



Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación.
Programa de Neurociencia Cognitiva y Educación.

Construcción de la salud sexual y análisis de su influencia
en la calidad de vida y prevención de abusos sexuales en
personas adultas con discapacidad intelectual.

TESIS DOCTORAL

Presentada por:
Dña. Irene M^a Díaz Rodríguez

Dirigida por :
Dra. M^a Dolores Gil LLario

Valencia
2017

Dra. Dña. M^a Dolores Gil Llarío,

Profesora Titular del Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación.

Universitat de València

CERTIFICA:

Que la presente tesis doctoral titulada “Construcción de la salud sexual y análisis de su influencia en la calidad de vida y prevención de abusos sexuales en personas adultas con discapacidad intelectual” ha sido realizada por Dña. Irene M^a Díaz Rodríguez, bajo mi dirección, en el Programa de Psicología Evolutiva y de la Educación para la obtención del título de Doctor por la Universitat de València. Para que así conste a efectos legales oportunos, se presenta esta tesis doctoral y se extiende la presente certificación en Valencia a

Fdo.Dra. Dña. M^a Dolores Gil Llarío

Fdo. Irene M^a Díaz Rodríguez

“La discapacidad no es una lucha valiente en frente de la adversidad.

La Discapacidad es un arte. Es una forma ingeniosa de vivir.”

Neil Marcus.

Agradecimientos

La presente tesis doctoral ha sido posible gracias a la participación de personas e instituciones que han facilitado que dicho trabajo se elabore con éxito. Por ello, me gustaría que estas líneas sirvieran para expresar mi más sincero agradecimiento, en especial:

A mi directora de tesis, la Dra. María Dolores Gil Llario, por su dedicación, su paciencia, su confianza y el apoyo que me ha proporcionado en todo momento. Para mí ha sido una experiencia muy gratificante recorrer este camino de la mano de una persona a la que tanto admiro, personal y profesionalmente. Gracias de corazón por ser una verdadera maestra.

A mis padres, Jesús y Toñi, por la educación y los valores que he recibido, y por su amor incondicional hacía mí que tanto muestran en mi vida. A mi hermano Jesús por creer en mí.

A Jaime, mi compañero de viaje y mi mejor amigo, por su amor y su confianza en mi capacidad. Gracias por todo lo que aportas en mi vida.

Por último, gracias a todas las personas con discapacidad, a sus familias y a los profesionales que están diariamente con ellos y ellas, por los momentos pasados, las dudas, los miedos, y todas las experiencias compartidas. A todas las Instituciones y personas, que han colaborado en la elaboración de esta tesis.

Gracias, por haber hecho posible este proyecto.

ÍNDICE

PRESENTACIÓN	
CAPÍTULO 1. La sexualidad en la Discapacidad intelectual	
1.1 Contexto histórico del estudio de la sexualidad de las personas discapacitadas	
1.2 Sexualidad a lo largo del ciclo vital	
1.3 Consecuencias de un desarrollo sexual no saludable	
1.3.1 Sexualidad de las personas con distintos grados de DI	
1.3.1.1. Discapacidad Intelectual Leve	
1.3.1.2. Discapacidad intelectual Moderada	
1.3.1.3. Discapacidad Intelectual Grave	
1.3.1.4. Discapacidad Intelectual Profunda	
1.3.2 Embarazos no deseados	
1.3.3. Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)	
1.4 Discriminación y DI: el caso de las mujeres	
1.5 La educación sexual de las personas con discapacidad intelectual	
1.5.1 Actitudes de la población hacia la sexualidad	
CAPÍTULO 2. Sexualidad y calidad de vida en los discapacitados intelectuales	
2.1 Concepto de calidad de vida	
2.2 Evaluación de la calidad de vida	
2.3 Estudios en los que se ha utilizado la calidad de vida autoinformada vs informada por profesionales	
2.4 Calidad de vida y sexualidad	
2.5 Barreras a la sexualidad de personas con DI	
CAPÍTULO 3. Los Discapacitados intelectuales y el abuso sexual	
3.1 Prevalencia	
3.2 Factores de riesgo	
3.3 Conocimientos en materia de abusos de personas con DI	
3.4 Consecuencias del abuso sexual	

