



universidad
de León

TRABAJO FIN DE MÁSTER

del *Máster Universitario de Investigación en Ciencias
SocioSanitarias.*

Curso Académico 2015/2016.

Análisis de la eficacia de la educación
sexual, en un grupo de personas con
discapacidad intelectual.

*Analysis of the effectiveness of sex
education, in a group of people with
intellectual disabilities.*

Realizado por: Cristina González Fierro.
Dirigido por: Francisco Javier Pérez Rivera.
Olga Arias Gundín.

En León, a 06 de Septiembre de 2016.

VºBº DIRECTOR/A

VºBº AUTOR/A

“Nos gustaría agradecer el alto grado de compromiso y colaboración de todo el personal de AmiDown León y resaltar la buena aceptación que el estudio tuvo entre todos los participantes. Destacando de forma notoria, la gran motivación que les mueve para adquirir conocimientos.”

ÍNDICE

1. Resumen	4
2. Introducción.....	6
- 2.1 Discapacidad intelectual.....	6
- 2.2 La sexualidad en la discapacidad intelectual.....	7
- 2.3 La educación para la salud centrada en la sexualidad.....	8
3. Métodos.....	11
- 3.1 Diseño.....	11
- 3.2 Muestra.....	12
- 3.3 Instrumento de evaluación.....	13
- 3.4 Programa.....	14
- 3.5 Procedimientos.....	15
- 3.6 Análisis estadístico.....	17
4. Resultados.....	18
5. Discusión y conclusiones.....	23
6. Limitaciones del estudio	24
7. Futuras líneas de investigación	25
8. Declaración de intereses.....	25
9. Aspectos éticos	25
10. Bibliografía	26
11. Anexos.....	33
- 11.1. Anexo I. Cuestionario utilizado.....	33
- 11.2. Anexo II. Documentación entregada al centro.....	36

1. Resumen

Introducción.

La discapacidad intelectual, está caracterizada por limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual y la conducta adaptativa. Se manifiesta en las habilidades prácticas, sociales y conceptuales. La principal causa genética de retraso mental es el síndrome de Down. En España viven aproximadamente 34.000 personas con síndrome de Down.

La sexualidad ha de ser valorada como un aspecto individual, e innato al ser humano, basada en la expresión afectiva. Estando presente a lo largo de toda la vida de la persona.

Las personas con discapacidades intelectuales son más vulnerables al abuso y la explotación sexual. Una de las formas más eficientes de abordar esta problemática es realizando educación sexual.

Método.

El diseño del presente estudio está caracterizado por una intervención preexperimental de un solo grupo, con medidas pretest y posttest. El grupo está formado por diecisiete usuarios con discapacidad intelectual del centro AmiDown León. Con el objetivo de valorar la eficacia de un programa de educación para la salud, centrado en sexualidad. El programa está formado por cuatro bloques temáticos; relaciones sexuales, masturbación, anticoncepción y sexualidad. Son impartidos en cuatro sesiones formativas de 90 minutos de duración. Para medir los resultados hemos utilizado la adaptación del cuestionario General Sexual Knowledge Questionnaire.

El análisis de los datos lo llevamos a cabo teniendo en cuenta el grado de discapacidad intelectual y la ausencia o presencia del diagnóstico de síndrome de Down.

Resultados y discusión.

En cuanto a los resultados obtenidos, se observa una tendencia de mejora en el conocimiento, al incrementarse el número de respuestas acertadas. Aunque no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de análisis. No obstante, consideramos que aumentando el tiempo de la intervención educativa podríamos mejorar los resultados.

Palabras clave

- Educación sexual, Síndrome de Down, discapacidad intelectual, sexualidad.

1.1 Abstract

Introduction.

Intellectual disability is characterized by significant limitations in intellectual functioning and adaptive behavior. It manifests itself in practical, social and conceptual skills. The leading genetic cause of mental retardation is Down syndrome. In Spain approximately 34,000 people living with Down syndrome.

Sexuality must be valued as an individual aspect, and innate to human beings, based on affective expression. Being present throughout the entire life of the individual.

People with intellectual disabilities are more vulnerable to abuse and sexual exploitation. One of the most efficient ways of addressing this problem is making sex education.

Method.

The design of this study is characterized by a pre-experimental intervention of one group pretest posttest measures and. The group consists of seventeen users with intellectual disabilities AmiDown León center. In order to assess the effectiveness of a program of health education, focusing on sexuality. The program consists of four thematic blocks; sex, masturbation, contraception and sexuality. They are taught in four training sessions of 90 minutes. To measure the results we used the adaptation of the questionnaire General Sexual Knowledge Questionnaire.

The analysis of data we carry out taking into account the degree of intellectual disability and the absence or presence of diagnosis of Down syndrome.

Results and discussion.

As for the results, a trend of improvement in knowledge is observed by increasing the number of correct answers. Although no statistically significant differences we found between groups analysis. However, we believe that increasing the time of the educational intervention could improve results.

Keywords

- Sex education, Down syndrome, Intellectual Disability, sexuality.

2. Introducción.

2.1 Discapacidad intelectual.

A lo largo de la historia el concepto que actualmente denominamos como discapacidad intelectual ha ido adaptándose a los tiempos, utilizando una visión hacia el pasado podemos comprobar que han sido categorizados como seres asexuales, infantiles, subnormales, raros, poco atractivos (1-6).

En la actualidad, según el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales de la asociación estadounidense de psiquiatría, en su quinta edición (DSM- 5) se sustituye el término de retraso mental, que aparece en el (DSM-4), por el de trastorno del desarrollo intelectual (TDI), manteniéndose la subclasificación existente, aunque con los nombres de: TDI leve, TDI moderado, TDI severo, TDI profundo. También aparece el termino retraso global del desarrollo, para niños menores de cinco años (por retraso mental de gravedad no especificada). Los TDI quedan englobados, en DSM-5, dentro de los trastornos del neurodesarrollo. (7).

En España, las personas con discapacidad intelectual o del desarrollo, están representadas por la organización “Plena inclusión” (antigua FEAPS) Define la discapacidad intelectual utilizando la definición de la asociación americana de retraso mental (AAMR). “Es una discapacidad caracterizada por limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual y en la conducta adaptativa que se manifiesta en habilidades adaptativas conceptuales, sociales, y prácticas” (8-11)

La principal causa genética de retraso mental es el síndrome de Down. El síndrome de Down es un trastorno genético, trisomía del cromosoma 21. Poseen características físicas y mentales particulares (12-16). En España viven aproximadamente 34.000 personas con síndrome de Down (17).

2.2 La sexualidad en la discapacidad intelectual.

La OMS define la sexualidad “como un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida que abarca al sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual” (18).

La sexualidad forma parte del ser humano de forma inherente a cada persona, manifestándose a lo largo de toda la vida (1, 19). Constituida por aspectos que guardan relación con el vivir de cada día, lo privado y lo público, el contacto y los límites, las habilidades sociales, las relaciones, la pubertad, las actividades sexuales, la toma de decisiones, la salud, la seguridad, la satisfacción de deseos. Supone una interacción de los factores biológicos, psicológicos, emocionales y sociales, con una fuerte influencia cultural y ética (1,2, 20).

Haciendo referencia a la sexualidad como un elemento global de expresión afectiva, identidad sexual, erotismo, no meramente desde la perspectiva genital y reproductiva (19, 21-23). El interés sexual se despierta aproximadamente a las mismas edades entre personas con discapacidad intelectual que sin ella (9, 24).

Siguiendo a Dayna Vastarella y Mónica Pacheco (25) la sexualidad engloba toda la persona y poseer un nivel intelectual diferente, no significa tener una sexualidad diferente. La sexualidad de cualquier persona está sugestionada por la sociedad, a esta circunstancia se añaden los prejuicios que la sociedad muestra hacia las personas con discapacidad intelectual, limitando un normal desarrollo de la sexualidad (1,15, 21, 26).

La sexualidad continúa siendo un tema tabú en muchos ámbitos (19, 27). Históricamente en el contexto de la discapacidad intelectual, se crearon dos corrientes opuestas, por un lado, prohibía o mostraba imposible tener necesidades sexuales (28, 29) y por otro se consideraban como obsesos sexuales peligrosos, capaces de realizar delitos sexuales o teniendo conductas inadecuadas en público (28, 30).

En cuanto a la actividad sexual en la discapacidad intelectual, en una encuesta realizada en el año 1999 a 60 jóvenes australianos con discapacidad intelectual, con el objetivo de describir el nivel de conocimientos sexuales, el 18% refieren mantener relaciones sexuales con frecuencia y el 42% refiere haber mantenido al menos una relación sexual (31). Como cita Chamberlain (32) en un estudio realizado en USA en el año 1983 con 87 mujeres, el grado de discapacidad, es determinante a la hora de mantener relaciones sexuales, en personas con discapacidad severa 9%, con grado moderado 31% y con discapacidad leve 50%.

Abordando el aspecto de la fertilidad, las mujeres con discapacidad intelectual poseen un número reducido de folículos y una mayor prevalencia de atresia. Pero no presentan alteraciones en la meiosis, por lo que son mujeres fértiles. En cuanto a los hombres poseen mayor prevalencia de infertilidad, debido a la imposibilidad de producir gametos viables (33-35).

La literatura revisada ha evidenciado, que las personas con discapacidad intelectual tienen problemas para expresar sus sentimientos y deseos (2, 4, 36). Por diversos motivos, como por ejemplo el temor a la reacción de sus familiares y tutores (37, 38). Desde la perspectiva de los jóvenes con discapacidad intelectual, citan la falta de privacidad e intimidad como el elemento limitador de su desarrollo sexual (2, 39). Siendo la familia los encargados de controlar este tipo de situaciones (28, 38).

2.3 La educación para la salud centrada en la sexualidad.

Haciendo alusión a la educación uno de los pilares considerado como primario y más importantes es el ámbito familiar, seguido de los profesionales implicados en la atención directa del discapacitado intelectual, como pueden ser; profesores, cuidadores, personal sanitario...

La bibliografía consultada afirma que los padres son considerados los educadores primarios de sus hijos (5, 27, 37, 40). Una de las múltiples líneas de debate en sexualidad, se abre al realizar la pregunta ¿Qué conocen los padres sobre la sexualidad de sus hijos? Isler A, en el año 2009 encuestó a 40 padres y casi la mitad, refieren saber que sus hijos se masturban; el resto lo desconoce o rechazaba la idea (27).

Uno de los principales miedos que surge en los padres, cuando sus hijos muestran interés sexual es el miedo al embarazo no deseado, (40- 42). El nivel de información, la naturalidad con la que se aborden los aspectos a tratar y la relación de confianza que se establezca entre padres e hijos son los pilares fundamentales para una buena comunicación (23,27).

En cuanto a los profesionales implicados en la atención directa de los discapacitados intelectuales es imprescindible sensibilizarlos acerca de la necesidad de ofrecer información y orientación integral sobre sexualidad a los discapacitados (43). Los profesionales de la salud deben ser preparados para proporcionar asesoramiento sexual a discapacitados intelectuales y a su vez integrar a los padres para poder adecuar su actitud hacia la autonomía se la satisfacción del deseo sexual de sus hijos (40).

