

SEXUALIDAD Y AUTISMO. INFORME DANES

Autor: Demetrious Haracopos & Lennart Pedersen. El original en inglés está en la página de SFTAH

Url: <http://www.rmplc.co.uk/eduweb/sites/autism/sexaut.html#report>

Traducción: Manuel Rodés

Prefacio

Este informe trata de los resultados de un estudio, a nivel nacional, sobre la conducta sexual de autistas jóvenes y adultos. El estudio es el primero, dentro de su género, tanto a nivel nacional, como internacional. A pesar de existir un interés cada vez mayor, hay muy poco material empírico disponible y el tema solo recibe una atención marginal en las distintas publicaciones. Las hipótesis y supuestos de los expertos en este campo están basados, sobre todo, en actitudes personales o actitudes influidas por la cultura.

Durante los numerosos años que hemos trabajado con autistas, hemos utilizado nuestro propio esquema de referencia en el momento de describir, analizar y entender los problemas que surgen en su conducta sexual. También hemos definido líneas maestras, estrategias y métodos que pueden usarse con este grupo de gente minusválida.

Muchos autistas tienen un comportamiento sexual anormal, encontrándose con problemas en el momento de satisfacer sus necesidades sexuales. Una conducta sexual inapropiada y los intentos de mantener contactos sexuales son a menudo fuente de tensiones con su entorno inmediato. Ello puede llevar a un tratamiento equivocado o, incluso, a anular las posibilidades del entorno de emprender acciones, con el consiguiente arrinconamiento del problema. De hecho, los problemas sexuales no resueltos pueden provocar una disminución de la calidad de vida. Cuando nos damos cuenta de cómo la sexualidad influye en las emociones y en la conducta humana, resulta obvio que este tema debería merecer más atención.

El estudio va dirigido a profesionales directamente responsables de la educación y tratamiento de autistas. Contiene material documental que trata de contribuir a un mejor conocimiento de cómo los autistas expresan y tratan su sexualidad. Esperamos también, que los padres de autistas jóvenes o adultos encuentren ayuda en este estudio. Puede ser el punto de partida para discutir con otros padres o expertos sobre este difícil tema, cuando la sexualidad se convierte en un problema para su propio hijo o hija.

El estudio se financió con una subvención del Ministerio Danés de Asuntos Sociales.

Quisiéramos expresar nuestra gratitud a los numerosos padres que facilitaron la recogida de información sobre la conducta sexual de sus hijos e hijas, así como a todo el personal que nos la transmitió.

Nuestra gratitud también a los numerosos expertos que nos transmitieron información cualificada sobre cómo iba funcionando el diseño de nuestro estudio:

Preben Hertoft, psiquiatra, Clínica Sexológica, Hospital Nacional de Dinamarca, Copenhague. Torben Isager, psiquiatra, Departamento de Psiquiatría Infantil de día, Nordvang, Glostrup. Tina Harmon, psicóloga, consultora de Colegios, Departamento de Psicología de la Escuela Municipal del municipio de Copenhague.

También estamos en deuda con el psicólogo Per Svarre Rasmussen, quien contribuyó a probar nuestro cuestionario en un estudio piloto realizado antes que la encuesta en sí. Extendemos nuestras gracias al asesor en proceso de datos Benny Karpatschof, M.A., psicólogo del Laboratorio de Psicología de la Universidad de Copenhague, que no sólo realizó los análisis cuantitativos de los resultados, sino que fue también fuente de inspiración y contribuyó con sus propias evaluaciones cualitativas de los resultados. Por último, gracias especiales a David Sansome por su experta asistencia durante las últimas etapas de la edición del informe.

Copenhague, Mayo de 1992

Introducción

El hecho que muy pocos informes sobre el síndrome autista se hayan centrado en los problemas sexuales se debe, probablemente, a la tendencia general en la sociedad a ignorar o, incluso, a suprimir la sexualidad como parte natural e integrada en el desarrollo de la personalidad. Esto se puede decir tanto de la parte de la sociedad no afectada por el síndrome, como en particular, de la parte afectada. En el siglo veinte muchos minusválidos físicos y psíquicos han sido reclusos en Instituciones donde su vida cotidiana fue ensombrecida por la vigilancia y el control. Esta gente no ha tenido la oportunidad de tener una vida privada en la cual su sexualidad podía desarrollarse en un marco de seguridad emocional. El resultado fue suprimir la sexualidad, una vida de soltería o la ocultación de la actividad sexual, a menudo en circunstancias que eran humillantes y no deseadas.

El mito sobre la inexistente o reducida necesidad sexual de las personas retrasadas ha crecido hasta hace poco tiempo (Buttenschon, 1987). El mito sobre la irrefrenada y quizás peligrosa sexualidad entre los disminuidos es descaradamente actual. Esto se manifiesta en las personas normales cada vez que personas disminuidas se mudan a zonas residenciales en barrios de tipo medio. En Dinamarca, durante los últimos veinte años, se han hecho esfuerzos para cambiar las condiciones inhumanas en las que han vivido los disminuidos físicos o psíquicos.

En 1986 el Parlamento Danés aprobó un decreto para que se prepararan un conjunto de directrices sobre la educación e instrucción sexual de los disminuidos adultos (Dirección de Asistencia Social, 1989). Estas directrices son el resultado de un debate entre expertos que trabajan con disminuidos jóvenes y adultos, debate que subrayó la importancia de considerar seriamente la sexualidad y problemas relacionados. El objetivo de las directrices es permitir a los padres y profesionales emprender la acción adecuada cuando se enfrentan a los problemas sexuales de los disminuidos.

Las directrices establecieron las cuestiones éticas más importantes y los aspectos legales y legislativos, de una manera que hacen posible adoptar las

acciones pertinentes. Por otra parte, falta información sobre los problemas específicos asociados con el desarrollo sexual de los autistas. Asimismo, tenemos información y experiencia limitadas en lo que respecta a las formas de abordar e intervenir en los problemas sexuales de este grupo de personas discapacitadas.

Haracopos (1988) apunta la necesidad de proteger a los autistas y a otra gente psíquicamente disminuida, ya que pueden convertirse en víctimas de explotación sexual. Por otro lado, hay que ir con cuidado para no limitar sus oportunidades de relacionarse con otra gente. Haracopos argumenta que el esfuerzo en el tratamiento se ha de centrar en enseñar a los jóvenes la conducta que favorece su capacidad para establecer relaciones en general y no solo las de tipo sexual.

Gillberg (1983) menciona los tres problemas principales que surgen en los debates sobre la sexualidad entre autistas:

- 1) Tienen tendencia a masturbarse en público
- 2) Muestran una conducta sexual inapropiada hacia otra gente y
- 3) Muchos emplean técnicas de automutilación cuando se masturban.

Padres de jóvenes con desórdenes en el desarrollo informan que surgen problemas si su hijo o hija dirigen su interés sexual hacia otra gente (Ford, 1987). De Myer (1975), basándose en una encuesta en la cual los padres fueron entrevistados estando sus hijos en la pubertad, comenta que cuando crece el deseo sexual, muchos buscan el contacto físico con los demás frotando sus genitales contra ellos.

Por otro lado, los informes publicados tratan principalmente de los problemas que los autistas jóvenes y adultos de alto funcionamiento encuentran cuando comienzan a manifestar interés sexual por otra gente. Dewey y Everad (1974) sugieren que los autistas pueden sentirse atraídos por otras personas, pero que la expresión de su sexualidad es, a menudo, ingenua, inmadura y falta de experiencia. A pesar de los problemas de desarrollo social que tienen los

autistas, no consideran probables los problemas de sexualidad descontrolada. Esto es debido a que el trastorno autista inhibe el desarrollo de las técnicas que gobiernan el intercambio de signos sexuales entre dos personas que se atraen mutuamente.

Casarse también parece descartado. En una encuesta hecha a 63 niños autistas, ninguno de ellos se había casado cuando llegó a la edad adulta (Rutter, 1970). En una encuesta importante hecha por Kanner y cols. (1972) a 96 autistas, ninguno había considerado seriamente la posibilidad de casarse. En otra encuesta hecha a 21 autistas de alto nivel de funcionamiento, se les preguntó sobre su experiencia, conocimiento y deseos relacionados con su sexualidad (Ousley & Mesibov, 1992). Los resultados sugerían que hay una mayor frustración sexual en los hombres autistas, como resultado de las discrepancias entre su interés por la actividad sexual y su falta de experiencia sexual. Este no es el caso de las mujeres internas, que tienen más experiencia sexual con otras personas. Este estudio también muestra que el grado de experiencia sexual en un grupo de personas psíquicamente disminuidas es generalmente mayor que en un grupo de autistas.

Existen sugerencias claras sobre cómo se puede ayudar, enseñar y educar a autistas en relación con sus necesidades sexuales (Melone y cols., 1987; Ford, 1987). Cuando se trata de satisfacer una necesidad sexual, se centra la atención en las prácticas masturbatorias del joven y raramente en cómo ayudar al joven en sus contactos sexuales.

Autismo

Aunque los casos de autismo son pocos (aprox. 1 por 1.000), se le dedica una gran atención por parte de los profesionales. Las contribuciones para entender la causa y la patología del síndrome autista provienen de campos tan diversos como: neurobiología, neuroanatomía, neurofisiología, psicología del conocimiento, psicología del aprendizaje, etc. Hoy en día se acepta que el autismo es un trastorno del desarrollo de naturaleza biológica. La psiquiatría clasifica el autismo como un trastorno que afecta a todo el desarrollo,

basándose en los sistemas de clasificación de diagnósticos ICD 10 y DSM III R (Lier y cols., 1983).

El trastorno autista ya se presenta durante los primeros meses de vida o aparece durante los primeros 3 años. Los niños autistas manifiestan retraso y un desarrollo desviado del normal en capacidad para el lenguaje, así como en técnicas sociales y de comunicación. Además, manifiestan modelos de conducta estereotipados, repetitivos o ritualizados. Además de estos síntomas fundamentales, el niño autista tiene trastornos en la percepción y en la sensomotricidad. Se presentan a menudo conductas agresivas y de automutilación, como pueden ser negarse a comer e insomnio. Los niños también pueden sufrir otros trastornos de tipo neurológico o biológico. Por ejemplo, se pueden encontrar hasta un 20-30 % de casos de epilepsia durante la niñez y la adolescencia.