3.5 La prevención del abuso sexual	
3.6 Intervenciones para aumentar el conocimientos y las precauciones sobre el abuso sexual de personas con DI	
3.7 Tratamiento de personas víctimas de abusos sexuales	
3.8 Abuso sexual cometido por personas con DI	
3.8.1. Prevalencia	
3.8.2. Perfil del agresor sexual con DI	
3.8.3. Tratamiento de los agresores sexuales con DI	
CAPÍTULO 4. Objetivos e Hipótesis	
CAPÍTULO 5. Método	
5.1 Metodología	
5.2 Instrumentos	
5.2.1. Instrumentos aplicados a los/as usuarios/as	
5.2.2. Instrumentos aplicados a las personas sin discapacidad	
5.3 Procedimiento	
5.4 Análisis de datos	
CAPÍTULO 6. Resultados	
6.1 Historia sexual	
6.2 Análisis diferenciales en función del género, edad, grado de discapacidad y tipo de vivienda	
6.2.1. Análisis diferenciales en función del sexo	
6.2.2. Análisis diferenciales en función del grado de discapacidad	
6.2.3. Análisis diferenciales en función de la edad	
6.2.4. Análisis diferenciales en función del tipo de vivienda	
6.3 Descripción de la muestra sin DI	
6.3.1. Comparación entre padres, profesionales y población general en cuanto a actitudes hacía la sexualidad de las personas con discapacidad intelectual	
6.3.2. Análisis de las actitudes de cada uno de los grupos de participantes sin discapacidad	
6.3.2.1. Actitudes del subgrupo de padres/madres	

6.3.2.2. Actitudes del subgrupo de profesionales	
6.3.2.3. Actitudes del subgrupo de la población general	
6.4 Análisis de calidad de vida de las personas con DI	
6.4.1. Análisis de la relación entre calidad de vida y sexo, edad, cociente intelectual, tipo de vivienda, orientación sexual y relación de pareja.	
6.4.2. Bienestar emocional y sexualidad	
6.4.2.1. Bienestar emocional y sexualidad en hombres	
6.4.2.2. Bienestar emocional y sexualidad en mujeres	
6.4.3. Análisis de la implicación de distintas variables sexuales en el bienestar emocional	
6.4.3.1. Análisis de correlación entre diferentes variables relacionadas con la calidad de vida.	
6.4.3.2. Análisis de regresión para explicar el bienestar emocional autoinformado	
6.4.4. Análisis de la implicación de distintas variables en la satisfacción sexual	
6.4.4.1. Análisis de correlación entre los principales indicadores de calidad de vida y la satisfacción sexual	
6.4.4.2. Análisis de regresión para explicar la satisfacción sexual	
6.5 Abuso sexual	
6.5.1. Procedimiento de identificación de grupos de víctimas de abusos sexuales	
6.5.2. Análisis de la muestra que ha tenido un abuso sexual autoinformado (ASA)	
6.5.3. Análisis de la muestra que ha tenido un abuso sexual documentado (ASD)	
6.5.3.1. Aspectos físicos	
6.5.3.2. Aspectos psicológicos	
6.5.3.3. Aspectos sexuales	
6.5.3.4. Calidad de vida y actitudes hacía la sexualidad	

CAPÍTULO 7. Discusión y Conclusiones	
7.1 Discusión	
7.2 Conclusiones	
CAPÍTULO 8. Referencias Bibliográficas	
CAPÍTULO 9. Anexos	