El personal que trabaja en relación con personas con discapacidad intelectual ejercen una fuerte influencia sobre la percepción de ellos mismos y del mundo (22, 44) En el año 2005 en Florida, Howard- Barr EM, Rienzo BA, Pigg M, Cronogram James D (45) encuestaron a 494 profesores de educación especial, sobre sexualidad y educación sexual. El 96% de los educadores piensan que la educación para la salud centrada en la sexualidad debe comenzar en la escuela. La mayoría informó que se consideraba poco preparado para ofrecer esta educación. Este estudio apoya la colaboración entre educadores de la salud y maestros de educación especial para adaptar los programas de la sexualidad.

En cuanto a los programas formativos, deben estar desarrollados por un equipo multidisciplinar, compuesto por maestros, psicólogos, trabajadores sociales, enfermeros, incluyendo de forma activa a las familias (29, 39, 45) apropiándolos a la edad y adecuándolos a su nivel comprensivo (26, 28, 38, 42) incluyendo las expectativas y opiniones de los discapacitados a los que va dirigido el proyecto (1, 26, 36, 37).

Uno de los temas con mayor polémica en relación a la sexualidad de las personas con discapacidad intelectual es la esterilización quirúrgica. Solo debería ser planteado en discapacitados mentales pensando en su propio bien; nunca para ahorrar responsabilidad a la familia o a la sociedad (principio de no maleficencia). Un estudio realizado en Bruselas, en el 2009, encuestando al 97% de las mujeres con discapacidad intelectual, inscritas en las instituciones acreditadas por el gobierno, con edades comprendidas entre 18-46 años, concluye que, un 22 % de los discapacitados encuestados son esterilizados, por lo que tiene una prevalencia tres veces mayor a la población sin discapacidad intelectual (46, 47). En la segunda mitad del siglo XIX se realizaba la esterilización obligatoria, con el fin de reducir la herencia de la alteración cromosómica (42-48). La persona esterilizada no nos exime de la responsabilidad de proporcionarle una tutela de calidad. La protección a los abusos se puede potenciar desde el núcleo familiar y trabajar de manera conjunta con la sociedad en general. Como concluye en su artículo Varas Cortes J (42).

Cabe destacar por la magnitud de sus consecuencias, uno de los objetivos de la educación sexual, como es la disminución del abuso sexual. En uno estudio descriptivos realizado por Sobsey D (49) con una muestra de 160 personas con discapacidad intelectual con el fin de conocer relaciones entre discapacitados y el abuso sexual, concluyo que el rango de edades entre los que se produce un mayor número de casos se abusos se encuentra ente 7 y 12 años, siendo en su mayoría mujeres. En el 19.6% de los casos el abuso a discapacitados era cometido por una persona del círculo cercano a la víctima.

Las personas con discapacidades mentales son más vulnerables al abuso y la explotación sexual (9, 50), debido a su dependencia, las inseguridades emocionales y sociales y la falta de educación sobre la sexualidad (2- 4, 11, 36). El porcentaje de las personas que han recibido educación sexual varía significativamente en presencia de una discapacidad intelectual, en un estudio realizado con 120 personas, 60 de ellas con discapacidad intelectual y 60 sin ella, se demostró que el 98% de las personas sin discapacidad han recibido educación sexual, frente al 55% de las personas con discapacidad (4, 37, 38). Estos datos refuerzan que las personas con discapacidad intelectual tienen un nivel inferior de conocimientos en sexualidad que las personas sin discapacidad (31, 38, 39).

Siguiendo a Mónica Baca en su proyecto educativo desarrollado en Sevilla en el año 2014 (51). El 83% de mujeres y el 32% de varones adultos con discapacidad intelectual sufren abusos sexuales, teniendo una mayor probabilidad de ser abusados repetidas veces, ya que sólo se denuncian el 3% de los casos ocurridos. Aysegül Isler Fatma Tas Dilek Beytut Zeynep Conk (37) concluyen que veinte, de las sesenta personas con discapacidad intelectual analizadas en su estudio descriptivo, refieren haber recibido tocamientos sin su consentimiento.

Ante la necesidad de disminuir el abuso sexual en los discapacitados, se pretende actuar de forma eficaz mediante la educación para la salud. Como es el caso del proyecto realizado por Boca Bocanegra y colaboradores (51). Afirman que la educación sexual consiste en la prevención del abuso sexual y su ausencia es la responsable de los abusos sexuales. La falta de información y educación sexual en la escuela y en casa, la tendencia a educar socialmente a las personas con discapacidad intelectual para ser afables y obedientes, la dependencia de otros que les prestan atención y apoyo, el sufrir aislamiento y soledad social son los factores de riesgo que les hacen más vulnerables al abuso.

Debemos trabajar en educación sexual de forma progresiva y continua a lo largo de la vida. Debido a que la sexualidad se desarrolla durante toda la vida (28, 44). Iniciando tan pronto como sea posible y manteniendo durante todas las etapas evolutivas de la vida. Para normalizar e integrar la sexualidad de forma satisfactoria en el día a día. Y así conseguir aumentar progresivamente su grado de autonomía e inclusión en la sociedad (22, 27, 38, 26, 52) “Los derechos sexuales y reproductivos, son derechos básicos de las personas a acceder y obtener información, servicios y apoyo necesarios, para alcanzar una vida sana, libre y plena en el ámbito de la salud sexual y reproductiva” (42).

La educación impartida en sesiones suele ofrecer grandes ventajas y avances, como describen en la estrategia educativa Pineda Pérez. E Gutiérrez Baró. E, Díaz Franco AM incrementando el conocimiento de padres y madres sobre el maltrato infantil y sus factores de riesgo asociados (5). Para el desarrollo de las habilidades emocionales y destrezas sociales que no son espontáneas en personas con Síndrome de Down las recomendaciones incluyen conocer algunos aspectos diferenciales de su desarrollo, sus capacidades y su forma de aprender e incorporar estos aspectos en un aprendizaje dirigido y continuo (53).

En la 58ª asamblea mundial de la salud (OMS), se recomendó incluir a las personas con discapacidad intelectual, en materia de políticas y programas de salud sexual y salud preventiva, utilizando como indicador de salud el comportamiento sexual responsable (54).

El **objetivo general** del presente proyecto de investigación es, evaluar la eficacia de un programa de educación para la salud, centrado en sexualidad, en personas con discapacidad intelectual; de este modo establecemos como *hipótesis* el aumento de conocimientos en sexualidad de los participantes en el estudio.

3. **Métodos**

3.1 **Diseño.**

Para desarrollar el presente estudio se siguió un diseño preexperimental, de un grupo único, de medidas repetidas (pretest - posttest).

Descripción de las variables del estudio

En la tabla 1 se recogen las variables objeto de estudio, tanto las de identificación como las de carácter dependientes e independientes.

Tabla 1. Descripción de las variables de estudio.

Variables del estudio	Contenido
Identificación	Sexo y edad. Diagnostico.
Dependiente	Valoración de conocimientos relacionados con la sexualidad.
Independiente	El programa de educación para la salud, centrado en la educación sexual.

3.2 Muestra.

La población a la que va dirigido el estudio son todas las personas con discapacidad intelectual de la asociación sin ánimo de lucro AmiDown León. Actualmente a la asociación acuden 24 usuarios con edades comprendidas entre 17 y 37 años.

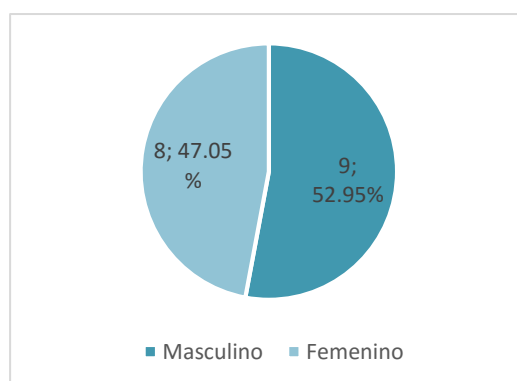
La técnica de elección de la muestra utilizada ha sido a conveniencia, dado que los padres / tutores han autorizado por escrito la inclusión de sus hijos / tutorizados en el presente estudio de investigación. Hemos incluido a los usuarios que cumplieren con unas características suficientes de lecto-escritura, nivel de expresión y comprensión adecuado al proyecto. Hemos seleccionado como criterios exclusión, a los usuarios que debido a su capacidad cognitiva no les permitió llevar un buen seguimiento del programa y aquellos que no fueron autorizados por sus padres/ tutores, o no pudieron acudir al centro por motivos de salud. De esta forma quedó constituida una muestra de 17 usuarios.

Tabla 2. Distribución de la muestra.

	Grado de discapacidad		Total
	Leve	Moderado	
No síndrome de Down	4	1	5
Síndrome de Down	9	3	12
	13	4	17

En la tabla 2, hemos recogido la distribución de la muestra en función de si están diagnosticados o no de síndrome de Down y el grado de discapacidad intelectual que presentan. Esta categorización se elaboró con los diagnósticos proporcionados por el centro.

Grafica 1. Distribución por sexos.



El rango de edades, de la muestra está comprendidas entre 17 y 36 años. Con una media de edad de 24,12 años (DT= 5.476). Recogiéndose en la gráfica 1, la distribución de la muestra por géneros (8 mujeres y 9 hombres).

3.3 Instrumento de evaluación.

Como instrumento de evaluación hemos utilizado una adaptación española realizada ad hoc, no validada del cuestionario General Sexual knowledge Questionnaire de Talbot, T. J., y Langdon, P. E. (QSKQ) (58). En su versión original en inglés, el General Sexual Knowledge Questionnaire, está validado y consta de dos bloques claramente diferenciados:

1. Fisiología. Se presentan dos imágenes del cuerpo humano una masculina y otra femenina; teniendo que identificar en la imagen las diferentes partes del cuerpo humano.
2. Preguntas de carácter abierto en las que hay que resolver 47 ítems relacionados con conocimientos teóricos divididos en cinco categorías:
 - Coito sexo y masturbación; comprende preguntas definitorias de conceptos, incesto, eyaculación, impotencia, efectos positivos y negativos de la masturbación,
 - Embarazo; duración, cuándo es posible quedarse embarazada, por dónde es expulsado el bebé en el parto, qué une el cordón umbilical.
 - Contracepción; diferentes tipos de anticonceptivos, dónde se pueden comprar, cómo funcionan los métodos anticonceptivos.
 - Enfermedades de transmisión sexual; nombrar diferentes enfermedades, síntomas, método de evitarlas.
 - Sexualidad. Definición de homosexual, bisexual y heterosexual.

La versión utilizada en este estudio, la hemos elaborado a partir de las recomendaciones realizadas por el equipo multidisciplinar del centro AmiDown León, tras valorar las necesidades individuales de los participantes. Seleccionando así, 33 ítems contenidos en el cuestionario QSKQ. Estos ítems fueron traducidos y categorizados en tres bloques temáticos; relaciones sexuales, anticoncepción, y sexualidad. Se adjunta en el anexo I.