El problema primordial de los autistas - especialmente en relación con la sexualidad - es su falta de capacidad para iniciar, mantener y entender las relaciones sociales con otras personas. Cualquiera que sea su nivel cognitivo y su capacidad para el lenguaje, y a pesar de su interés en tener contactos con otros, el autista sufre de un trastorno básico en lo que respecta a su capacidad para interactuar socialmente. Este trastorno puede llevarle a ser rechazado por el entorno, resultando en un retraimiento del autista.

La mayoría de personas que han padecido autismo en su juventud o vida adulta, pueden seguir desarrollándose en otra áreas (Mesibov, 1983; Pedersen et al.,1985). Pero la desventaja comunicativo-social permanece como un problema general. Parece que la conducta ritualizada y estereotipada disminuye, desaparecen los problemas de insomnio y del comer, la hiperactividad se reduce notablemente. Continúan desarrollándose habilidades prácticas y de autoayuda. Se manifiesta un interés por la interacción y la comunicación social, a pesar de la dificultad para percibir el estado emocional de otras personas y la incapacidad de sentir empatía por ellas.

Los autistas jóvenes y adultos tienen también dificultad para expresar sus propios sentimientos de forma que los otros puedan entenderlos o aceptarlos.

Parece ser que casarse no es la única cosa que los autistas no pueden conseguir. Amigos y conocidos en general parecen estar fuera de su alcance. Incluso con un nivel de funcionalidad alto y siendo capaz de cuidar de sí mismo en el contexto de la vida cotidiana, el autista producirá una impresión ingenua e inmadura.

Otro problema básico de los autistas es su inadecuada o total carencia de capacidad imaginativa. La falta de capacidad para percibir y entender la expresión emocional de otras personas parece relacionada con la nula o limitada capacidad de imaginar nada en absoluto. La capacidad de imaginar cuáles pueden ser los resultados de nuestras acciones y de retener experiencias y consecuencias previas, que pueden ayudar a imaginar lo que sucederá en la actualidad o en el futuro, parece estar fuera del alcance de los autistas. El resultado es, a menudo, un comportamiento impulsivo o una forma rígida y previsible - incluso ritualizada - de organizar sus acciones. El trastorno básico que caracteriza a los autistas tiene un efecto profundo en su desarrollo sexual.

Sexualidad y Autismo

Como ya se ha dicho, hoy en día hay muy poco material empírico disponible sobre la conducta sexual de los autistas. Es, sin embargo, obvio que los trastornos generales a los que da lugar el autismo han de llevar a problemas considerables en el desarrollo y conductas sexuales.

La sexualidad es parte del crecimiento orgánico y del proceso de maduración, conectado con el desarrollo del sistema nervioso, el metabolismo y la secreción de hormonas. La sexualidad se desarrolla mediante la interacción y comunicación social, mediante el contacto físico, la representación y la asimilación de las reglas y normas sociales. La sexualidad es una experiencia emocional de uno mismo y de los otros. La sexualidad es fantasía, es capacidad de imaginar y es una capacidad basada en la percepción, la comprensión y los conceptos simbólicos pescados en la corriente de las experiencias cotidianas. La sexualidad es deseo, excitación y orgasmo. Ha de

ser descubierta, ha de ser practicada y ha de ser experimentada. Esto puede ser conseguido actuando (En el sentido teatral), solo o en compañía de otros.

El desarrollo y el proceso de madurez de los autista puede verse afectado por un gran número de trastornos en el sistema nervioso, en el metabolismo y en el proceso hormonal. La epilepsia es normal y a menudo requiere medicación. También se usa la medicina antipsicótica para suprimir conductas agresivas y automutiladoras, pudiendo ciertamente afectar al impulso sexual. Estudios hechos con pacientes psiquiátricos adultos sugieren que la medicina antipsicótica puede tener un efecto inhibitor de la libido, de la erección y de la eyaculación (Mitchell & Popkin, 1983; Heroft, 1987).

Por otro lado, sabemos que la interacción social, la comunicación y el contacto físico son las principales áreas problemáticas para los autistas. Sabemos que encuentran dificultades en, o no son capaces de, sentir empatía por otra gente y que también tienen problemas para comprender y expresar sus propios sentimientos, sus necesidades y sus deseos. Sabemos que tanto su fantasía como su capacidad de imaginar son limitadas, así como sabemos que su tendencia a ritualizar y repetir ciertos esquemas de conducta de una forma estereotipada les impide sentir la vida. Tienen una capacidad limitada para explicar sus experiencias, tanto en un contexto físico, social o psicológico.

La pubertad con su súbito crecimiento y cambio del aspecto físico, y el aumento del impulso sexual a menudo tiene como resultado crear ansiedad en los jóvenes autistas. Una chica autista describía la horrible sensación de picor que sentía en y alrededor del clítoris. A veces le hablaba diciéndole que parara, en situaciones extremas podía llegar a golpearlo con fuerza. Se negaba a tocarse, no por estar asustada de lo que sentía, sino porque encontraba la idea de tocarse "sencillamente, demasiado desagradable". Un joven contaba que tenía miedo a que su pene se quebrara si tenía una erección.

La falta de comprensión de las normas y reglas sociales pueden llevar a un joven a desnudarse en público y, quizás, a empezar a masturbarse. La falta de capacidad para sentir empatía puede llevar a un autista a intentar tocar, besar o arrimarse a un desconocido. Los jóvenes autistas pueden sentirse igualmente

atraídos por niños pequeños que por colegas suyos. A pesar de que a los jóvenes les faltan los medios para mantener una relación amorosa, el deseo de tener un novio o una novia puede convertirse en una obsesión. Fracasos en intentos de establecer una amistad o una relación amorosa y/o ser rechazados de un contacto físico con fines sexuales, puede llevarles a sentirse frustrados y resultar en una conducta agresiva o automutilante. La persona puede también encerrarse en sí misma o incluso renunciar totalmente a la sexualidad.

Objetivos de la encuesta

Los objetivos de la encuesta son los siguientes:

1. Describir la conducta sexual de autistas jóvenes y adultos, incluyendo si intentan satisfacer su deseo sexual mediante la masturbación o a través del contacto sexual con otra gente. Además, describir hasta qué punto la conducta sexual parece ser anómala.
2. Examinar las experiencias de la plantilla de personal y sus actitudes hacia los problemas y conductas sexuales de los autistas internos.
3. Definir métodos para valorar los problemas y la conducta sexual de los autistas, definir directrices para intervenir, así como las consideraciones éticas y políticas sobre las que han de fundamentarse.

Hipótesis

Antes hacer la encuesta, se anticiparon cinco hipótesis con respecto a los resultados:

1. La conducta sexual se da de forma frecuente entre las personas autistas.
2. La conducta sexual es a menudo expresada de manera inapropiada, hacia el entorno y hacia los propios autistas.

3. La conducta sexual se expresa de forma anómala y rara comparándola con las normas aceptadas.
4. Los problemas de conducta están relacionados con problemas sexuales sin resolver.
5. Los autistas son incapaces de, o tienen dificultades para, establecer relaciones sexuales.

Metodología

Los sujetos del estudio

El estudio se hizo sobre 81 personas, de las cuales 57 eran varones y 24 mujeres, entre los 16 y los 40 años de edad. La edad media de la población era de 25,8 años. A todos se les había diagnosticado como autistas en una temprana edad, indicando con ello que cumplían con los criterios basados en DSM-III-R (Amer. Psych. Assoc., 1986). El estudio no incluía a sujetos con grandes discapacidades físicas o sensoriales. Todos vivían agrupados en casas especialmente diseñadas para autistas jóvenes o mayores. También se hizo en una institución para retrasados mentales. Todas las residencias disponían de personal entrenado en labores pedagógicas, muchos de ellos con años de experiencia trabajando con autistas.

Anticipándonos al encuentro de correlaciones entre la conducta sexual de los internos y su grado de desarrollo, incluimos información sobre su nivel general de funcionalidad, grado de autismo, edad mental y nivel alcanzado en el lenguaje hablado. Basándonos en una escala de valoración del autismo (Haracopos & Pedersen, 1992) encontramos a 41 personas con un débil grado de autismo, 21 con un grado moderado y 19 con un grado severo de autismo. Basándonos en una escala de valoración del nivel de funcionalidad general (Haracopos & Pedersen, 1992) encontramos, entre los internos, 22 de alta funcionalidad, 42 de funcionalidad moderada y 17 de baja funcionalidad. La edad mental se valoró usando una escala de valoración que cubría las 6 áreas

principales de desarrollo para un niño normal entre las edades de 0 y 6-7 años (Haracopos & Kelstrup et. al., 1975). Por último, mediante una valoración del nivel alcanzado en el dominio del lenguaje hablado, encontramos a 25 con buen nivel, 29 con un nivel bastante bueno y 27 con muy poco o sin dominio del lenguaje hablado. Encontramos también a 16 sujetos con epilepsia (20 %), correspondiéndose este dato con el nivel general encontrado en otros estudios extensivos.

Se incluyó una valoración de los problemas de conducta en los sujetos basado en un método de valoración que divide los problemas en tres categorías: conducta automutilante, conducta agresiva y conducta destructiva. Cada problema de conducta fue calificado de acuerdo con su frecuencia y el grado en que se expresaba. Encontramos que el 80 % de todos los sujetos tenía, al menos, uno de estos problemas de conducta. Otros 32 sujetos (39 %) recibían tratamiento antipsicótico durante el estudio. La tabla 1 muestra los datos de los sujetos clasificados por sexo.

