, S. (1995): «Sexual abuse of adults with learning disabilities», *Journal of Intellectual Disabilities Research*, 39, 382-387.
- BROOKS-GUNN, J. (1988): «Antecedents and consequences of variations in girls' maturational timing», *Journal of Adolescent Health Care*, 9 (5), 1-9.
- CARR, L. T. (1995): «Sexuality and people with learning disabilities», *British Journal of Nurs*, 8, 1135-1141.
- CATES, W., JR., y RAUH, J. L. (1985): «Adolescents and sexually transmitted diseases: An expanding problem», *Journal of Adolescent Health Care*, 6, 1-5.

- ESCALERA, C. (1997): ((Sexual Education of Mentally Handicapped People in the Centre of Labour Therapy», *13 World Congress of Sexology: Sexuality and Human Rights*, Valencia.
- FURSTENBERG, F. F.; BROOKS-GUNN, J., y CHASE-LANSDALE, L. (1989): «Teenager pregnancy and childbearing», *American Psychologist*, 44, 313-320.
- MAGNUSSON, D.; STRATTIN, H., y ALLEN, V. L. (1985): «Biological maturation and social development: A longitudinal study of some adjustment processes from mid-adolescence to adulthood», *Journal of Youth and Adolescence*, 14 (4), 267-283.
- MCCURRY, C., *et al.* (1998): ((Sexual behavior associated with low Verbal IQ in youth who have severe mental illness», *Mental Retard*, 36, 23-30.
- MOSHER, W. D. (1985): «Reproductive impairments in the United States, 1965-1982», *Demography*, 22, 415-430.
- NAVAS, M. D., *et al.* (1995): ((Sexualidad y Deficiencia Mental (II). Un estudio descriptivo en el hospital psiquiátrico de Miraflores de Sevilla)), *Apuntes de Psicología*, 44, 107-120.
- PÉREZ-IRANZO, N., *et al.* (1997): ((Sexual Education Programs for mentally Handicapped People: Current situation in Spain», *13 World Congress of Sexology: Sexuality and Human Rights*, Valencia.
- RODRÍGUEZ, A., y DOMÍNGUEZ, M. D. (1994): ((Deficiencia Mental, Autoimagen y Psicopatología», *Comunicación Psiquiátrica*, 18, 121-131.
- SÁEZ, B. D. (1997): «Sexual Education and Handicapped Persons in Spain», *13 World Congress of Sexology: Sexuality and Human Rights*, Valencia.
- SHEPPERDSON, B. (1995): «The control of sexuality in young people with Down's syndrome», *Child Care Health Development*, 21, 333-349.
- TURK, V., y BROWN, H. (1993): «Sexual abuse of adults with learning disabilities. Result of a two-year incidence survey», *Mental Handicap Research*, 6, 193-216.
- UDRY, J. R., *et al.* (1985): «Serum androgenic hormones motivate sexual behavior in boys», *Fertility and Sterility*, 43 (1), 90-94.
- UDRY, J. R.; TALBERT, L., y MORRIS, N. M. (1986): «Biosocial foundations for adolescent female sexuality», *Demography*, 23 (2), 217-230.