En el primer bloque temático está constituido por siete preguntas abiertas que hacen referencias a las *relaciones sexuales*: ¿qué es el sexo?, ¿qué significa ser virgen?, ¿se puede tener relaciones sexuales con una mujer cuando está con la regla?, ¿qué es una erección?, ¿qué significa impotencia?, ¿qué es una prostituta?, ¿qué significa la palabra incesto?

En el segundo bloque temático se centra en *la anticoncepción y la masturbación*, se realiza una pregunta dicotómica y seis abiertas. La dicotómica es ¿tiene la masturbación efectos negativos sobre la salud? Sí/NO. Mientras que las de carácter abierto son: ¿qué significa masturbarse?, ¿qué significa anticoncepción?, nombra tres métodos anticonceptivos, ¿cómo funcionan?, nombra tres lugares donde puedas comprar métodos anticonceptivos, nombra otros métodos anticonceptivos.

En el tercer bloque temático se realizan tres preguntas abiertas sobre *sexualidad*: ¿qué es ser homosexual?, ¿qué es ser heterosexual?, ¿qué es ser bisexual?

En cuanto a la operativización de las respuestas, se tomó la decisión de categorizar en tres grupos, las preguntas que no contestan se han marcado en blanco, las respuestas erróneas con un cero y las respuestas acertadas con un uno.

3.4 Programa.

El programa está constituido de cuatro sesiones de una duración aproximada de 90 minutos, con una frecuencia semanal, impartidas por las tutoras de referencia de cada grupo de trabajo.

En la tabla 3 se recoge de forma sintetizada los aspectos más relevantes del programa en la que se describen los contenidos principales de las cuatro sesiones realizadas.

Presentamos el programa a las tutoras de cada grupo de trabajo en presencia de la responsable de formación del centro. Explicando el contenido de cada una de las sesiones. A su vez, se proporcionó el material educativo junto a las técnicas apropiadas para tratar de forma específica y dinámica cada uno de los contenidos. Este material formativo se recoge en el anexo II.

Tabla 3. Descripción del programa.

Intervención	Contenido
Primera sesión	1.1. Concepto de sexualidad. La sexualidad a lo largo de la vida. 1.2. Identidad Sexual: "Soy chico/ soy chica". 1.3. Roles de género. 1.4. Aspectos relacionados con el hecho sexual del ser humano. 1.4.1. Orientación sexual.
Segunda sesión	2.1. Sexualidad evolutiva: Aspectos que tenemos que trabajar en cada etapa evolutiva según los objetivos planteados: cambios corporales, fisiológicos en las diferentes etapas. 2.2. Menstruación. 2.3. Erección, eyaculación.
Tercera sesión	3.1. Uso de métodos anticonceptivos: 3.1.1. ¿Los conocen? 3.1.2. ¿Qué conocen de ellos? 3.1.3. ¿Los usan? 3.1.4. ¿Cómo los usan? ¿Qué dificultades tienen para usarlos? 3.1.5. ¿Saben reducir sus riesgos? 3.2. El preservativo.
Cuarta sesión	4.1. Respeto al derecho del otro. Saber decir NO y también saber respetar el NO ajeno. 4.2. Intimidad y respeto. Abusos. 4.3. El espacio público y privado. 4.4. Asunción del propio deseo, sin imponerlo ni supeditarlo a otras personas, aceptando las propias necesidades y emociones y las de las demás personas. 4.5. La masturbación.

3.5 Procedimientos.

El presente estudio se ha desarrollado durante siete meses, desde enero hasta julio de 2016, como a continuación se detalla en la tabla 4.

Comenzamos realizando una revisión bibliográfica en bases de datos: Pubmed, Cuiden, Scielo. Se consultaron libros de la biblioteca ULE y webs de organizaciones OMS, Down España. Utilizando como criterio de inclusión, los temas relacionados con sexualidad, discapacidad intelectual, síndrome de Down.

Tabla 4. Cronograma.

Descripción	Duración	Profesionales implicados
Inicio del proyecto.	Búsqueda de información. Enero	Enfermeras.
Preparación previa.	Durante dos meses. febrero y marzo. Entrega de consentimientos informado.	Psicólogo del centro. Tutoras del centro. Enfermeras.
Pretest.	Realización individual del cuestionario (pretest).	Enfermeras. Tutoras del centro.
Intervención educativa.	Durante dos meses consecutivos abril y mayo.	Enfermeras. Tutoras del centro. Psicólogo.
Posttest.	Realización individual del cuestionario (posttest).	Enfermeras. Tutoras del centro.
Análisis de datos.	Durante un mes junio. Utilizando el SPSS.	Enfermeras.
Cierre del proyecto.	Revisión y mejora. Durante el mes de Julio.	Enfermeras

Tras varias reuniones con el equipo directivo de Amidown León, el personal encargado de la formación, psicólogo, y enfermeras participantes, se acordó presentar el proyecto a todos los padres/tutores de los usuarios del centro, entregando una autorización escrita para ser completada y firmada por los padres/tutores de los interesados. De este modo se recibieron 17 autorizaciones firmadas. Aceptando la inclusión en el presente estudio.

La preparación previa tuvo lugar en el mes de marzo. Durante este mes se adaptó el material didáctico necesario para llevar a cabo la intervención educativa, así como los instrumentos de medida que se iban a utilizar.

La intervención educativa la hemos realizado de forma grupal, estando constituida de cuatro sesiones de 90 minutos cada una de ellas y con una frecuencia semanal. Hemos utilizado los mismos grupos de trabajo que estaban asignados en el centro con anterioridad al estudio. Se trata de tres grupos heterogéneos, con diferentes niveles de comprensión, edad y diagnóstico. Las sesiones han sido impartidas en las aulas de las instalaciones de AmiDown León, adecuadas con el material necesario. La primera sesión abordó conceptos clave de la sexualidad, la identidad sexual. La segunda sesión trata temas como, la sexualidad evolutiva, la menstruación, la erección y la eyaculación. En la tercera sesión se centra en los anticonceptivos.

Para contrastar la eficacia del programa administramos la adaptación ad hoc QSKQ, antes y después del mismo. Destacamos el hecho de que para la cumplimentación del cuestionario QSKQ se tuvieron en cuenta las características personales de cada usuario, valorando la capacidad individual de lecto-escritura, realizando en cuatro individuos en particular, el cuestionario de forma individualizada tanto en el pretest como en el posttest. El resto de personas, completaron los test en presencia de la enfermera investigadora de forma individual, en la misma aula compartida con los compañeros asignados a su grupo.

3.6 Análisis estadístico.

Lo primero que hicimos fue comprobar si las variables objeto de estudio cumplían los criterios de normalidad, es decir, de asimetría y curtosis, según Finney y DiStefano (55) para determinar el tipo de análisis estadístico que podíamos realizar. Dado que todas las variables cumplen los criterios de normalidad se aplicaron pruebas paramétricas, la prueba t de student para grupos independientes y análisis de covarianza (Ancova) para grupos relacionados.

4. Resultados.

Hemos analizado la eficacia del programa a través del conocimiento en educación sexual que presentan los usuarios, antes y después del mismo; para ello hemos operativizado dicho cuestionario a través de un cuestionario que clasifica dicho conocimiento en tres bloques; relaciones sexuales, anticonceptivos y sexualidad. A su vez analizamos tanto las preguntas contestadas como las no contestadas de cada uno de los tres bloques.

Comenzamos el análisis estadístico comprobando si las variables objeto de estudio cumplen los criterios de distribución normal. Como puede observarse en la tabla 5 todas las variables cumplen dichos criterios, por ello aplicamos las pruebas paramétricas.

Tabla 5. Estadísticos descriptivos de las variables objeto de estudio.

	<i>Media</i>	<i>DT</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>Asimetría</i>	<i>Curtosis</i>
<i>Relaciones sexuales</i>	2.24	1.924	0	7	0.784	-0.065
<i>Anticonceptivos</i>	0.88	1.409	0	5	1.601	1.630
<i>Sexualidad</i>	0.65	1.012	0	3	1.159	-0.209
<i>Relaciones sexuales NC</i>	3.00	2.871	0	9	0.645	-0.689
<i>Anticonceptivos NC</i>	2.38	2.104	0	5	0.144	-0.1744
<i>Sexualidad NC</i>	1.06	1.301	0	3	0.674	-1.367

El segundo paso fue contrastar si en el pretest había diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de estudio, para ello se utilizó la prueba t de student dado que eran dos muestras independientes. En relación al diagnóstico en presencia o no de síndrome de Down, se observan diferencias estadísticamente significativas en las variables relaciones sexuales y anticonceptivos, presentando siempre un mayor conocimiento aquellos participantes que no tenían síndrome de Down. Estos datos se representan en la tabla 6.

Tabla 6. Estadísticos del análisis t de student en el pretest en función del diagnóstico en base al Síndrome de Dow.

<i>Variables</i>	<i>Síndrome de Down M (DT)</i>	<i>No Síndrome de Down M (DT)</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
<i>Relaciones sexuales</i>	1.25 (0.754)	2.60 (2.408)	14.025	0.002
<i>Anticonceptivos</i>	0.33 (0.651)	1.20 (1.789)	11.413	0.004
<i>Sexualidad</i>	0.33 (0.778)	0.40 (0.548)	0.100	0.756
<i>Relaciones sexuales NC</i>	4.50 (1.977)	4.00 (3.391)	3.924	0.660
<i>Anticonceptivos NC</i>	3.25 (2.050)	2.80 (2.280)	0.008	0.929
<i>Sexualidad NC</i>	1.25 (1.422)	1.60 (1.342)	0.494	0.493

En relación con el grado de discapacidad intelectual, en el pretest, observamos diferencias estadísticamente significativas en tres variables: anticonceptivos, sexualidad y número de preguntas no contestadas en relación a los métodos anticonceptivos, tal y como observamos en la tabla 7.

Tabla 7. Estadísticos del análisis t de student en el pretest en función del grado de discapacidad.

<i>Variables</i>	<i>Leve M (DT)</i>	<i>Moderado M (DT)</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
<i>Relaciones sexuales</i>	1.62 (1.710)	1.75 (0.500)	2.049	0.173
<i>Anticonceptivos</i>	0.77 (1.235)	0.00 (0.000)	6.179	0.025
<i>Sexualidad</i>	0.46 (0.776)	0.00 (0.000)	9.751	0.007
<i>Relaciones sexuales NC</i>	4.08 (2.499)	5.25 (1.893)	0.536	0.475
<i>Anticonceptivos NC</i>	2.54 (2.025)	5.00 (0.00)	22.754	0.000
<i>Sexualidad NC</i>	1.23 (1.363)	1.75 (1.500)	0.022	0.884

El tercer paso, tomando en consideración que hemos detectado diferencias estadísticamente significativas en el pretest para comprobar la eficacia del programa se llevaron a cabo análisis de covarianza.

Utilizando como covariable la presencia o no del síndrome de Down, observamos diferencias estadísticamente significativas en el bloque de relaciones sexuales y en los anticonceptivos.