Tabla 1. Perfil de la población

	Hombres	Mujeres	Total
Número	57	24	81
Grado de autismo			
Leve	25	16	41
Moderado	17	4	21
Severo	15	4	19
Nivel de funcionamiento			
Alto	14	8	22
Medio	30	12	32
Bajo	13	4	17
Nivel en el lenguaje hablado			
Bueno	18	7	25

Medio	19	10	29
Poco/Nada	20	7	27
Epilepsia	10	6	16
Medicación antipsicótica	25	7	32
Problemas de comportamiento			
Autodestructivo	34	8	42
Agresivo	27	11	38
Tendencias destruktivas	28	20	48
Al menos un problema de conducta	44	21	65

Material

Además de disponer de datos sobre su pasado, se preparó un cuestionario para recoger datos sobre la conducta sexual de los sujetos: A) Masturbación, B) Conducta sexual dirigida hacia los demás y C) Objetos y otros estímulos utilizados en la fase de excitación sexual o que contribuyen a la satisfacción sexual.

El cuestionario incluía, además, un cierto número de preguntas destinadas a revelar la actitud y experiencia del personal contratado en relación con la conducta sexual de los internos autistas.

Se trató de la masturbación con preguntas concernientes a:

- 1) Si los hombres tenían erecciones y alcanzaban el orgasmo. En el caso de las mujeres, si podían alcanzar el clímax con la subsiguiente relajación física.
- 2) Dónde se masturbaban.

- 3) Con qué frecuencia se masturbaban.
- 4) Uso de objetos para la estimulación directa de los genitales y
- 5) Razones por las que los sujetos dejaban de masturbarse.

La conducta sexual dirigida hacia otras personas, a la cual nos referiremos en adelante como sexualidad orientada a personas, se dividió en tres categorías:

- 1) Signos claros de sexualidad orientada a personas, incluyendo conductas tales como tocar los genitales de otros, provocar para que otra persona le toque los propios genitales, o tocar otras partes del cuerpo, acompañadas de claros signos de excitación sexual (erección, masturbación simultánea) e intentos (fallidos o no) de tener relaciones sexuales plenas.
- 2) Signos menos definidos de sexualidad orientada a personas, incluyendo conductas tales como cogerse las manos, besarse, abrazarse, conversaciones sobre parejas y sexo, y tocarse otras partes del cuerpo que no sean los genitales, sin signos claros de excitación sexual en el sujeto.
- 3) Ningún signo de sexualidad orientada a personas.

Entre los objetos y otros estímulos utilizados en la fase de excitación sexual o utilizados durante la actividad sexual, se incluyeron los estímulos sensoriales (visuales, auditivos, olfativos y táctiles), materiales y objetos (goma, piel, muñecas) y gente o partes del cuerpo escogidos como objetos sexuales o de práctica sexual (pelo, pies, brazos desnudos).

Las actitudes y experiencia del personal incluían preguntas sobre:

- 1) Sus actitudes hacia la sexualidad de los internos en general.
- 2) Normas para la actividad sexual.
- 3) Una evaluación sobre qué formas de ayuda y asistencia necesitan los internos en relación con su sexualidad.
- 4) Analizar y describir los problemas sexuales de los internos.

- 5) Saber si tenían experiencia en dialogar sobre estos temas con los internos.
- 6) Saber si habían diseñado programas para tratar problemas sexuales de internos concretos.
- 7) Saber qué consideraban realista los miembros del personal, en relación con la sexualidad de sus internos autistas.

Procedimiento

Después de discusiones entre padres y el personal, 20 de las 21 casas seleccionadas estuvieron de acuerdo en tomar parte en el estudio. Los cuestionarios (sobre datos del pasado y sexualidad) fueron rellenados por el miembro del personal responsable de cada interno, a menudo en colaboración con el resto del personal. La parte del estudio que trata de las actitudes y experiencia del personal fue rellenada por cada pedagogo individualmente.

Resultados

Se hizo un test sobre los puntos del cuestionario que trataban de la conducta sexual de los internos. Se recogieron los datos utilizando dos impresos, el primero contenía información general, incluyendo características de desarrollo y de conducta, el segundo trataba de cuestiones específicas de sexualidad. Ambos conjuntos de datos fueron primero estructurados y analizados mediante SPSS. Las variables principales (unas 100) se incluyeron en un archivo del sistema del SPSS y se analizaron. Por último se seleccionaron las 27 variables más importantes y se sometieron a un análisis multivariable mediante DIGRAM, un sistema para tablas pluridimensionales contingentes (Kreiner, 1987). DIGRAM opera con modelos causales en los que las variables seleccionadas se dividen en bloques causales y se les aplican pruebas condicionales exactas usando la colapsibilidad grafoteórica.

Por tanto, todos los resultados significativos que presentamos no están basados en los valores aparentes de un test de poca importancia, sino en la

tabla de contingencia total de las 27 variables analizadas en el último paso. Este último paso es una versión del llamado test de correlación de rango de Kendall (Kendall's gamma). Dos equipos de profesionales investigaron el nivel de confianza inter-ratio, contestando a las preguntas planteadas en el cuestionario sobre sexualidad con una concordancia del 0,86. Un subconjunto de 14 sujetos fue estudiado para determinar el nivel de confianza de la interpretación (la interpretación de ciertas preguntas, por los autores del estudio, para determinar signos de sexualidad). Un total de 733 preguntas mostraron una concordancia del 0,97.

Masturbación

Uno de los objetivos era saber cuántos de los internos se masturbaban y cuántos de ellos alcanzaban el orgasmo. En algunos casos esta cuestión no planteaba dificultad ya que los internos se masturbaban abiertamente y de forma muy normal, por lo que no había duda alguna. Algunos internos mostraban signos de excitación sexual sin masturbarse. Otros "se tocaban los genitales sin mostrar signos de excitación". Estos casos no se contaron como respuesta afirmativa a la pregunta de si el interno se masturbaba. Algunos internos contaban sus conductas sexuales. Otros practicaban sexo en lugares y momentos donde el personal estaba, forzosamente, presente. Por último, otros confinaban su sexualidad en una esfera estrictamente privada con el resultado de que el personal no podía saber nada sobre ella.

En lo que concierne a la cuestión del orgasmo, se anotaba una respuesta afirmativa cuando el personal del centro había observado manchas de esperma en la ropa de cama o en las ropas del interno, o si habían visto a una mujer interna en una fase de excitación con clímax seguida de una clara relajación, tanto física como mental.

Los resultados, por lo que respecta a la masturbación y al orgasmo, muestran que el 68% de los internos se masturban. De ellos, el 60% alcanzan el orgasmo. El 74% de los hombres se masturban y de las mujeres el 54%. El

64% de los hombres que se masturban alcanzan el orgasmo mientras que el 46% de las mujeres alcanzan el clímax. La diferencia proporcional entre hombres y mujeres que se masturban y alcanzan el orgasmo es similar a la encontrada en estudios sobre la población normal (Masters & Johnson, 1988).

Tabla 2: Masturbación y Orgasmo

	Nº de que se masturban		Nº que alcanzan el orgasmo	
	Total	% del total	Total	% de los que se masturban
Hombres	42	(73,6)	27	(64,3)
Mujeres	13	(54,2)	6	(46,1)
Total	55	(67,9)	33	(60,0)

Se masturban más internos de bajo nivel de funcionalidad (76 %) que internos de alto nivel de funcionalidad (50%). No se encontró relación entre la capacidad de alcanzar el orgasmo y el nivel funcional.

Frecuencia de la masturbación

Los resultados incluyen también datos sobre la frecuencia con que los internos se masturbaban (a diario, semanalmente o con menos frecuencia). Se encontró que el 25 % de los que se masturbaban lo hacía diariamente, el 49% lo hacía aproximadamente una vez a la semana y el 16% lo hacía con menos frecuencia. No hay diferencia entre los sexos en lo que respecta a la frecuencia con la que se masturban. Más aún, la frecuencia en la masturbación se correlaciona con el nivel de desarrollo en el lenguaje hablado y con la edad. Se compara el porcentaje de sujetos que se masturban diariamente con el nivel de desarrollo en el lenguaje hablado. Cerca del 45% de los sujetos sin lenguaje hablado se masturban diariamente, mientras que sólo el 10% de los que tienen

un buen nivel de lenguaje hablado lo hacen, lo que muestra una correlación significativamente alta ($p < 0,001$).

La frecuencia media de masturbación en los sujetos con niveles de lenguaje hablado medio o alto decrece con la edad. No es el caso de los sujetos con ningún o bajo nivel en el lenguaje hablado ($p < 0,05$). Los internos autistas con alto nivel de funcionalidad parecen perder el deseo de masturbarse según se hacen mayores, al contrario que los internos de bajo nivel. Aparece una imagen clara cuando se compara la capacidad para alcanzar el orgasmo con la frecuencia con la que se masturban. Los internos que se masturban con más frecuencia son capaces de alcanzar el orgasmo más a menudo. De los que se masturban ocasionalmente, sólo el 40% es capaz de alcanzar el orgasmo, comparado con el 80-90% entre quienes lo hacen diariamente ($p < 0,001$).

Masturbarse públicamente y la utilización de objetos

Los datos incluyen también detalles sobre dónde se masturban los internos. 29 de ellos (el 53% de los que se masturban) lo hacen en público, es decir en una sala de estar o al aire libre. Algunos internos empiezan a masturbarse cuando están desnudos, por ejemplo cuando van a una piscina pública. Un interno varón se excita cuando ve a una chica rubia y empieza a masturbarse cuando ello ocurre. Otro se baja los pantalones en medio de la calle para estimular sus genitales.

Los resultados revelan una mayor tendencia en las mujeres que en los hombres a masturbarse en público. Se obtiene una tendencia más pronunciada si dividimos a los sujetos de acuerdo al nivel alcanzado en el lenguaje hablado: un 90% de los sujetos sin lenguaje hablado se masturban en público, frente al 47% entre el resto de los sujetos.

Por lo que respecta al uso de objetos en relación con la masturbación, se encontró que 17 (31% de los internos que se masturbaban) usaban objetos para estimular sus genitales. Uno de estos objetos podía ser, por ejemplo, una almohada apretada fuertemente entre los muslos. Muchos internos usaban ollas, papeleras u otros objetos duros. Un varón interno usaba un cinturón para

frotarse el pene. Algunos usaban el aspersor de la ducha cuando se bañaban. Una interna usaba un vibrador que había aprendido a utilizar. Parece ser que no hay diferencia entre los sexos cuando se trata de la utilización de objetos en relación con la masturbación.

Tabla 3: Masturbación en público y utilización de objetos (porcentajes)

	Masturbación en público	Uso de objetos para masturbarse
Hombres	45	29
Mujeres	77	39
Total	53	31
Nivel de lenguaje hablado		
Ninguno	90	
Poco/medio/alto	47	

Todos los datos han sido procesados con la idea de obtener una valoración más cualitativa de la sexualidad de cada individuo en relación con la masturbación. Los resultados mostraron que:

- Uno tenía problemas psicológicos con sus genitales, lo que le impedía masturbarse
- Cinco sufrían problemas de erección
- Veintidós fueron incapaces de alcanzar el clímax o la eyaculación, a pesar de sus repetidos intentos para masturbarse
- En siete casos, el personal informó que el interno utilizaba técnicas de masturbación apropiadas. Cuatro corrían el riesgo de lesionarse y tres no eran capaces de alcanzar el orgasmo.
- 14 internos se masturbaban varias veces al día. No tiene por que ser necesariamente un problema sexual, a menos que tenga un efecto

nocivo para el interno. También puede ser debido al hecho de que el interno sea incapaz de alcanzar el orgasmo.

En otros casos, podían surgir problemas por el hecho que el interno solamente era capaz de satisfacer sus necesidades sexuales en circunstancias especiales, aunque inapropiadas, por ejemplo el interno que se excita sexualmente con el tubo de escape de un coche.

Sexualidad orientada hacia personas

La sexualidad orientada hacia personas se dividió en tres categorías

A) Signos claros

B) Signos indefinidos y

C) Ausencia de signos de sexualidad orientada a personas.

Un signo claro podría ser un interno que se sienta en el regazo de un miembro femenino del personal y empieza a masturbarse o, por ejemplo, que toca el pecho de un miembro del personal y se excita. Otro ejemplo puede ser el de un interno que tocaba el trasero de niños pequeños, al tiempo que se frotaba el pene.

Un signo indefinido puede ser el de un interno que se sienta en el regazo de alguien de forma conraciadora y cariñosa, pero sin mostrar signos de excitación sexual.

Algunos internos que no muestran signos de sexualidad orientada a personas son capaces de masturbarse. En otros casos la persona en cuestión puede mostrarse retraída y pasiva y no mostrar signos de deseo sexual.

De los 81 sujetos del estudio, 34 (42%) mostraron signos claros, 23 (28%) signos indefinidos y 21 (26%) no mostraron ningún tipo de signos. Tres casos no fueron clasificados. No se determinaron diferencias significativas debidas al sexo en ninguna de las tres categorías.

La figura 1 muestra una comparación entre el nivel de funcionalidad de los sujetos y su sexualidad orientada a personas. De los sujetos con un bajo nivel de funcionalidad, el 27% mostró signos claros de sexualidad orientada a personas. El porcentaje aumenta hasta el 55% entre los sujetos con un nivel de funcionalidad alto.

Figura 1: Signos claros de sexualidad orientada a personas y nivel de funcionalidad

En construcción

Se confirmó la existencia de una conexión similar entre el nivel de lenguaje hablado y la conducta social en general, al compararlos con la categoría de comportamiento llamada de las "manos cogidas". En este informe, esta conducta se considera como signo indefinido de sexualidad orientada a personas. Mientras que ningún sujeto con bajo nivel de funcionalidad quería cogerse de las manos, al 48% de los de nivel de funcionalidad alto les gustaba hacerlo ($p < 0,001$).

De los 34 sujetos que dirigían su contacto social hacia otra gente (signos definidos), 14 lo hacían exclusivamente hacia personas del sexo contrario, 12 hacia ambos sexos y sólo 3 escogían siempre a personas de su mismo sexo. 5 casos no fueron clasificados. 12 sujetos dirigían su conducta sexual hacia una persona elegida. Esto implica a menudo que los residentes tienen preferencias entre los miembros del personal con los que él o ella buscan un contacto físico íntimo que nunca es correspondido. Esta preferencia, sin embargo, a veces puede dirigirse hacia otro minusválido o hacia otra persona de su edad normal.

Los residentes pueden dirigir su conducta sexual o de contacto físico hacia gente que no tiene ningún tipo de interés en tener relaciones sexuales con ellos. Generalmente son los miembros del personal, otros padres, visitantes desconocidos o gente con la que los internos se encuentran por azar. Se dio algún caso de atracción sexual hacia niños más pequeños en los que el interno quería tocar el trasero del niño o su pelo, al tiempo que él o ella se excitaba

sexualmente. De los 34 internos que mostraron una sexualidad orientada a personas u otra conducta encaminada a tener contacto físico con otros, 30 dirigieron su atención hacia este tipo de gente inalcanzable.

El nivel de funcionalidad y la edad mental de los internos parecen determinar hacia quién dirigirán su atención sexual. Como se muestra en la figura 2, el 75% de los sujetos con nivel de funcionalidad alto dirigieron su conducta sexual exclusivamente hacia el sexo opuesto. Solo ocurrió en el 27% de los internos con un nivel de funcionalidad medio, no dándose ningún caso entre los de nivel de funcionalidad bajo. Tal como se muestra en la figura 3, se encontró que la tendencia a buscar contacto con una persona previamente elegida aumenta desde el 9% entre los internos con una edad mental por debajo de los 3 años hasta el 42% entre los de una edad mental de 6 años y medio o más.

Figura 2: Heterosexualidad y nivel de funcionalidad

En construcción

Figura 3: Personas previamente escogidas y edad mental.

En construcción

Se examinó la relación entre la conducta sexual orientada a personas y los problemas de conducta, encontrándose dos resultados sorprendentes: 1) La frecuencia de conductas automutilantes se mantiene siempre alta en los internos con ningún o poco lenguaje hablado. En los internos con un nivel medio o alto de lenguaje hablado, la frecuencia de conductas automutilantes aumenta particularmente en los que muestran signos de sexualidad orientada hacia personas ($p < 0,01$). 2) Los internos que desean besar o abrazar muestran una mayor tendencia hacia una conducta agresiva. Por ejemplo, el 23% de los internos que nunca son agresivos tienen deseos de besar y abrazar mientras que el 60% de los internos que muestran a menudo conductas agresivas tienen tales deseos ($p < 0,05$).

Estas correlaciones pueden reflejar las frustraciones que surgen al ser rechazados. Teniéndolo presente, se preguntó al personal sobre las razones que pueden llevar al cese de contacto físico entre internos y otras personas.

En 1,4% de los casos la razón fue que el interno había alcanzado el orgasmo o había tenido relaciones sexuales plenas. Fue el caso de dos internos. Uno de ellos era un hombre que eyaculaba y gritaba "Esto es un gran orgasmo!" mientras se abrazaba a un miembro femenino del personal durante un momento. En el otro caso, se trataba de una mujer que tuvo relaciones plenas con un chico normal de su misma edad, quien se aprovechó de su impulso provocativo. En el 50% de los casos la razón fue que el sujeto fue parado o rechazado por la otra persona. En el 41% de los casos el sujeto se retiró voluntariamente del contacto sexual. En el 7% de los casos se dieron otras razones.

Se puede observar una diferencia sorprendente entre las conductas de varones y mujeres comparando los datos sobre masturbación y signos claros de conducta sexual dirigida hacia otras personas. Muchos más hombres (20%) que mujeres (4%) se masturbaban exclusivamente ($p < 0,05$).

Uso de objetos, materiales y otros estímulos

Una tercera área importante del estudio fue examinar la forma en que los objetos y otros estímulos están implicados en la fase de excitación sexual o son utilizados como parte de la misma actividad sexual. Pueden ser estímulos sensoriales como el aroma de un perfume, olores corporales (de los sobacos o de la entrepierna), o estímulos más inusuales como el aroma de un cigarro o el de un motor diesel. Pueden ser la visión del trasero de un niño o la foto de una mujer desnuda. Es posible que se utilicen también materiales y objetos tales como ropa interior sucia, lencería de mujer, guantes de goma, lámparas, ollas, etc. A veces el estímulo es una persona o partes del cuerpo de una persona (pelo, brazos desnudos, pechos..). Este puede ser el caso si la fase de excitación sexual es provocada por una persona en particular o escogida previamente. Para ciertos sujetos, los objetos y otros estímulos parecen ser parte inseparable de su conducta sexual. Puede, por ejemplo, ser de absoluta

necesidad para un interno estar sometido a ciertos estímulos durante toda la masturbación para poder alcanzar el orgasmo.

Algunos internos utilizan objetos (cinturones, objetos de plástico como botes o papeleras, objetos metálicos, etc.) en lugar de sus manos o dedos para estimular sus genitales. En otros casos, los objetos/estímulos son simplemente catalizadores cuya presencia, en la actividad sexual propiamente dicha, no es necesaria. Por último, se registraron un número de casos en los que era necesario establecer modelos de conducta rituales para despertar el deseo sexual del interno. Un ejemplo de ello lo tuvimos en un interno que quería que un miembro del personal fumara una marca concreta de cigarrillos frente a él para después retirarse a su habitación y masturbarse. Otro ejemplo puede ser el de un interno que se masturba sólo en cierto momento del día o en un lugar determinado.

En muchos casos, el uso de objetos específicos u otros estímulos pueden reflejar elementos reconocibles de una sexualidad normal. Sin embargo, en otros casos puede involucrar elementos incomprensibles o curiosos. Se encontró que la sexualidad de 15 (62%) del total de las mujeres y de 43 (75%) de los hombres, tenía relación con los estímulos/objetos de esta manera. Un estudio más profundo del uso de objetos y otros estímulos muestra que son más utilizados en el grupo que se masturba con más frecuencia. De la misma manera, los que usan objetos y otros estímulos alcanzan el orgasmo con más frecuencia ($p < 0,01$). Se encontró también una estrecha relación entre el uso de objetos y otros estímulos y la sexualidad orientada hacia personas. De los internos que mostraban signos claros de ello, el 82% habían usado objetos y otros estímulos, mientras que sólo el 52% de los que mostraban signos indefinidos lo habían hecho ($p < 0,001$).