Como puede observar en la tabla 8, cabe resaltar las variables en las que hemos encontrado diferencias estadísticamente significativas sin influencia de la covariable que son las preguntas no contestadas sobre los métodos anticonceptivos y las relaciones sexuales; aquella otra en que la covariable influye de forma significativa como es las relaciones sexuales; y por último, la variable anticonceptivos muestra influencia de la covariable aunque no en del momento.

Tomando en consideración el grado de discapacidad intelectual, puede observarse que hay diferencias estadísticamente significativas sin influencia de la covariable en la variable de preguntas no contestadas sobre las relaciones sexuales, y con influencia de la covariable en las preguntas con contestadas sobre los métodos anticonceptivos.

Tabla 8. Análisis de la eficacia del programa de intervención utilizando como covariables el diagnóstico de Síndrome de Down y el grado de discapacidad intelectual.

Variables	<i>Síndrome de Down</i>				<i>Discapacidad intelectual</i>			
	Momento		Diagnostico		Momento		Diagnostico	
	F	p	F	p	F	p	F	p
<i>Relaciones sexuales</i>	4.159	0.050	8.010	0.008	3.346	0.077	0.386	0.539
<i>Anticonceptivos</i>	1.800	0.189	7.300	0.010	1.561	0.221	2.220	0.146
<i>Sexualidad</i>	3.138	0.086	1.883	0.180	3.125	0.087	1.649	1.753
<i>Relaciones sexuales NC</i>	9.222	0.005	0.084	0.774	9.680	0.004	1.627	0.212
<i>Anticonceptivos NC</i>	4.504	0.042	0.277	0.603	5.683	0.023	8.463	0.007
<i>Sexualidad NC</i>	1.749	0.196	0.490	0.489	1.791	0.191	1.240	0.274

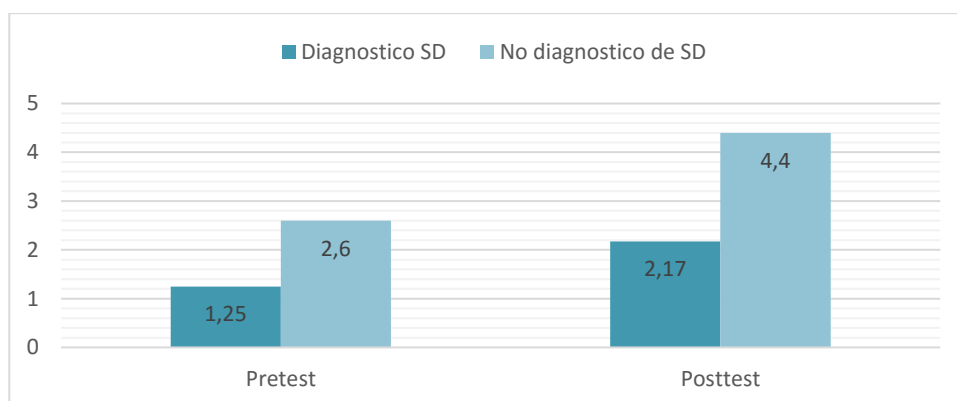
Para finalizar el análisis estadístico realizamos el paso cuarto, comprobando si se mantienen o no las diferencias estadísticamente significativas del pretest en los grupos en función del diagnóstico, utilizando para ello la prueba de t de student.

Tabla 9. Estadísticos del análisis t de student en el posttest, en función del diagnóstico en base al Síndrome de Dow.

Variables	Síndrome de Down M (DT)	No Síndrome de Down M (DT)	F	p
Relaciones sexuales	2.17 (1.899)	4.40 (2.074)	0.001	0.975
Anticonceptivos	0.67 (1.497)	2.40 (1.342)	0.056	0.816
Sexualidad	0.67 (0.985)	1.60 (1.517)	3.692	0.074
Relaciones sexuales NC	1.67 (2.934)	1.60 (2.510)	0.182	0.676
Anticonceptivos NC	1.75 (2.094)	1.40 (1.673)	2.066	0.171
Sexualidad NC	0.67 (1.155)	1.00 (1.414)	0.856	0.369

No se adquiere significación estadística en ninguna de las variables, presentando siempre un mayor conocimiento aquellos participantes que no tenían síndrome de Down y respondiendo más preguntas las personas sin diagnóstico de síndrome de Down, salvo en el apartado de sexualidad.

Gráfico 2. Grafico comparativo de los valores obtenidos en el pretest y posttest.



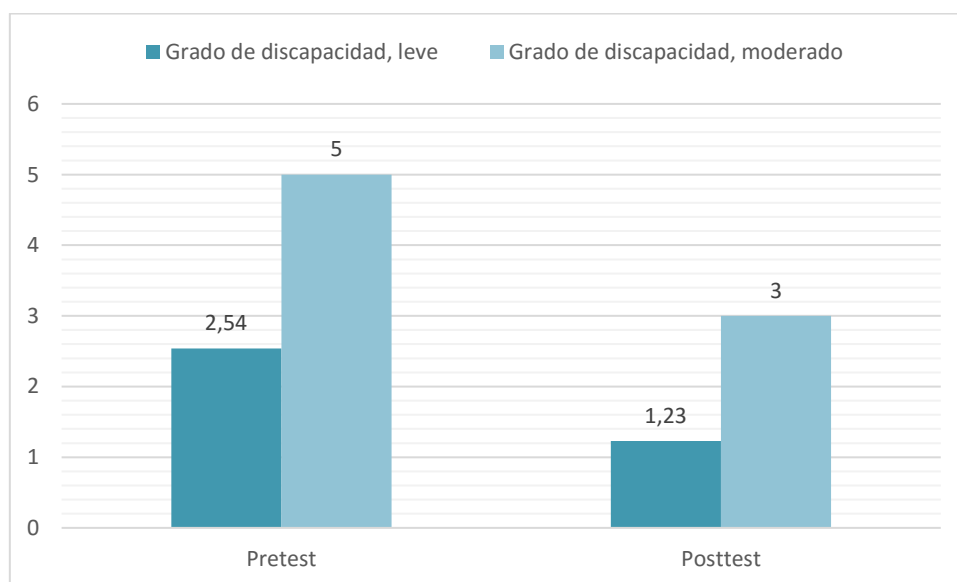
En el gráfico 2 podemos observar que para la variable relaciones sexuales, el programa ha sido eficaz en los dos grupos, tanto en los diagnosticados de síndrome de Down como los que no. No obstante, cabe constatar que la efectividad ha sido mayor en el grupo diagnosticado con síndrome de Down, (p 0.975) consiguiendo incluso desaparecer la diferencia estadísticamente significativa que había entre ambos grupos al comenzar el programa (p 0.002).

Tomando en consideración el grado de discapacidad intelectual, podemos observar en la tabla 10 que únicamente se mantienen las diferencias estadísticamente significativas en el posttest en la variable anticonceptivos.

Tabla 10. Estadísticos del análisis t de student en el posttest, en función del grado de discapacidad intelectual.

<i>Variables</i>	<i>Leve M (DT)</i>	<i>Moderado M (DT)</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
<i>Relaciones sexuales</i>	3.08 (2.290)	2.00 (1.633)	1.062	0.319
<i>Anticonceptivos</i>	1.38 (1.805)	0.50 (0.577)	6.462	0.023
<i>Sexualidad</i>	1.08 (1.256)	0.50 (1.000)	3.522	0.080
<i>Relaciones sexuales NC</i>	1.31 (2.840)	2.75 (2.363)	0.020	0.888
<i>Anticonceptivos NC</i>	1.23 (1.739)	3.00 (2.160)	0.031	0.863
<i>Sexualidad NC</i>	0.62 (1.193)	1.25 (1.258)	0.033	0.858

Grafico 3. Gráfico comparativo de los valores obtenidos en el pretest y posttest.



En el gráfico 3 podemos observar que para la variable anticonceptivos no contestadas, el programa ha sido eficaz en los dos grupos, tanto en los diagnosticados de síndrome de Down como los que no. No obstante, cabe constatar que la efectividad ha sido mayor en el grupo diagnosticado con síndrome de Down, (p 0.863) consiguiendo incluso desaparecer la diferencia estadísticamente significativa que había entre ambos grupos al comenzar el programa (p 0.000).

5.- Discusión y conclusiones.

Nos gustaría resaltar los pocos estudios que hemos encontrado en cuanto a la efectividad de la educación para la salud sexual en discapacidad intelectual.

Comparando los resultados obtenidos con otros estudios similares, como por ejemplo el realizado en Oviedo en el año 2006 por Alcedo Rodriguez MA, Aguado Oraz, AL, Arias Martínez B (56) con una muestra de 28 personas con discapacidad intelectual, 13 chicos y 15 chicas, con edades comprendidas 20 y 40 años. La comparación pretest y posttest: En 14 de los 17 ítems de la entrevista las diferencias resultan estadísticamente significativas a favor de la segunda medida. Este ensayo supera en 10 individuos nuestra muestra y consigue significación estadística en 14 ítems.

Navarro Y, Torrico E, López M^a J. En la universidad de Huelva en el año 2010 (57) realizaron un estudio constituido por una muestra de 37 personas con discapacidad (17 hombres y 20 mujeres). Analizar los resultados de la aplicación de un programa de intervención psicosexual en personas con discapacidad intelectual. Como instrumentos de medida, se utilizaron cuestionarios, basados en conocimientos sobre SIDA y hábitos sexuales. Tras la intervención, el número de personas que conoce los métodos existentes para prevenir el embarazo aumentó. En el concepto de SIDA no hay diferencias significativas. Si se detectan diferencias significativas en el conocimiento de las vías de transmisión.

Aysegul Isler Fatma Tas Dilek Beytut Zeynep Conk (37) En su estudio descriptivo con 60 estudiantes., realizado en Turquía en 2009. Obtuvieron unos resultados inferiores, el 16,6% de los jóvenes refiere haber recibido educación sexual. Frente al 70.85% de las personas que refieren haber recibido formación sexual en nuestro estudio.

Como reflejan los datos obtenidos en nuestro estudio, la muestra seleccionada aporta bajos niveles de conocimiento sobre sexualidad.

Tras las cuatro sesiones recibidas el número de respuestas ha aumentado, también el número de aciertos. Por lo tanto, podemos afirmar que, tras la intervención educativa, los participantes contestan más preguntas, un mayor número de respuestas bien contestadas. Se abre una interesante línea de trabajo en cuanto al tiempo dedicado a la intervención educativa y las mejoras evidenciadas tras la formación educativa.

El objetivo general del presente proyecto de investigación es, evaluar la eficacia de un programa de educación para la salud, centrado en sexualidad, en personas con discapacidad intelectual. Con los resultados que hemos obtenido, podemos confirmar la hipótesis establecida, puesto que los participantes en el estudio han aumentado los conocimientos en sexualidad, tras las intervenciones educativas realizadas. De este modo podemos afirmar que hemos cumplido el objetivo del presente proyecto de investigación.