Por último, 8 personas del todo el grupo - 4 hombres y 4 mujeres - no mostraban ningún signo de actividad sexual. Caracteriza a este grupo el estar formado por personas de nivel de funcionalidad bajo o medio, y un grado de autismo moderado o severo. Otro grupo conspicuo era el de los que querían tener un novio o novia. Estos internos - 5 mujeres y 4 hombres - tienen todos un nivel de funcionalidad alto y un grado de autismo moderado o leve.

Discusión

Los resultados principales del estudio nos dan nueva y valiosa información, así como un mayor conocimiento, de la sexualidad y el autismo. Se adelantaron 5 hipótesis en relación con los resultados.

Hipótesis 1:

Las personas con autismo presentan, por lo común, una conducta sexual.

Se demostró esta hipótesis por el hecho de que el 74% de todos los internos autistas mostraron signos claros de conducta sexual, ya sea en forma de masturbación, ya sea en forma de conducta sexual orientada hacia personas. La frecuencia en masturbarse varía según edad y sexo. Entre los internos autistas, el 74% de los hombres se masturbaba comparado con el 54% de las mujeres internas. En la población normal, investigaciones recientes han mostrado que la frecuencia en la masturbación va desde el 58% en chicos y 39% en chicas, durante la adolescencia, hasta el 93% de los hombres y el 75% de las mujeres cuando llegan a la edad adulta. (Hertoft, 1987; Masters y Johnson, 1988). Por lo que respecta al número de veces que se masturba la gente normal, hay estudios que indican que los jóvenes lo hacen de una a varias veces al día, disminuyendo hasta una a la semana en la vida adulta (Hertoft). En este estudio se observa una tendencia similar en el hecho de que los autistas jóvenes se masturban más a menudo que los mayores.

Estos resultados sugieren que la mayoría de los autistas aprenden a masturbarse sin ayuda de los demás, si lo hacen con suficiente frecuencia. Sin embargo, algunos sujetos pueden abandonar porque no consiguen aprender a masturbarse o porque los miembros del personal pueden intervenir debido al hecho de que se masturban en ocasiones o formas inapropiadas. Se incluyen, dentro de estas conductas, el masturbarse en la sala de estar o hacerlo usando objetos duros.

El 39% de los hombres y el 47% de las mujeres internas muestran signos claros de conducta sexual orientada hacia personas. Cuando se incluyen signos indefinidos, como besarse, abrazarse o cogerse de la mano, el 68% de los hombres y el 73% de las mujeres muestran esta conducta. Exceptuando a uno o dos internos, las relaciones sexuales entre autistas son cuestiones unipersonales. Lo ilustra el hecho de que cuando los autistas dirigen su deseo sexual hacia otros, el contacto sexual se termina inmediatamente después de comenzado.

Es normal el contacto sexual entre los jóvenes normales. Según un estudio hecho en USA, entre el 40 y el 80% de los jóvenes normales muestran comportamientos amorosos (Master y Johnson, 1988). En Dinamarca cerca del 60% de los jóvenes han tenido su primera experiencia sexual completa antes de los 18 años, y casi el 100% antes de los 25 (Hertoft, 1987). En nuestro estudio, sólo una persona autista, una chica, había tenido relaciones sexuales plenas. Mientras ella quiso, el adolescente normal se aprovechó claramente de ella. Si bien este estudio muestra que los autistas satisfacen sus necesidades sexuales exclusivamente mediante la masturbación y no mediante el contacto sexual con otros, muchos autistas muestran un gran interés y deseo en tener contacto íntimo con otras personas.

Hipótesis 2:

La conducta sexual se expresa, a menudo, en forma considerada inapropiada por el entorno, siendo también inapropiada para los mismos autistas.

Nuestro estudio también confirma esta hipótesis, ya que el 52% de los internos se masturban en público. Además, el 90% de los que muestran signos claros de conducta sexual orientada hacia personas escogen gente que no está interesada en responder a sus ofertas sexuales (padres, miembros del personal, extraños y niños pequeños). La conducta inapropiada de esta naturaleza hace que, a menudo, el personal tenga que intervenir para establecer los límites y tener a los internos bajo control constante. Los problemas que caracterizan el autismo, considerado en relación con la conducta sexual, indican que los autistas tienen una gran dificultad en percibir,

entender y aprender las normas y reglas sociales de cómo relacionarse con los demás.

Hipótesis 3:

La conducta sexual se expresa de forma desviada y rara respecto a las normas aceptadas.

Los resultados del estudio proporcionan información detallada sobre el uso, por parte de los autistas, de objetos, estímulos y técnicas para masturbarse. Las actitudes y conducta sexual de la gente normal muestran, a menudo, una gran variedad de modelos aparentemente desviados tales como fetichismo, exhibicionismo, voyeurismo, etc. Por ejemplo, Johansen (1988) informa que la gente normal también utiliza cierta forma de fetichismo con relación a sus deseos sexuales. En este aspecto, la sexualidad de la gente normal puede incluso parecer más desviada y rara que la de los autistas.

Las diferencias entre autistas y gente normal pueden verse desde tres puntos de vista:

- 1) Los autistas, con excepción del grupo clasificado de alta funcionalidad, no oculta sus deseos y conductas sexuales.

- 2) El porcentaje de autistas que utilizan objetos y estímulos específicos normalmente no asociados con la sexualidad para excitarse sexualmente es alto. Por ejemplo, de los que se masturban, el 90% utilizan un estímulo específico o un objeto, incluyendo los 17 internos que usan un objeto para masturbarse, los 47 que utilizan estímulos visuales, auditivos o táctiles para excitarse y 23 que escogen una persona concreta o parte de ella para excitarse sexualmente.

- 3) Algunos internos se inventan ciertos rituales para satisfacer sus necesidades sexuales. Por ejemplo, un autista varón de 25 años explica cómo selecciona figuras de plástico con las que habla mientras se masturba. Utiliza diferentes figuras según el día de la semana.

Hipótesis 4:

Los problemas de conducta están relacionados con problemas sexuales no resueltos.

Sólo de 3 a 5 autistas mostraron conducta agresiva o automutilante durante su actividad sexual. Por ejemplo, un interno mordió el pecho de un miembro del personal estando sexualmente excitado, otro interno se golpeó violentamente el pene cuando tuvo una erección. Entre los internos con un nivel de lenguaje hablado medio o alto que muestran, al mismo tiempo, signos claros de sexualidad orientada a personas, encontramos una frecuencia alta de conductas automutilantes. Estas conductas se pueden interpretar como una reacción al rechazo, debido a que la otra persona no responde de manera positiva.

Entre los internos autistas de bajo nivel de funcionalidad, las conductas automutilantes son, sobre todo, causadas por problemas de comunicación, y no tanto por ver frustradas sus tendencias sexuales. Los internos que muestran, en general, interés por los contactos íntimos, ya sea besándose o acariciándose, tienen tendencia a ser agresivos hacia los demás. Este fenómeno se puede interpretar como un círculo vicioso, donde el contacto íntimo se encuentra con el rechazo. Este, a su vez, provoca una conducta agresiva, la que de nuevo refuerza la frustración y así sucesivamente. Se da medicación antipsicótica sobre todo a los internos con conductas agresivas o automutilantes. Más aún, los resultados del estudio sugieren que los problemas de conducta, los problemas sexuales sin resolver y la medicación antipsicótica, están estrechamente relacionados. A este respecto, podemos asumir la existencia de una cadena de conductas negativa y que se autorefuera.

Hipótesis 5:

Los autistas son incapaces de establecer relaciones sexuales o tienen serias dificultades para ello.

De los 8 internos que manifestaron un gran deseo de tener novio o novia, sólo una interna tuvo una relación íntima que no incluyó relación sexual plena. Otra

interna autista tuvo una única experiencia sexual cuando un adolescente normal abusó de ella para satisfacer sus necesidades. De los otros 32 internos que dirigían sus deseos sexuales hacia otras personas, ninguno fue capaz de establecer una relación íntima y recíproca. Por el contrario, surgieron una multitud de problemas, incluyendo conductas agresivas o automutilantes, cuando la otra persona no respondió de forma positiva a los avances sexuales del autista.

En los casos en que la sexualidad se dirige hacia otros, 12 (35%) autistas internos expresaron interés sexual hacia ambos sexos, mientras que sólo 3 (9%) mostraron interés en personas del mismo sexo. Entre la población normal, la bisexualidad durante la infancia y la edad preadolescente es normal, decreciendo hasta cerca del 5% de la población en edad adulta. La homosexualidad se da entre el 2-4% de la población normal (Masters y Johnson, 1988).

Sexualidad y nivel de desarrollo.

Se valoraron también los resultados en relación con la edad mental de los autistas, nivel de funcionalidad y capacidad para el lenguaje hablado, clasificando a los sujetos en grupos de bajo, medio o alto nivel de funcionalidad.

Grupo de bajo nivel de funcionalidad.

En este grupo, donde la funcionalidad es baja por definición, la capacidad para el lenguaje hablado era nula o limitada y la edad mental se encontraba entre los 1,5 y 4 años, se encontraron las siguientes tendencias:

- 1) La masturbación es la forma más común de conducta sexual.
- 2) Los internos se masturban a menudo en público sin sentirse concernidos por la reacción de los demás.

3) Los internos utilizan frecuentemente ciertos objetos y otros estímulos para excitarse sexualmente, mientras se masturban y cuando intentan alcanzar el orgasmo.

4) Los internos se masturban a menudo, teniendo buenas posibilidades de alcanzar el orgasmo si lo hacen en entornos físicos aceptables y no en público.

5) Algunos internos necesitan utilizar un objeto en particular cuando se masturban. Algunos de estos objetos pueden ser peligrosos.

6) Algunos internos utilizan a otra gente para estimularse sexualmente, en particular ciertas partes del cuerpo (cabello, pies etc.) Frecuentemente no distinguen entre sexos, ni prestan atención a la relación que tienen con la persona (padres, desconocidos, etc.)

En muchos aspectos la conducta sexual del grupo de baja funcionalidad se puede comparar a la de un niño normal de 3 a 5 años. Los niños normales pueden mostrar conductas sexuales tales como estimular sus genitales en público, no hacer distinción entre sexos durante sus juegos sexuales y usar a los padres como objetos sexuales. De hecho, el fetichismo, común en el grupo de baja funcionalidad, también es común entre los niños normales de 3 años (Langfeldt, 1986).

Grupo de funcionalidad media

En este grupo el nivel de funcionalidad y la capacidad para el lenguaje hablado es relativamente buena, estando la edad mental entre 4,1 y 5,4 años. Las siguientes tendencias caracterizan al grupo:

1) Es menor la frecuencia en la masturbación y la mayoría de los internos que se masturban también alcanzan el orgasmo.

2) Si bien algunos se masturban en público, la mayoría no lo hace.

3) El uso de ciertos objetos y otros estímulos para la excitación sexual es considerable, pero sólo algunos internos utilizan objetos para masturbarse con ellos.

4) Comparativamente, un alto porcentaje dirige su conducta sexual hacia otras personas, pero son generalmente más selectivos y escogen a determinadas personas del sexo opuesto.

La conducta sexual del grupo de funcionalidad moderada se puede comparar con la de los niños normales en edad de ir al jardín de infancia. Entre estos niños tocarse los genitales es común, se representan papeles sexuales más elaborados, incluyendo jugar a médicos y a papás y mamás. Como el niño del jardín de infancia, el autista de este grupo puede invitar al padre o a un miembro del personal a observar su pene erecto o, en el caso de las mujeres, sus pechos desnudos; también puede coger la mano de otra persona y llevarla hacia su pene o clítoris, deseando que le toquen.

Grupo de alta funcionalidad.

Este grupo con un nivel de funcionalidad alto, una capacidad para el lenguaje hablado entre media y alta y una edad mental de 5,4 años o más. Despliega las siguientes tendencias:

- 1) Esconden su conducta sexual, masturbándose en privado más que en público.
- 2) Su conducta sexual hacia otros está limitada a otra persona en particular, a menudo un miembro del personal del sexo opuesto.
- 3) Es general el deseo de encontrar un novio o novia.
- 4) Algunos internos, en particular los mayores, pierden gradualmente interés en masturbarse.

La similitud más destacable cuando comparamos los autistas con funcionalidad alta con, por ejemplo, adolescentes normales, es su deseo de establecer relaciones íntimas sobre todo con personas del sexo opuesto. Por otro lado, no son capaces de establecer y mantener una relación íntima y sexual.

Diferencias entre sexos.

Este estudio presenta también información valiosa sobre la diferencia entre los sexos.

Para empezar, los autistas varones se masturban más a menudo y alcanzan el orgasmo con más facilidad que las mujeres autistas. Los autistas varones se masturban con una frecuencia más de dos veces superior a la de las mujeres. Como ya se ha dicho anteriormente, los estudios muestran que, entre la población normal, los varones también se masturban con más frecuencia que las mujeres (Hertoft, 1987).

En segundo lugar, más mujeres internas que hombres se masturban en público. Los miembros del personal de este estudio son predominantemente mujeres, lo que puede sugerir que las mujeres del personal son más tolerantes con las conductas socialmente inadecuadas de las internas. Otra posible interpretación es que la conducta sexual inapropiada de los autistas varones es posiblemente más ofensiva para las mujeres del personal.

En tercer lugar, más mujeres que hombres utilizan objetos u otros estímulos en relación con la masturbación.

En cuarto y último lugar, cuando se compara la relación entre masturbación y conducta sexual orientada hacia personas, los resultados muestran que 11 varones (20%) se masturban por sólo 1 mujer autista (4%). Este hallazgo sugiere que las mujeres autistas que expresan abiertamente sus deseos sexuales tienen más probabilidades de dirigir su conducta sexual hacia otras personas que en el caso de los varones autistas.

Intentando comprender la sexualidad de los autistas.

Los trastornos sociales y comunicativos que impiden a los autistas establecer y desarrollar relaciones en su edad temprana les llevan, cuando son mayores, a una ausencia total de relaciones sexuales e íntimas con otras personas. Sencillamente, los autistas jóvenes y adultos no tienen las habilidades sociales y comunicativas necesarias para establecer este tipo de relaciones. Así, aunque los autistas de alto nivel de funcionalidad desean tener un novio/a, casi todos abandonan esta idea antes o después, porque son incapaces de tener

experiencias íntimas con otra gente. Un autista varón de 36 años, obsesionado por encontrar una novia, ha viajado por todo Dinamarca tomando fotos de las placas de nombres de calles conteniendo nombres de mujer, que colecciona en un álbum.

En este punto los autistas se diferencian mucho de las personas con retraso mental. En un estudio japonés hecho a 92 personas con retraso mental moderado, el 59% quería casarse y el 29% había tenido relaciones íntimas (Yamashita, 1990). Como ya hemos mencionado anteriormente, dos importantes estudios de seguimiento hechos a un total de 159 autistas adultos (Kanner, 1972; Rutter, 1970) dieron como resultado que ningún solo caso de matrimonio o de relación íntima se había producido, y muy pocos casos de amistad.

Muchos esquizofrénicos también abandonan la idea de tener una vida sexual activa por las dificultades que encuentran para establecer relaciones íntimas (Hertoft, 1987). Pueden asimismo mostrar signos de promiscuidad, conducta violenta y conducta sexual desinhibida hacia otras personas. Además, pueden manifestar problemas de identidad sexual que pueden llevarles a estados de ansiedad al pensar que pueden volverse homosexuales.

Este estudio también ha mostrado que los autistas utilizan frecuentemente objetos y otros estímulos para excitarse sexualmente, para masturbarse y para intentar conseguir un orgasmo. Este tipo de conducta sexual puede interpretarse como manifestación de la falta de capacidad de los autistas para imaginarse cosas. Durante los primeros años, esta falta de capacidad les lleva a desarrollar una conducta ritualizada y estereotipada. Más tarde, el autista encuentra difícil o imposible evocar y conservar una imaginería específica para la excitación sexual. Por este motivo, para excitarse y mantener el deseo sexual, el autista necesita normalmente un estímulo concreto visible o debe usar un objeto en particular cuando se masturba.

Un joven autista debía tener puesta una gabardina antes de empezar a masturbarse. Al principio, un miembro del personal se la quitaba, con lo cual perdía inmediatamente la erección, y el joven reaccionaba golpeándose

fuertemente en un lado de la cabeza. Sólo cuando se le permitió conservar la gabardina mientras se masturbaba, fue capaz de satisfacer su deseo sexual. Una vez que los padres de un chico de 17 años le sacaron las botas de agua de goma, salió de casa en mitad de la noche, prácticamente desnudo, para ir a buscar otro par a la zapatería del barrio. Este joven tenía el ritual de ponerse un par de botas de agua de goma mientras se masturbaba. Otro joven se excitaba mucho cuando un miembro del personal encendía un cigarrillo.

Objetos y estímulos como la gabardina, figuras de plástico, botas de agua de goma y otros objetos, pueden considerarse como el medio mediante el cual los autistas evocan, retienen y satisfacen sus deseos sexuales.

Estos objetos particulares y otros estímulos pueden considerarse sustitutos de la falta de capacidad del autista para imaginar situaciones sexualmente excitantes. Es común que la gente normal que use su imaginación y tenga fantasías sexuales mientras se masturba. Aunque muchos de los objetos y estímulos que escogen los autistas pueden parecer extraños, se entiende que utilicen estos objetos y otros estímulos en su conducta sexual.

Algunos autistas con alto nivel de funcionalidad, que tienen cierta capacidad imaginativa, la usan de una forma diferente y particular. Por ejemplo, un autista varón le dijo a un miembro del personal que quería tener un orgasmo pero que no se atrevía pues cada vez que empezaba a masturbarse la excitación le provocaba unas fantasías que le asustaban. Otro hombre no se atrevía a eyacular porque le hacía pensar en los miles de niños que nunca nacerían.

Un chico autista de 27 años, con alto nivel de funcionalidad, pensaba en una chica en particular cuando se masturbaba. Decía "Es un sentimiento agradable pensar en ella mientras me toco el pene". Estaba convencido de que esta chica le amaba, aunque nunca había hablado con ella sobre esto, y a pesar de estar la chica felizmente casada y con tres hijos.

En conclusión, la conducta sexual de los autistas no es ni desviada, ni está alterada, es más bien la expresión de una inmadurez social y emocional. De hecho, los autistas desarrollan una conducta sexual inapropiada debido a su

incapacidad para entender las normas y reglas sociales y por su incapacidad para comunicarse y establecer relaciones recíprocas. Al mismo tiempo, su incapacidad para imaginar da lugar a la necesidad de disponer de ciertos objetos y otros estímulos como medios para satisfacer sus necesidades sexuales.

Actitudes y experiencias de los miembros del personal.

Lo siguiente es un breve repaso a los resultados sobre las actitudes y experiencias de los miembros del personal en relación con la sexualidad de los autistas y de otros grupos de minusválidos. La información se recogió entrevistando a cada miembro del personal que participó en el estudio.

1. En general, los miembros del personal mostraron actitudes abiertas y de aceptación hacia el derecho de los autistas a tener su propia vida sexual de acuerdo con sus necesidades. Por ejemplo, 79 de los 81 pedagogos entrevistados aceptaban, de forma positiva, que los autistas se masturbasen, mientras que a 30 les parecía bien que los autistas tuvieran relaciones sexuales. Sin embargo, estas actitudes estaban en claro contraste con lo que a los miembros del personal les parecía realista. Mientras que a 79 de los pedagogos les parecía realista que los autistas aprendieran a masturbarse, sólo 3 de los 81 respondieron afirmativamente a la pregunta de si era realista que un interno autista estableciera relaciones sexuales. De hecho, sólo 13 consideraron realista que los internos autistas pudieran desarrollar una amistad.

2. 52 de los 81 pedagogos habían participado en conferencias sobre sexualidad y 49 habían leído las directrices propuestas por el Ministerio de Asuntos Sociales, mientras que sólo un pequeño número de miembros del personal presentaron una descripción sistemática y un análisis de los problemas sexuales entre los minusválidos. Puede darse una intervención inapropiada en los problemas sexuales cuando éstos no han sido debidamente evaluados. La descripción y análisis de las necesidades, conducta y problemas sexuales del interno deberían ser una parte natural del proceso de evaluación, al igual que lo son otras áreas de conducta y desarrollo.