6. Limitaciones del estudio.

En cuanto al instrumento de medida seleccionado para analizar la eficacia de la educación sexual en un grupo de personas con discapacidad intelectual cabe resaltar que hemos utilizado ciertos ítems, seleccionados a conveniencia por el equipo profesional de la entidad Amidown León, del test QSKQ de Talbot, T. J., y Langdon, P. E. (54). Hemos realizado nosotros mismos la traducción al español del inglés, de los apartados seleccionados. A su vez sería interesante refinar la valoración del cuestionario pues consta de preguntas abiertas. La valoración efectuada de cada uno de estos ítems, ha sido muy limitada, solo hemos podido dar por acertada o errónea cada uno de estas respuestas, sin poder cuantificar el grado de acierto.

Hemos dispuesto de un tiempo muy limitado para realizar el estudio, queremos resaltar la condición de la intervención educativa. Hemos obtenido una tendencia de mejora en tan solo cuatro sesiones formativas, de una duración aproximada de 90 minutos cada una de ellas, nos hace reflexionar sobre la posibilidad de incluir la sexualidad en la programación anual de formación en los centros.

El número de participantes en el estudio, ha sido otro factor limitante. Al tratarse de un tema tan controvertido como es la sexualidad, el grado de participación se ve afectado, por temor, vergüenza, experiencias traumáticas.

7. Futuras líneas de investigación.

Consideramos ventajoso, abordar varios temas sobre el cuestionario utilizado en el presente estudio; en un primer punto, la posibilidad de validar un test en español que pueda medir los conocimientos en sexualidad de un colectivo tan diverso como es el de la discapacidad intelectual, por ello proponemos la futura validación de la adaptación utilizada en el presente estudio. Continuando en un segundo punto, por refinar las valoraciones del cuestionario, pudiendo dar valores intermedios a las respuestas, entre 0 y 1, nos permitiría calificar de una manera más detallada as preguntas designadas como correctas o incorrectas. Ampliando de esta forma la categorización de cada uno de los ítems.

Para analizar la eficacia de la educación sexual en este colectivo sería interesante trabajar con un grupo control para comparar los resultados entre las personas que reciben formación sexual y las que no. A su vez nos gustaría añadir y comparar datos entre diferentes provincias o comunidades, aumentando así la población a la que va dirigido el estudio y consiguiendo una muestra mayor y más representativa de la población con discapacidad intelectual.

El tiempo es otro factor muy influyente en este tipo de estudios. Pudiendo obtener mejores resultados en procesos educativos más largos. Consideramos oportuno implantar una programación anual de educación para la salud centrada en sexualidad.

8. Declaración de intereses.

Los investigadores declaran no tener conflictos de intereses.

9. Aspectos éticos.

De acuerdo con los principios establecidos en la Declaración de Helsinki, los datos aportados fueron tratados con precaución para proteger la intimidad de su información personal, según el código deontológico de la enfermería española y la ley orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de protección de datos de carácter personal.

Se informó de los objetivos del estudio a los padres y/o tutores de los usuarios, recibiendo el consentimiento informado por escrito de los mismos.

10. Bibliografía.

(1) Parchomiuk M. Specialists and sexuality of individuals with disability. Sex disab [internet]. 2012; 30 (4): 407-419. Disponible en: <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs11195-011-9249-x>

(2) Taylor Gomez M. The s words: sexuality, sensuality, sexual expression and people with intellectual disability. Sex.disab [internet]. 2012; 30 (2); 237-245. Disponible en: <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs11195-011-9250-4>

(3) Wilkenfeld FB, Ballan M. Educators' attitudes and beliefs towards the sexuality of individuals with developmental disabilities. Sex disab [Internet]. 2011; 29 (4): 351-361. Disponible en: <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs11195-011-9211-y>

(4) Eastgate G. Sexual health for people with intellectual disability. Rev. Salud pública de México [internet]. 2008; 50: 255-259. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v50s2/a19v50s2.pdf>

(5) Pineda Perez EJ, Gutierrez Baro E. Estrategia de intervención educativa sobre la sexualidad en niños con el síndrome de Down. Rev cubana med gen integr [internet]. 2009; 25 (3): 95-104. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v25n3/mgi11309.pdf>

(6) Kandel I, Morad M, Vardi G, Merrick J. Intellectual disability and parenthood. TheScientificWorld Journal. [internet]. 2005; (5) : 50–57 Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15674450>

(7) American Psychiatric Association DSM-5. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (5th ed.; *DSM-5*) 2014.

(8) Confederación plena inclusión España 2016. Disponible en: <http://www.plenainclusion.org/conocenos>

(9) Tharinger D, Horton CB, Millea S. Sexual abuse and exploitation of children and adults with mental retardation and other handicaps. Child abuse neglig [Internet]. 1990; 14 (3): 301-312. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/014521349090002B>

(10) Organización mundial de la salud. Clasificación internacional de enfermedades (CIE-10) Ginebra: Organización mundial de la salud; 2010.

- (11) American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM IV). EEUU: American Psychiatric Association; 2013.
- (12) El síndrome de Down [internet]. Madrid: Federación Española de Síndrome de Down; 2008. Disponible en: <http://www.sindromedown.net>
- (13) Down Syndrome [internet]. EEUU: National Dissemination Center for Children with Disabilities (NICHCY); 2010. Disponible en: <http://www.nichcy.org/>
- (14) Perera J. Síndrome de Down: aspectos específicos. 1ª ed. Barcelona: Masson; 1995
- (15) Flórez J, Troncoso MV, Dierssen M. Síndrome de Down: biología, desarrollo y educación: nuevas perspectivas. 1ªed. Barcelona: Masson; 1996
- (16) González Pérez J. Discapacidad intelectual: concepto, evaluación e intervención psicopedagógica. 2ªed. Madrid: CCS; 2012.
- (17) Encuesta sobre discapacidad, autonomía personal y situaciones de dependencia [internet]. Madrid: Instituto nacional de estadística (INE); 2008. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/menu.do;jsessionid=BBC7C64324FB622FAFB69B0130F4BA4F.jaxi01?type=pcaxis&path=/t15/p418&file=inebase&L=0>
- (18) Contreras V. Elegir y ser elegido... lo verdaderamente esencial. Revista digital de la Fundación Iberoamericana Down21 [internet]. 2011; (7):1-7. Disponible en: http://fundacionavanzar.cl/resources/descargas/Elegir_y_ser_elegido_lo_verdaderamente_esencial.pdf
- (19) Amor Pan JR. Afectividad y sexualidad en la persona con deficiencia mental. 2ªed. Madrid: Univ Pontifica Comillas; 2000.
- (20) Berzosa Zaballos G. Diseño de contenidos: Costa Marcé A. Méndez Bars M. Edición [internet]. 2012. Escuela de Familias Fundación Mafre. Modulo tres. Disponible en: Afectividad y sexualidad. http://www.sindromedown.net/wp-content/uploads/2014/09/102L_escuelade.pdf
- (21) Moreira LMA, Gusmao FAF. Genetic and social aspects of Down syndrome subjects' sexuality. Rev. bras. psiquiatr [Internet]. 2002; 24 (2): 94-99. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v24n2/a11v24n2.pdf>
- (22) Luiz EC, Kubo OM. Perceptions of young people with Down syndrome on amorous relations. Rev. bras. educ. espec [internet]. 2007; 13 (2): 219-238. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/rbee/v13n2/a06v13n2.pdf>

(23) Timmers RI, Ducharme P, Jacob G. Sexual knowledge, attitudes and behaviors of developmentally disabled adults living in a normalized apartment setting. *Sexuality and disability* [internet]. 1981; 4 (1): 27-39. Disponible en: <http://link.springer.com/article/10.1007%2F01102462>

(24) Leutar Z, Mihokovic M. Level of knowledge about sexuality of people with mental disabilities. *Sex Disabil.* 2007; (25): 93–109. Disponible en: <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs11195-007-9046-8#page-1>

(25) Vastarella D, Pacheco M. Expresando el sentir. *Down España*: [internet] 2010. Disponible en: <http://www.centrodocumentaciondown.com/documentos/show/doc/1607/from/tr ue>

(26) Katz G, Lazcano-ponce E. Sexuality in subjects with intellectual disability: an educational intervention proposal for parents and counselors in developing countries. *Salud pública de México.* 2008; (50): 239-254

(27) Isler A, Beytut D, Tas F, Conk Z. A study on sexuality with the parents of adolescents with intellectual disability. *Sex. disab.* 2009; (2): 229-237

(28) Kempton W, Kahn E. Sexuality and people with intellectual disabilities: a historical perspective. *Sexuality and disability*[internet], 1991; 9 (2): 93-111. Disponible en: <http://link.springer.com/article/10.1007%2F01101735>

(29) Swango-wilson, A. Systems theory and the development of sexual identity for individuals with intellectual/developmental disability. *Sex disab*[Internet]. 2010; 28 (3):157-164. Disponible en: <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs11195-010-9167-3>

(30) Cook RJ, Dickens BM. Ethical and legal issues in reproductive health. Voluntary and involuntary sterilization: denials and abuses of rights. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* [Internet]. 2000; (68) : 61-67. Disponible en: [http://www.ijgo.org/article/S0020-7292\(99\)00193-9/abstract](http://www.ijgo.org/article/S0020-7292(99)00193-9/abstract)

(31) McGillivray JA. Level of Knowledge and Risk of Contracting HIV/AIDS Amongst Young Adults with Mild/Moderate Intellectual Disability. JARID [internet]. 1999; 12 (2): 113-12. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1468-3148.1999.tb00070.x/pdf>

(32) Chamberlain A, Rauh J, Passer A, et al. Issues in fertility for mentally retarded female adolescents: Sexual activity, sexual abuse, and contraception. Pediatrics [internet]. 1984; (73): 445-450. Disponible en: <http://pediatrics.aappublications.org/content/73/4/445>

(33). Sheridan R, Llerena J, Matkins S, Debenhamt P, Pawoodt A, Bobrow M. Fertility in a male with trisomy 21. Journal of medical genetics[Internet]. 1989; (26): 294-298. Disponible en: <http://jmg.bmj.com/content/26/5/294.full.pdf>

(34). Johannisson R, Gropp A, Winking H, Coerdt, W, Rehder H, Schwinger E. Down's syndrome in the male. Reproductive pathology and meiotic studies. hum genet[Internet]. 1983 ; 63 (2): 132-138. Disponible en: <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fbfb00291532>

(35). Hojager B, Peters H, Byskov AG, Faber M. Follicular development in ovaries of children with Down's syndrome. Acta Pediatr Scand[internet]. 1981; 67(5):637-43. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1651-2227.1978.tb17815.x/pdf>

(36) Swango-wilson A. Meaningful sex education programs for individuals with intellectual/developmental disabilities. Sex disab [internet]. 29 (2): 113-118. Disponible en: <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs11195-010-9168-2>

(37) Isler A, Tas F, Beytut D, Conk Z. Sexuality in adolescents with intellectual disabilities. Sex.disab. 2009; 27(1): 27-34.

(38) McCabe MP. Sexual knowledge, experience and feelings among people with disability. sex.disab [internet]. 1999; 17 (2): 157-170. Disponible en: <http://link.springer.com/article/10.1023%2FA%3A1021476418440>

(39) Servais L. Sexual health care in persons with intellectual disabilities. Ment retard dev disab res rev[Internet]. 2006 ; 12 (1): 48-56. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/mrdd.20093/pdf>

(40) Castelao TB, Schiavo, MR, Jurberg P. Sexuality in Down syndrome individuals. *rev. saúde pública* [Internet]. 2003; 37 (1): 32-39. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v37n1/13542.pdf>

(41) Grover SR. Menstrual and contraceptive management in women with an intellectual disability. *Med J Aust.* 2002; (176): 108-110.