3. Las actitudes del personal en lo que respecta a dar apoyo activo y orientar a los internos con problemas sexuales son en general positivas. Por ejemplo, el estudio mostró que 66 miembros del personal estaban dispuestos a dar instrucción verbal para resolver problemas relacionados con la masturbación. Con respecto al entrenamiento sexual, 28 miembros del personal estaban de acuerdo en usar instrumentos, como el vibrador, 22 estaban dispuestos a dar apoyo físico directo como, por ejemplo, aguantar la mano del autista mientras él/ella se masturba, aunque sólo con la condición de que el interno fuera del mismo sexo que el miembro del personal. Por otro lado, la mayor parte de los miembros del personal entrevistados tenían una experiencia limitada: sólo 6 miembros habían estado involucrados en dar ayuda física a personas minusválidas (en dos casos, personas con autismo), mientras que 20 miembros habían dado instrucciones verbales a personas minusválidas para enseñarles cómo masturbarse. Los tabúes normales reflejan las dificultades de los miembros del personal para encontrar sus propios puntos de referencia con respecto a la sexualidad, impidiéndoles dar la ayuda y orientación necesarias.

Antes de que los miembros del personal puedan servir de guías, han de estar psicológicamente preparados. Este proceso puede incluir la forma propia de reaccionar y sentir la sexualidad en general, así como ser consciente de las propias emociones cuando se trata con personas minusválidas necesitadas de ayuda. Por lo tanto, es importante hablar francamente de los propios límites, ansiedades e inseguridades, antes de decidirse a dar ayuda activa y orientación. Hay que enfatizar que puede darse cualquier tipo de instrucción y entrenamiento sexual si el miembro del personal sigue las directrices proporcionadas por el Ministerio de Asuntos Sociales. Se hablará de ellas más adelante.

Instrucción y Entrenamiento Sexual

Basándonos en este estudio y en la experiencia clínica de sus autores, proponemos que cuando se haya de intervenir en relación a un problema sexual no resuelto, se tengan en cuenta los siguientes aspectos:

1. Punto de vista, política de actuación y ética
2. Leyes penales y Reglamentos.
3. Elaboración de un plan para que sea aprobado.
4. Valoración del problema sexual no resuelto.
5. Estrategias y métodos para la instrucción y entrenamiento sexual.

Punto de vista, política de actuación y ética.

Un aspecto esencial sobre la instrucción y el entreno sexual es dejar claro el punto de vista propio sobre el autismo, así como definir las actitudes específicas y las políticas de actuación en relación con la sexualidad. Un punto de vista general sobre los autistas puede formularse de la siguiente forma:

"Si bien es cierto que podemos pedir a los autistas que respeten ciertas normas y reglas de la sociedad, también debemos respetar el estilo individual de cada persona. No podemos ver el autismo como una desviación o como el sufrir una desventaja de la que hay que librarse. No hay que luchar para que encajen en nuestra forma de pensar o de sentir, para que satisfagan nuestros deseos, esperanzas o ambiciones. Si bien viven su vida de forma diferente, no es de forma "equivocada". Por tanto, no tenemos que forzarles a vivir una vida como la nuestra, sino darles la posibilidad de aprender de nosotros, al igual que debemos intentar comprenderlos y aprender de ellos (Haracopos, 1988)".

Visto esto en relación con la sexualidad, es importante reconocer que, en nuestros esfuerzos para ayudar a los autistas a satisfacer sus deseos y necesidades sexuales, es crucial hacer una distinción clara entre nuestras expectativas, normas y ambiciones, y lo que el autista realmente puede hacer. Entre los profesionales que trabajan con autistas podemos encontrar actitudes muy diversas hacia la sexualidad. Algunos rechazan tomar partido, dando la espalda a los problemas que se presentan. Otros pueden enviar al autista a su habitación cuando está sexualmente excitado, sin intentar comprender el problema. El peor de los casos ocurre si alguien tiene tantos prejuicios que le

impiden reconocer y preocuparse por los deseos y necesidades sexuales individuales. También puede darse el caso de que el profesional sea demasiado tolerante con los deseos y necesidades sexuales de la persona.

Las consideraciones y decisiones sobre las estrategias y métodos de instrucción y práctica sexuales han de estar fundamentadas en políticas bien definidas:

1. Los autistas han de tener el derecho y la posibilidad de llevar una vida sexual de acuerdo con sus deseos y necesidades y aquello que puedan controlar.

2. Los autistas han de poder recibir orientación y apoyo para solucionar sus problemas sexuales.

3. El aprendizaje de una conducta social adecuada con respecto al sexo ha de realizarse de acuerdo con las normas y reglas sociales del lugar de residencia del autista.

4. El tipo de orientación debe, en primer lugar, estar relacionado con y depender de cuán necesarios y obvios sean los problemas sexuales para el interno y su entorno. Es por lo tanto importante determinar y evaluar si los signos sexuales son claros, indefinidos o inexistentes.

a. Cuando la persona muestra signos claros de conducta sexual derivados de problemas sexuales no resueltos, el entorno tiene la obligación de prestar atención a dichos problemas.

b. Si la persona muestra signos indefinidos de conducta sexual, debe ser observada para recoger más información y poder determinar si están o no relacionados con problemas sexuales por solucionar

c. Si el autista no muestra signos de conducta sexual, el entorno no debe estimular su instinto sexual de modo deliberado.

5. Se ha de ver la sexualidad dentro de un contexto global, de forma que la instrucción y práctica sexual no consistan únicamente en ayudar al autista a

aprender a masturbarse y alcanzar el orgasmo. Es igualmente importante reforzar la conciencia de su propio cuerpo y ayudarle a comprender los cambios físicos y emocionales relacionados con el impulso sexual. Por ejemplo, descubrir y estimular el cuerpo puede hacerse mediante actividades tales como ejercicios, cuidarse el cuerpo o mirarse desnudo en el espejo. Estas experiencias pueden aumentar las posibilidades del autista de disfrutar masturbándose y alcanzando el orgasmo. Después de alcanzar el orgasmo, el interno puede recibir ayuda para relajarse y poder explicar sus sentimientos sobre la experiencia sexual.

6. Cuando un autista dirige su interés sexual hacia otra persona, debemos decidir cuán lejos queremos ir en la ayuda que prestemos a dicho contacto. Puesto que experimentar la sexualidad con otra persona implica mostrar ternura, cuidado y empatía, debemos reconocer que la mayor parte de los autistas tienen una gran dificultad para relacionarse con otra gente. Si bien puede ser necesario establecer unos límites claros al interés sexual de un autista por otra persona, debemos ser prudentes y no dejarnos influenciar demasiado por las afirmaciones categóricas relacionadas con la incapacidad de los autistas para establecer relaciones íntimas. Esto es particularmente aparente entre los autistas de alto nivel de funcionalidad quienes, por desgracia, fracasan en sus experiencias con el sexo opuesto. Se están desarrollando métodos de tratamiento, siendo posible en un futuro que la concentración de esfuerzos permita a algún autista controlar y disfrutar de las relaciones íntimas.

Leyes Penales y Reglamentos.

Las leyes y reglamentos se han visto, a menudo, como barreras para la instrucción y el entrenamiento sexual. En relación con la publicación de "Sexualidad – con independencia de la minusvalía", el Ministerio de Asuntos Sociales se dirigió al Ministerio de Justicia para que le proporcionara directrices útiles acordes con las leyes penales y reglamentos vigentes sobre sexualidad.

La instrucción y el entrenamiento sexual de gente con minusvalías importantes, físicas o mentales, que viven formando grupos, en casas o instituciones, han

de impartirse en condiciones adecuadas, físicamente seguras y de acuerdo con los internos, los miembros del personal y las familias de los minusválidos. Las directrices y regulaciones siguientes fueron estipuladas por el Ministerio de Asuntos Sociales para asegurarse de que se daban estas condiciones:

- a. Debe seguirse siempre un plan previamente aprobado (tal y como se explica en la sección siguiente).
- b. Nunca se dará instrucción o entrenamiento sexual al interno que lo rechace.
- c. Nunca estarán justificados, como parte de la instrucción o entrenamiento sexual, el coito, el sexo oral o el sexo anal entre un interno y un miembro del personal. Se aplicarán las mismas regulaciones a otras formas de conducta sexual en las que un miembro del personal actúe como pareja sexual.
- d. Nunca se practicará el entrenamiento sexual con chicos/as menores de 15 años, aunque se permite la instrucción verbal.
- e. El entrenamiento sexual deberá limitarse a ayudar a los internos que quieran masturbarse o quieran tener relaciones plenas entre ellos.
- f. No es legal el entrenamiento sexual que no siga un plan aprobado, incluso si es con el consentimiento del interno menor de 18 años o de un disminuido psíquico mayor de 18 años (Ministerio de Asuntos Sociales, 1989).

Es importante enfatizar que las anteriores directrices conciernen únicamente a las leyes penales y reglamentos que son aplicables a las ayudas dadas a personas con minusvalías físicas o mentales. Por tanto, las leyes penales y los reglamentos no son los únicos elementos que determinan hasta dónde es justificable y apropiado llegar en la instrucción y entrenamiento sexual de personas minusválidas. La planificación de un programa efectivo de entrenamiento sexual debe darse en conjunción con lo que es realista y

deseable para el minusválido, con lo que es factible teniendo en cuenta las normas y reglas sociales de la casa-residencia y con las actitudes, intereses y cualificaciones de los miembros del personal.