(42) Varas Cortés J. Adolescentes con discapacidad psíquica: derechos en salud sexual y reproductiva. *rev. obstet. ginecol.* 2011; 6 (3): 197-201

(43) Torices Rodarte, I, Ávila García, G [internet]. 2007. Disponible en: <http://sid.usal.es/libros/discapacidad/19388/8-1/orientacion-sexual-para-personas-con-discapacidad-aspectos-generales-y-especificos.aspx>

(44) Murphy NA, Roy Elias E. Sexuality of children and adolescents with developmental disabilities. *Pediatrics* [internet]. 2006; 118 (1): 398-403. Disponible en. <http://pediatrics.aappublications.org/content/118/1/398.long>

(45) Howard-Barr EM, Rienzo BA, Pigg M, James D. Teacher beliefs, professional preparation, and practices regarding exceptional students and sexuality education. *J. School Health*[internet]. 2005; (75): 99–104. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1746-1561.2005.00004.x/pdf>

(46) Servais R, Leach D, Jacques JP, Roussaux. Sterilisation of intellectually disabled women. *European Psychiatry* [internet]. 2004; (19) : 428–432. Disponible en: [http://www.europsy-journal.com/article/S0924-9338\(04\)00079-3/fulltext](http://www.europsy-journal.com/article/S0924-9338(04)00079-3/fulltext)

(47) Servais I, Jacques D, Leach R, Conod L, Hoyois P, Dan B, Roussaux JP. Contraception of women with intellectual disability: prevalence and determinants. *Jintellect disabil res*[internet]. 2002; 46 (2): 108-19. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1365-2788.2002.00360.x/pdf>

(48) Diekema DS. Involuntary sterilization of persons mental retardation: an ethical analysis. *Ment retard dev disabil res rev*[Internet]. 2003; 9(1):21-6. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/mrdd.10053/pdf>

(49) Sobsey D. Sexual abuse of individuals with intellectual disability. En: Craft A. Practice issues in sexuality and learning disabilities. 2ªed. Nueva York: Routledge [internet]; 2004: 91-110. Disponible en: <http://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=CviJAgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA91&dq=Sexual+abuse+of+individuals+with+intellectual+disability.&ots=WTPZ7vNgIY&sig=kU4r94pA5rQEvDHdhZ6l0QPUQw#v=onepage&q=Sexual%20abuse%20of%20individuals%20with%20intellectual%20disability.&f=false>

(50) Committee on Child Abuse and Neglect and Committee on Children With Disabilities. Assessment of Maltreatment of Children With Disabilities. PEDIATRICS [internet]. 2001; 108(2): 508 -512. Disponible en: <http://pediatrics.aappublications.org/content/108/2/508.full.pdf+html>

(51) Baca Bocanegra M, Aparcero Bernet L, Lora Martín D , Delgado Rodríguez I, Arroyo Rodríguez A, Sexo, amor y Down: conócete y participa ¿Por qué no? 2014. Centro Universitario de Enfermería "San Juan de Dios", adscrito a la Universidad de Sevilla.

(52) Ruiz Rodríguez, E. Iniciación de la educación afectivo-sexual [internet]. Down Cantabria.2011. Disponible en: <http://www.downcantabria.com/cursobasico/materialcurso/100100.pdf>

(53) Rojas P, Figueroa MJ. Desarrollo socio-emocional y sexualidad de las personas con Síndrome de Down. Retos [internet]. 2008; 1-4. Disponible en: <http://medicinafamiliar.uc.cl/html/articulos/152.html>

(54) 58ª Asamblea mundial de la salud. [internet]. Ginebra: Organización mundial de la salud (OMS); 2005. Disponible en: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/wha58-rec1/a58_2005_rec1-sp.pdf

(55) Finney S J, DiStefan, C. Non- normal and categorical data in structural equation modelin. In G.R. Hancock R. O. Muller, Structural equation modeling : a second course Greenwich, CT : information Age Publishing. 2006 (269-314).

(56) Alcedo Rodriguez MA, Aguado Oraz AL, Arias Martínez B. Eficacia de un programa de educación sexual en jóvenes con discapacidad intelectual. Análisis y Modificación de Conducta [Internet]. 2006; (32): 142.

(57) Navarro Y, Torrico E, López MªJ. Programa de intervención psicosexual en personas con discapacidad intelectual. Revista inter-universitaria de investigación sobre discapacidad e interculturalidad.[internet].2010;4(2):75-92.

(58) Talbot T J, Langdon P E. A revised sexual knowledge assessment tool for people with intellectual disabilities: Is sexual knowledge related to sexual offending behaviour? *Journal of Intellectual Disability Research*, 2006; (50) 523-531.

(59) Block P. Sexuality, Fertility, and Danger: Twentieth-Century Images of Women with Cognitive Disabilities. *Sexuality and Disability* [Internet]. 2000; 18 (4): 239-253. Disponible en: [http://sonify.psych.gatech.edu/~walkerb/classes/assisttech/pdf/Block\(2000\).pdf](http://sonify.psych.gatech.edu/~walkerb/classes/assisttech/pdf/Block(2000).pdf)

11. Anexos.

11.1 Anexo 1. Cuestionario utilizado.

Cuestionario sobre el conocimiento sexual.

Código:



(Herramienta de evaluación de conocimiento sexual revisada para las personas con dificultades intelectuales).

1. Pregunta de cribado:

¿Alguna vez te han enseñado algo acerca de la sexualidad?

Sí

No

¿Has hablado alguna vez sobre asuntos relacionados con el sexo con alguien?

Sí

No

¿Con Quién?

2. Relaciones sexuales.

Responde estas preguntas relacionadas con relaciones sexuales lo mejor que puedas.

1. ¿Qué es el sexo?

2. ¿Qué significa “ser virgen”?

3. ¿Se puede tener relaciones sexuales con una mujer cuando está con la regla?

4. ¿Qué es una erección?

5. ¿Qué significa impotencia?

6. ¿Qué es una prostituta?

7. ¿Qué significa la palabra “incesto”?

2b. Masturbación.

1. ¿Qué significa masturbarse?

2. ¿Tiene la masturbación efectos negativos sobre la salud?

Sí

No

3. Anticoncepción.

1. ¿Qué significa anticoncepción?

2. Nombra tres métodos anticonceptivos.

a. ¿Cómo funcionan?

3. Nombra tres lugares donde puedas comprar métodos anticonceptivos.

4. Nombra otros métodos anticonceptivos.

4. Sexualidad.

1. ¿Qué es ser homosexual?

2. ¿Qué es ser heterosexual?

3. ¿Qué es ser bisexual?

11.2 Anexo II. Documentación entregada al centro.

BLOQUE I. Sexualidad.

1. ¿Qué aspectos vamos a tratar?
 - 1.1. Concepto de sexualidad. La sexualidad a lo largo de la vida.
 - 1.2. Identidad Sexual: “Soy chico/ soy chica”.
 - 1.3. Roles de género.
 - 1.4. Aspectos relacionados con el hecho sexual del ser humano.
 - 1.4.1. Orientación sexual.

2. Objetivos.
 - 2.1. Crear una actitud positiva hacia la sexualidad, entendiendo ésta como forma de comunicación y fuente de salud, placer, afectividad y, cuando se desea de reproducción propiciando una visión más amplia de la sexualidad y menos genitalizada.
 - 2.2. Tratamiento de conceptos tabú: **virginidad y relación sexual.**
 - 2.3. Visibilizar las diferentes orientaciones del deseo: **homosexual, heterosexual y bisexualidad.**
 - 2.4. Desarrollar una autoestima y autoconcepto positivos, desarrollando hábitos, actitudes y conductas saludables hacia la sexualidad.
 - 2.5. Fomentar habilidades de comunicación.

3. Dinámicas.
 - TORMENTA DE IDEAS. ¿Qué es la sexualidad?
 - ¿Qué visión tienen de la sexualidad? ¿Qué es para ellos la sexualidad?
 - ¿Cómo se sienten como chicos y chicas? ¿Cómo viven su sexualidad?
 - ¿Qué dificultades/ temores tienen?
 - ¿Cuáles son sus dudas? ¿Qué les gustaría saber?
 - ¿Cuál es la visión personal y del grupo en estos temas? ¿Cómo actúa la presión de grupo en estos temas? ¿Qué piensa el grupo? ¿Qué opinan de algunas cuestiones? (tener relaciones sexuales, la masturbación, la pareja, la homosexualidad, el uso de métodos anticonceptivos)
 - ¿Saben a qué nos referimos con las palabras heterosexual y homosexual? ¿Qué opinan de este tema? ¿Cómo viven su orientación sexual?
 - Percepción de riesgo para embarazo, ITS/VIH y de situaciones de violencia. ¿Qué conocimientos tienen sobre estos temas? ¿Cómo son? ¿Qué conocimientos deberían tener? ¿De dónde provienen sus conocimientos?
 - ¿Qué prácticas tienen? ¿Piensan que en sus prácticas corren algún riesgo o se sienten seguros? ¿Es una falsa percepción de seguridad? ¿Qué dificultades tienen en este sentido?
 - Uso de métodos anticonceptivos: ¿Los conocen? ¿Qué conocen de ellos? ¿Los usan? ¿Cómo los usan? ¿Qué dificultades tienen para usarlos? ¿Saben reducir sus riesgos?

- IMÁGENES Y SEXUALIDAD.

Se distribuyen por el suelo fotografías recogidas de publicaciones, revistas... Se pide al grupo que vayan eligiendo una o dos fotografías que les sugiera el término sexualidad. Cuando las tengan, cada persona irá mostrando al grupo las fotografías que eligió y qué le sugieren.

- DICCIONARIOS DE TÉRMINOS SOBRE SEXUALIDAD.

Realizamos con anterioridad una sesión con lluvia de ideas sobre términos relacionados con la sexualidad. Los términos los tenemos escritos en la pizarra y los dejamos a la vista de todos. Repartidos en grupos de dos o tres deberán escoger uno (puede ser de los de la pizarra o nuevo) e intentar definirlo apoyándose en algunas frases o preguntas que les damos:

	Es una parte del cuerpo
Heterosexual, bisexual, homosexual	Es una forma de orientación sexual
	Está situado/a en...
Masturbación	Lo realiza una persona sola
Relación sexual	Lo realizan dos personas
“Virgen”	Persona que nunca ha tenido relaciones sexuales.
Masturbación	No se puede realizar en público sino que hay que hacerlo en privado
SIDA	Es una enfermedad que se trasmite al mantener relaciones sexuales...

- MIS COMPAÑEROS, AMIGOS O NOVIOS

Se utilizará una foto de cada uno de los participantes, y se colocarán boca abajo en medio de un círculo formado por todos ellos. Cada uno escogerá al azar una fotografía y no podrá mostrarla a nadie. Posteriormente, uno a uno, se levantarán, se pondrán frente a la persona que aparece en la foto y le dirá que es lo que más le gusta de ella y también lo que menos. Después dirá si esta persona es amigo/a, compañero/a o novio/a.