Un plan aprobado

Como se ha mencionado en la sección anterior, es obligatorio someter a aprobación un plan tal como describimos a continuación:

1. Se debe realizar un análisis sistemático de la conducta sexual del interno, para saber si sus necesidades son el resultado de un problema sexual por resolver.
2. Se debe proponer un plan de instrucción y entrenamiento sexual para ayudar a satisfacer sus necesidades sexuales y, si ello es posible, enseñarle a satisfacerlas por sí mismo.
3. Antes de llevar el plan a la práctica, debe discutirse y aprobarse por el equipo profesional, así como por las otras personas implicadas, evitando con ello críticas innecesarias y sospechas sin fundamento. Por lo que respecta a este apartado, los autores están convencidos de que un programa de entrenamiento sexual se ha de formular por escrito y debe ser aprobado por todos los implicados. Los padres se han de implicar a pesar de que quizás ya no tengan la custodia legal de su hijo/hija.
4. Se ha de presentar el plan al interno para su aprobación, de forma que se realice el entrenamiento sexual en completo acuerdo con el interno. El autor está también convencido de que, en los casos en que el interno sea incapaz de manifestar sus deseos, se debe ser consciente y considerado con las reacciones del interno al entrenamineto sexual.

Evaluación de los problemas sexuales sin resolver

Junto con las decisiones que conciernen la instrucción y el entrenamiento sexual, es de enorme importancia llevar a cabo una descripción precisa y un análisis de los problemas sexuales no resueltos. La evaluación debe

fundamentalmente consistir en lo que ocurre antes, durante y después de la conducta sexual. Los siguientes aspectos deben incluirse en la evaluación:

1. Signos de conducta sexual.

Uno de los objetivos de la evaluación es el determinar si los signos sexuales son definidos o no se presentan.

2. Hacia qué o quién se dirige el deseo sexual:

a) Hacia la propia persona, es decir tocándose o estimulándose los genitales, los pechos u otras partes sexualmente estimulantes del cuerpo.

b) Hacia otra gente: describir si el deseo sexual se dirige hacia mucha o poca gente, hacia gente conocida o desconocida, hacia gente del mismo o distinto sexo.

c) Hacia materiales, objetos y otros estímulos: describir si la persona escoge objetos determinados u otros estímulos, en su intento de excitar y satisfacer su deseo sexual. Estos objetos pueden incluir fotos de chicas/os desnudas, una muñeca, objetos duros, una almohada etc.

3. ¿Qué estimula el instinto sexual?

Los estímulos que pueden excitar el instinto sexual pueden ser internos o externos. Son ejemplos de estímulos internos las fantasías, ideas concretas e imaginación, recuerdos de experiencias anteriores etc. Estos factores de excitación se pueden determinar sólo si la persona habla de ellos con otros. Como ya se ha mencionado, la capacidad de imaginar se da, casi exclusivamente, entre los autistas de alto nivel de funcionalidad. Los estímulos exteriores pueden consistir en fotos, objetos, acciones, personas en concreto o partes del cuerpo de una persona. Los estímulos sensoriales pueden incluir tocarse el cuerpo o besar a otra persona.

4. Describir la conducta cuando la persona está sexualmente excitada.

Aquí habría que tomar en cuenta en qué situaciones se da la conducta sexual. ¿ Se da la conducta sexual en sitios concretos, durante actividades concretas, en periodos de tiempo del día o de la semana o en presencia de cierta gente? Además, se deberían describir las expresiones corporales de la persona, su estado comunicativo y emocional. Por ejemplo, ¿ se encuentra la persona abierta, alegre, relajada o hiperactiva, tensa, agresiva, ansiosa ?

5. Frecuencia, duración e intensidad

Se debería determinar la frecuencia con la que la persona muestra cierta conducta sexual, durante cuánto tiempo se preocupa por ella y si la conducta sexual se manifiesta de forma suave, moderada o intensa.

6. ¿Cómo reaccionan los demás ante la conducta sexual?

¿Reaccionan los demás de manera pasiva, dando instrucciones verbales o interviniendo de forma activa y directa ? ¿Qué métodos y estrategias posibles se pueden utilizar para ayudar a la persona a satisfacer sus deseos y necesidades sexuales? Al mismo tiempo, se deberían describir las actitudes y los motivos subyacentes de las personas involucradas. ¿Muestran aceptación, se muestran colaboradoras y/o correctoras o encuentran necesario establecer límites? ¿Se encuentran a gusto, inseguras, ansiosas o provocadas ?

7. Estados fisiológicos y psicológicos.

Por último, deberían valorarse los estados psicológico y fisiológico una vez terminada la actividad sexual. Por lo que respecta al estado fisiológico, es importante saber si la persona ha alcanzado el orgasmo o clímax. Una descripción del estado psicológico podría incluir si la persona se encuentra alegre, satisfecha, relajada o triste, frustrada, enfadada o ansiosa.

Los aspectos mencionados más arriba se usan para precisar el objetivo, es decir la conducta o problema sexual, de manera que se puedan aplicarse las estrategias apropiadas o los métodos de intervención. Las estrategias y métodos de intervención se describirán en el informe final.

Bibliografía

Almas, E & Jensen, S.B. (1983). 6 aspects of Sexuality. *Nordisk Sexologi*, 1, 104-107 (in Danish)

Adams, W .V. & Sheslow, D.V. (1983) A developmental perspective of adolescence, In Schopler & Mesibov, G.B. (eds). *Autism in Adolescents and Adults*. Plenum Press, N.Y. and London.

American Psychiatric Association, (1986) *DSm III-R in Development*. Washington D.C. 1986

Brown, J.L. (1969). Adolescent development of children with Infantile Psychosis. *Seminars in Psychiatry*, vol 1, No 1, Feb, 1969

Buttenschøn, J. (1987). Sexual problems among the mentally retarded. In P. Hertoft (ed.) *Clinical Sexology*. Munksgaard, Copenhagen, Denmark (in Danish)

Buttenschøn, J. (1987) Sexuality of the mentally retarded. In *Sexuality and Health*. Nr. 2 (In Danish).

Craft, A. & Craft, M. (1978). Sex education for people with Autism. Structuring information and opportunities. In Cohen and Nonellean (eds.) *Handbook of Autism and Pervasive Developmental Mental Disorders*. Wile, N.Y.

De Myer, M.K. (1979). *Parents & Children in Autism*. John Wile & Sons, London

Dewey, M.A. & Everard, M.P. (1974). The near-normal autistic adolescent. *Journal of Autism and Childhood Schizophrenia*, Vol 4, No. 4.

Ford, A. (1987). Sex education for people with Autism. Structuring information and opportunities. In Cohen and Donellan (eds.). In *Handbook of Autism and Pervasive Developmental Mental Disorders*. Wile, N.Y.

Gillberg, C. & Schaumann, H. (1981). Infantile Autism and puberty. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. Vol. 2, No. 4. pp 365-371.

Gillberg, C. (1983). Adolescence in Autism. Awakening of sexual awareness. Paper presented at the 1983 Europe Autism Conference.

Gillberg, C. (1984). Autistic children growing up: Problems during puberty and adolescence. *Developmental Medicine and Child Neurosis* 26, 122-129.

Haracopos, D. & Kelstrup, A. (1975). Psychotic behaviour: An analysis of psychotic behaviour of children under the institutions for the mentally retarded. S.A. Materialer, Copenhagen, Denmark (In Danish).

Haracopos, D. (1988). Sexuality among autistic youngsters. *Specialpædagogik*, Nr. 2, Year 8. (In Danish).

Haracopos, D. (1988). What about me: About autistic children and youngsters. Andonia Publishing Co. Denmark (In Danish)

Haracopos, D. & Pedersen, L. (1990). Sexuality among autistic people. Sikon, Copenhagen (In Danish)

Haracopos, D. & Pedersen L, (1992). Diagnostic observation scheme for autistic youngsters and adults. Not in print (in Danish)

Haracopos, D. & Pedersen L. (1992). Questionnaire of sexual behaviour among autistic people. Not in print yet (in Danish)

Hertoft, P. (1987). *Clinical Sexology*. Munksgaard, Copenhagen, Denmark (In Danish).

Johansen, B. (1988). *The hidden desire*. Ekstrabladets Forlag, Copenhagen, Denmark (in Danish).

Kanner, L. Rodriguez, A. & Ashenden, B. (1972). How far can autistic children go in matters of social adaptation? *Journal of Autism and Childhood Schizophrenia*, Vol. 2, No. 1, pp 9-33.

Kreiner, S. (1987). Analysis of Multidimensional contingency. Tables by Exact Conditional Tests. *Scandinavian Journal of Statistics*. 14, 97-112.

Langfeldt, T. (1986). *Childrens' sexuality*. Mallings. Denmark (in Danish)

Lier, L. Isager, T., Jørgensen O.S. & Larsen, F.W. (1988). *Child Psychiatry*. Han Reitzels Publishing Co. Copenhagen, Denmark (In Danish)

Masters, W.H. & Johnson, V.E. & Kolodny, R.C. (1988). *Sexuality*, Gyldendal, Denmark.

Melone, M.B. & Lettich, A.L. (1983). Sex education at Benhaven. In Schopler, E. & Mesibov G.B. (eds). *Autism in Adolescence and Adults*. Plenum Press N.Y.

Mitchell, J. & Popkin, M. (1983). The pathophysiology of sexual dysfunction associated with antipsychotic drug therapy in males: A review. *Archives of Sexual Behaviour*. Vol. 12, No. 2. pp 173-183.

Mulhern, T.J. (1975). Survey of reported sexual behaviour and policies characterising residential facilities for retarded citizens. *American Journal of Mental Deficiency*. Vol.19. No. 6. pp 670-673.

Ousley, Y.O. & Mesibov, G.B. (1991). Sexual attitudes and knowledge of high-functioning adolescents and adults with Autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. Vol 212, Nr. 4, 8.

Pedersen, L. & Haracopos, D. (1988). Alternative treatment for 10 autistic youngsters af NyAllerødgaard/ Allerød, Denmark (in Danish)

Rutter, M. (1970). Autistic children: Infancy to adulthood. *Seminars in Psychiatry*. 2, pp 435-450.

Schopler, E. & Mesibov, G.B. (eds.). (1986). *Autism in Adolescents and Adults*. Plenum Press N.Y. & London

Schopler, E. & Mesibov, G.B. (eds.). (1986). *Social Behaviour in Autism*. Plenum Press N.Y. & London

Social Ministry (1989). Guidance on Sexuality - regardless of the handicap
Sikon,Copenhagen, Denmark (in Danish).