- ROLES EN CUENTOS, PELÍCULAS, ANUNCIOS, JUEGOS, PROFESIONES...

Se dividirá a los participantes en grupos de tres personas como máximo, y se repartirá a cada uno de ellos una imagen de un anuncio de una revista (entre ellos escogimos el típico de carga erótica femenina/masculina para anunciar una colonia) y comentamos al respecto: quién sale, qué anuncia, tiene relación lo que vemos con lo que anuncia, qué intención tienen al anunciarlo así, etc.

En grupo trabajamos sobre los roles femenino y masculino en los cuentos clásicos: Caperucita, Cenicienta (versión en película actual: Pretty Woman).

BLOQUE II. El cuerpo humano. Desarrollo sexual.

1. ¿Qué aspectos vamos a tratar?
 - 1.1. Sexualidad evolutiva: Aspectos que tenemos que trabajar en cada etapa evolutiva según los objetivos planteados: cambios corporales, fisiológicos en las diferentes etapas.
 - 1.2. Menstruación.
 - 1.3. Erección, eyaculación.

2. Objetivos:
 - 2.1. Conocer y diferenciar los órganos sexuales femeninos y masculinos de forma sencilla.
 - 2.2. Desarrollar una actitud positiva hacia los órganos genitales masculinos y femeninos, entendiéndose estos como una parte más del cuerpo
 - 2.3. Identificarse como hombre/mujer.
 - 2.4. Tomar conciencia del propio cuerpo y de las manifestaciones sexuales.
 - 2.5. Conocer lo que sucede en la adolescencia: menstruación y eyaculación.

3. Dinámicas.

- ¿QUIÉN ES ESTE NIÑO?

Cada participante traerá una foto de cuando era pequeño (5-7 años). Estas se colocarán boca abajo en el centro del círculo que los participantes formarán en el suelo. Se les pedirá que uno a uno tomen una foto y que después traten de adivinar a quién pertenece. La persona que ha escogido la foto, explicará a quién cree que pertenece esa foto y qué cambios físicos pueden apreciarse entre el niño/a de la foto y esa persona en la actualidad.

Comentamos en abierto o siguiendo los indicadores del profesional: ¿Qué es la persona que vemos, chico o chica? ¿Por qué lo sabemos? ¿Cómo sería su voz? ¿Tendría marcada la nuez en la garganta? ¿Tendrá el período cada 28 días? ¿Podrá dar a luz un hijo/a? ¿Cuáles son sus órganos sexuales?

- LA MENSTRUACIÓN.

Se parte de una lluvia de ideas sobre la definición de la menstruación. En una pizarra se van anotando los conceptos relacionados que van aportando los usuarios para finalmente con todos ellos construir una definición adecuada.

A continuación, se trabajarán los siguientes temas:

- ¿Qué sucede durante el ciclo menstrual?
- ¿Qué tipos de problemas tienen las mujeres con sus periodos?
- ¿A qué edad tiene una niña su primer periodo?
- ¿Se pueden tener relaciones sexuales con una mujer cuando tiene el período?

Una vez que todos han contestado a las preguntas seleccionamos de sus respuestas las más adecuadas y las complementamos con la información de la que no disponían es un sistema de debate estructurado.

- DEFINIENDO CONCEPTOS: erección, eyaculación e impotencia.

Entregar a cada participante tres tarjetas en blanco. El monitor irá nombrando los conceptos uno a uno mientras que los participantes escriben en las tarjetas, que se irán numerando, lo que creen que significan los conceptos que se plantean.

Una vez planteados todos los conceptos se recogen las tarjetas de manera anónima.

El monitor leerá en alto cada tarjeta y aclarará conceptos erróneos que se hayan visto reflejados en las tarjetas.

- UNA PREGUNTA AL ROJO.

Se divide a los participantes en tres grupos. Cada grupo deberá crear una definición para: erección, eyaculación e impotencia. Un portavoz de cada grupo leerá en alto la definición.

El monitor leerá en alto cada tarjeta y aclarará conceptos erróneos.

BLOQUE III. Anticonceptivos.

1. ¿Qué aspectos vamos a tratar?

1.1. Uso de métodos anticonceptivos:

1.1.1. ¿Los conocen?

1.1.2. ¿Qué conocen de ellos?

1.1.3. ¿Los usan?

1.1.4. ¿Cómo los usan? ¿Qué dificultades tienen para usarlos?

1.1.5. ¿Saben reducir sus riesgos?

1.2. El preservativo.

2. Objetivos.

2.1. Reflexionar sobre el conjunto de conductas o maneras de hacer de las relaciones entre los sexos.

2.2. Reconocer habilidades y dificultades que tienen para plantear conductas seguras en sus encuentros.

2.3. Reforzar la información y trabajar sobre los mitos relacionados con la anatomía, fisiología, la concepción y la anticoncepción.

2.4. Conocer lo que saben y las dificultades que tienen para usar el preservativo.

2.5. Trabajar sobre las dificultades que plantea el grupo a nivel de conocimientos, actitudes, habilidades de negociación, disponer de recursos.

3. Dinámicas:

- ¿QUÉ SON?

Se les mostrarán los diferentes métodos anticonceptivos que existen en el mercado. Ellos los observarán, mientras reciben información precisa y concreta de cada uno de ellos. A continuación, mediante fichas en las que estarán escritos los nombres irán identificando cada uno de los métodos expuestos.

Se explicará cómo se utiliza y coloca cada uno de ellos.

De igual modo se explicará y clasificará entre los anticonceptivos que previenen solamente un embarazo y la importancia del preservativo que es el único método que a día de hoy previene de embarazos y enfermedades de transmisión sexual.

- CADA UNO EN SU SITIO.

Se divide al grupo en cuatro subgrupos. Se entrega a cada grupo un método anticonceptivo. Se indica a los participantes que deben decidir el nombre del método que les ha tocado, su correcta utilización y dónde podrían comprarlo.

Una vez hecho esto, se vuelve al gran grupo y cada pequeño subgrupo irá exponiendo las conclusiones a las que se ha llegado.

APOYO:

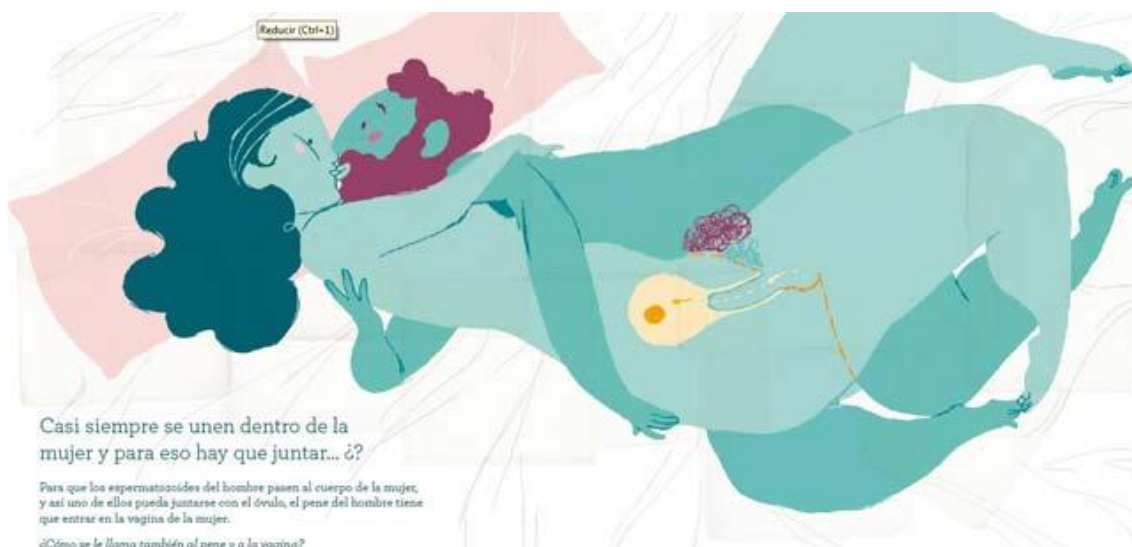
El método anticonceptivo es la **protección necesaria contra los embarazos no deseados y las enfermedades de transmisión sexual, al momento de tener relaciones sexuales.**

La elección más adecuada de un método anticonceptivo estará condicionada invariablemente por **la situación, etapa evolutiva y/o personalidad de la pareja o persona que decide protegerse.** Se recomienda que un médico ayude a decidir cuál es mejor para la persona.

El método ideal podría ser aquel que reuniese la **eficacia absoluta (ningún fallo), de fácil uso, que no interfiera en la espontaneidad y en la calidad de las relaciones sexuales, y que proteja frente a las infecciones de contagio sexual.**

Otra consideración a tener en cuenta es si la pareja piensa tener hijos o no en el futuro. La mayor parte de los métodos son **reversibles**; es decir, cuando dejan de utilizarse **el hombre y la mujer vuelven a ser fértiles.** Caso contrario con los métodos quirúrgicos, que son **irreversibles, una vez que se recurre a ellos la persona no puede ser padre o madre de nuevo. (2)**

REPRODUCCIÓN:

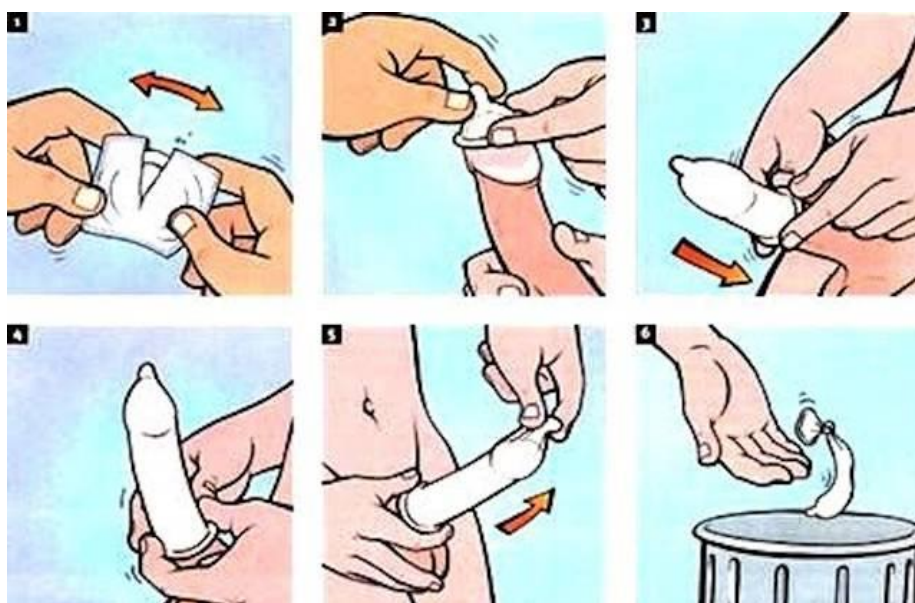


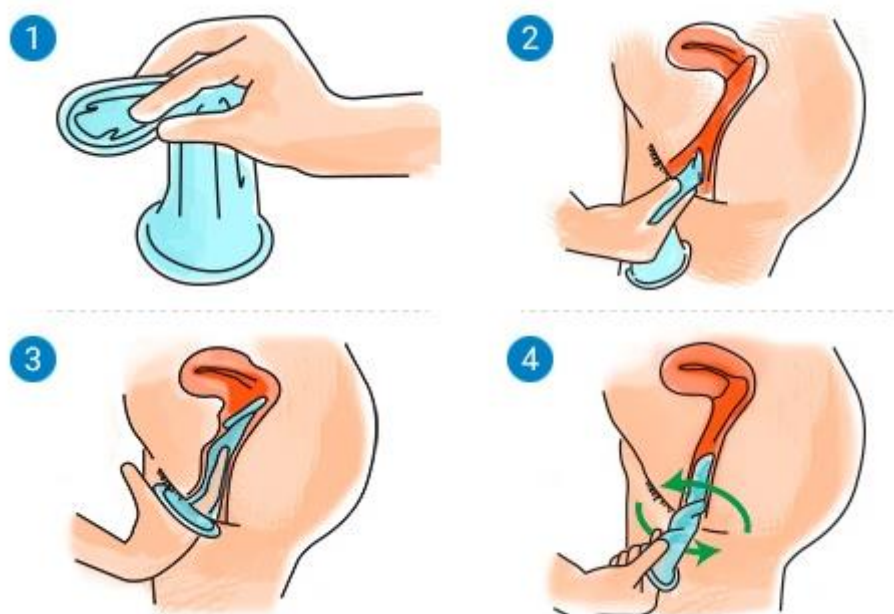
Métodos anticonceptivos:

1. Abstinencia.

2. Preservativo. Método barrera. Impide que los espermatozoides lleguen al óvulo.

- Femenino: se coloca en la vagina.
- Masculino: se coloca en el pene.





3. Esterilización. Operación quirúrgica.

4. Píldora. Hormonas que actúan sobre el cuerpo femenino.



5. Inyecciones de hormonas anticonceptivas.

BIBLIOGRAFIA:

<http://conceptodefinicion.de/metodos-anticonceptivos/>

Educación sexual y discapacidad. Talleres de educación sexual con personas con discapacidad. Autora: Mercedes García Ruiz.

Protocolo sobre relaciones interpersonales y sexualidad en personas con discapacidad intelectual, trastornos del espectro autista y otras discapacidades con déficit cognitivo usuarias de centros residenciales. Catalina Cobo Molina. Dirección General de Personas con discapacidad. Consejería para la Igualdad y Bienestar social.

BLOQUE IV.

1. ¿Qué aspectos vamos a tratar?

- 1.1. Respeto al derecho del otro. Saber decir NO y también saber respetar el NO ajeno.
- 1.2. Intimidación y respeto. Abusos.
- 1.3. El espacio público y privado.
- 1.4. Asunción del propio deseo, sin imponerlo ni supeditarlos a otras personas, aceptando las propias necesidades y emociones y las de las demás personas.
- 1.5. La masturbación.

2. Objetivos.

- 2.1. Favorecer el diálogo y la comunicación sobre temas relacionados con la sexualidad en el grupo de iguales, la familia, la escuela, el centro.
- 2.2. Reflexionar sobre la idea de amor y lo que se espera del amor.
- 2.3. Reflexionar sobre los conceptos de amor y sexualidad.

3. Dinámicas.

- AMIGOS Y PAREJA

Sentados alrededor de una mesa se dispondrán diferentes fotografías en el centro. Ellos deberán escoger aquellas imágenes que para ellos representen la amistad y la pareja. Tras elegir la fotografía cada usuario explicará por qué escogieron esa imagen. De esta manera se trabajarán ambos conceptos.

- FICHA DE SENTIMIENTOS.

Se hace la ficha en la pizarra y se va cubriendo con las aportaciones de todos. Después se hace un debate sobre las anotaciones, con el tema “diferentes formas de mostrar nuestros sentimientos”.

Nombre de una persona	Relación	Demostración de afecto y sentimientos
Ejemplo: Ana	Novios	Darnos besos

Masturbación.

Es importante conocer la función que ejerce la masturbación, y ser respetuoso con su expresión. Se trata de un comportamiento íntimo y por tanto debe realizarse en la intimidad. Para muchas personas con discapacidad la masturbación puede ser la única opción para descargar todas sus tensiones sexuales. Pero en este aspecto es importante realizar una aclaración sobre alguna creencia errónea que atribuye a las personas con discapacidad con mayores necesidades de apoyo una necesidad personal de masturbación más frecuente que el resto de la población.

Las principales conductas sexuales no ajustadas al contexto se deben a las dificultades de comprensión de normas sociales y establecer adecuadas relaciones interpersonales:

- La masturbación es la forma más frecuente de expresión sexual.
- Muchas personas utilizan objetos específicos para estimularse (almohadas, revistas, pequeños objetos...).
- A menudo se masturban en público sin importarles la gente que les rodea.
- Algunos presentan signos de frustración (agitación, ansiedad, agresión...) cuando no llegan al orgasmo.

La principal línea a desarrollar en estos aspectos será proporcionar pautas sobre el lugar y momento adecuados para la masturbación, aunque una de las dificultades no poco frecuente es la dificultad para alcanzar el orgasmo, puesto que si la persona no consigue liberar la tensión acumulada pueden surgir dificultades conductuales.

Los contenidos a tratar pueden ser:

- Concepto de masturbación.
Definir el concepto, de manera verbal y visual.
- Dónde pueden masturbarse.
Conocer los contextos donde puede masturbarse.
Saber que se debe hacer en privado, sin nadie delante.
- Cuándo pueden masturbarse.
Conocer los momentos del día.
- Cómo masturbarse.
Cómo alcanzar la excitación.

Un apartado importantísimo en la masturbación ha de ser la higiene.

Lavarse las manos antes de comenzar.

Lavarse las manos una vez ha terminado.

Lavarse sus genitales tras la eyaculación.

Abusos:

Factores que influyen en la posibilidad de abusos sobre las personas con discapacidad

Las personas con grandes necesidades de apoyo pueden no entender lo que está ocurriendo o no tener modo de comunicar los abusos a una persona de confianza. Otras con menores necesidades de apoyo pueden darse cuenta de que están siendo asaltadas, pero no saben que es ilegal y que tienen derecho a decir que no.

Debido a amenazas a su bienestar o al de sus seres queridos por parte de quien abusa, pueden no comunicar nunca a nadie el abuso, sobre todo cuando es cometido por una figura de autoridad a quien aprenden a no cuestionar. Además, rara vez reciben formación en temas de sexualidad o se les proporciona entrenamiento en asertividad. Incluso cuando intentan informar, se enfrentan a obstáculos al hacer declaraciones a la policía porque pueden no ser consideradas creíbles por tener una discapacidad (Keilty y Connelly 2001).

Qué factores de riesgo contribuyen a la ocurrencia de abusos?

Algunos factores de riesgo pueden incluir sensación de impotencia, déficit en habilidades comunicativas e incapacidad para protegerse a sí misma debido a la falta de formación y/o recursos. El hecho de que estas personas puedan vivir en entornos sobrecontrolados y autoritarios, contribuye a incrementar la sensación de impotencia ante su situación. Además, en muchos casos no se ofrecen suficientes oportunidades de experiencia para aprender a desarrollar y utilizar su propia intuición (aquellos y aquellas que reciben formación pueden con frecuencia detectar mejor entre las situaciones de seguridad y las de riesgo.)

Señales de detección de abusos en personas con mayores necesidades de apoyo:

Señales físicas: Contusiones en áreas genitales, dolor en áreas genitales, Enfermedades de Transmisión Sexual, signos de abuso físico, lagrimeo del área vaginal o anal, dolores de cabeza, dolor de estómago.

Conducta/ señales psicológicas: depresión, abuso de sustancias, retraimiento, evitación de determinados lugares, fobias, convulsiones, evitación de ciertas personas, llantos repentinos, regresiones, trastornos del sueño, irritabilidad, sentimientos de vergüenza y culpa, cambio en el apetito, resistencia a examen físico, cambios en el estado de ánimo, conductas autodestructivas, sentimientos de pánico, cambio de hábitos, dificultades del aprendizaje, grave ansiedad y preocupaciones, conducta sexual inapropiada.

Perfil más frecuente de la persona que abusa

Como es el caso de las personas sin discapacidad que sufren abusos, los autores suelen ser personas conocidas por la víctima, tales como familiares, conocidos, el personal de atención residencial, proveedores de transporte y asistentes de cuidado personal. Según algunos estudios (Balderian 1991) el 97-99 por ciento de los abusadores son personas conocidas y de confianza para la víctima con discapacidad. Mientras que en el 32 por ciento de los casos, los abusadores eran miembros de la familia o conocidos, el 44 por ciento tuvo una relación con la víctima relacionada con la discapacidad de la persona (como personal de atención residencial, transporte y proveedores asistentes de cuidado personal).

¿Cuáles son los efectos del abuso en una persona con discapacidad?

La violencia sexual causa nocivos efectos psicológicos, físicos y de conducta. Pueden producirse embarazos no deseados, contagio de enfermedades de transmisión sexual, contusiones, laceraciones y otras lesiones físicas. A menudo se presentan síntomas psicósomáticos, tales como dolor de estómago, dolores de cabeza, convulsiones o problemas para dormir. Las consecuencias psicológicas suelen incluir depresión, ansiedad, ataques de pánico, baja autoestima, vergüenza y culpa, miedo irracional y pérdida de confianza. A nivel de conducta pueden aparecer aislamiento, agresividad, conductas autolesivas y conducta sexual inapropiada (Sobsey 1994).

Cómo puede prevenirse el abuso en las personas con discapacidad?

El primer paso es reconocer la magnitud del problema y enfrentarse a la realidad de que las personas con discapacidad con mayores necesidades de apoyo tienen más probabilidades de ser víctima de abusos que las personas sin discapacidad. Además, deben cambiar las actitudes sociales para ver a las víctimas con discapacidad con el mismo rigor y seriedad que a las víctimas sin discapacidad, y ofrecerles apoyo y asesoramiento. Cada abuso, independientemente de quién sea la víctima.

En segundo lugar, los abusos deben ser denunciados a fin de que se detengan. Si bien pocas personas divulgan los abusos por una serie de razones comprensibles, esta falta de transmisión de información promueve un ambiente propicio para que estos continúen. Se puede incrementar el número de denuncias mediante la formación de las personas con discapacidad y los proveedores de servicios sobre la violencia sexual, la mejora de la investigación y persecución de este delito, y la creación de entornos seguros que permitan a las víctimas denunciar. La educación sexual debe ser obligatoria y debe incluir el fomento de la autodeterminación y de habilidades para construir relaciones, facilitando a las personas con discapacidad a que desarrollen relaciones seguras. Debe incluirse formación sobre abusos ofreciendo información sobre cómo reaccionar y protegerse a sí mismas cuando se convierten en víctimas del mismo.