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Comparación de las medias en cuanto a conocimientos, actitudes y comportamientos sexuales en función del género	
Tabla 2. Comparación de las medias en cuanto a conocimientos, actitudes y comportamientos sexuales en función del cociente intelectual	
Tabla 3. Comparación de las medias en cuanto a conocimientos, actitudes y comportamientos sexuales en función de los grupos de edad	
Tabla 4. Comparación de las medias en cuanto a conocimientos, actitudes y comportamientos sexuales en función del tipo de vivienda	
Tabla 5. Sociodemográficos de los participantes sin DI	
Tabla 6. Análisis diferenciales en cuanto a las actitudes entre los subgrupos de personas sin DI	
Tabla 7. Análisis de correlación entre las actitudes en el grupo de los padres/madres	
Tabla 8. Análisis de correlación entre las actitudes en el grupo de profesionales	
Tabla 9. Análisis de correlación entre las actitudes en el grupo de población general	
Tabla 10. Análisis diferenciales en cuanto a la calidad de vida en función del sexo	
Tabla 11. Análisis diferenciales en cuanto a la calidad de vida en función del grado de discapacidad	
Tabla 12. Análisis diferenciales en cuanto a la calidad de vida en función de la edad	
Tabla 13. Análisis diferenciales en cuanto a la calidad de vida en función del tipo de vivienda	
Tabla 14. Análisis diferenciales en cuanto a la calidad de vida en función de su orientación sexual	
Tabla 15. Análisis diferenciales en cuanto a la calidad de vida en función de tener o no una relación de pareja	
Tabla 16. Análisis diferenciales en cuanto a aspectos relacionados con la sexualidad entre hombres con bajo y alto bienestar emocional	

Tabla 17. Análisis diferenciales en cuanto a aspectos relacionados con la sexualidad entre mujeres con bajo y alto bienestar emocional	
Tabla 18. Análisis de correlación en calidad de vida	
Tabla 19. Resumen del modelo r: Regresión para explicar el Bienestar Emocional	
Tabla 20. Análisis de regresión del Bienestar emocional	
Tabla 21. Análisis de correlación entre variables relacionadas con la satisfacción sexual	
Tabla 22. Resumen del modelo de regresión para explicar la satisfacción sexual	
Tabla 23. Análisis de regresión de satisfacción sexual	
Tabla 24. Datos sociodemográficos de las personas con DI que informan que han padecido abusos sexuales	
Tabla 25. Comparación en las frecuencias en secuelas psicológicas en ASA y no ASA	
Tabla 26. Análisis diferenciales en cuanto a calidad de vida y erotofilia entre ASA y no ASA	
Tabla 27. Análisis diferenciales en cuanto a identificación de situaciones de riesgo entre ASA y no ASA	
Tabla 28. Datos sociodemográficos de las personas con DI de las que se tiene constancia que han padecido abusos sexuales	
Tabla 29. Análisis diferenciales en cuanto a la calidad de vida entre los no ASD y los ASD	
Tabla 30. Análisis diferenciales en cuanto a mecanismos de defensa e identificación de las situaciones de riesgo entre ASD y no ASD	

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Tipo de vivienda	
Gráfico 2. Sexo	
Gráfico 3. Edad	
Gráfico 4. Grado de discapacidad	
Gráfico 5. Orientación sexual	
Gráfico 6. Edad inicio en la práctica de la masturbación	
Gráfico 7. Frecuencia en la práctica de la masturbación	
Gráfico 8. Prácticas sexuales	
Gráfico 9. Métodos anticonceptivos	
Gráfico 10. Agentes de información sexual	
Gráfico 11. Agentes de información sexual según sexo	
Gráfico 12. Porcentajes sobre agentes de información sexual según grado de discapacidad	
Gráfico 13. Porcentaje sobre agentes de información sexual según tipo de edad	
Gráfico 14. Porcentaje sobre agentes de información sexual según tipo de vivienda	
Gráfico 15. Abuso sexual documentado (ASD) y autoinformado (ASA)	
Gráfico 16. Fuentes de información utilizadas para identificar los casos de abuso sexual	
Gráfico 17. Perfil profesional de los profesionales que han participado en la identificación de los casos de abusos sexuales	
Gráfico 18. Agentes a los que se acude tras haber padecido un abuso sexual	
Gráfico 19. Miedos en ASA y no ASA	
Gráfico 20. Miedo en ASD y no ASD	
Gráfico 21. Aspectos psicológicos en ASD y no ASD	

PRESENTACIÓN

Las personas con discapacidad intelectual han pertenecido a una de las minorías sociales a las que con mayor frecuencia, se les ha negado la posibilidad de resolver sus necesidades afectivas y sexuales. Conseguir que no despertase en ellas la necesidad sexual y controlar sus manifestaciones de forma represiva, era considerado lo adecuado hasta hace no mucho en términos educativos.

Sin embargo, desde la óptica de la normalización e integración como principios básicos desde los que plantear la educación y forma de vida en nuestra sociedad de las personas con discapacidad intelectual, es necesario que todos tengamos los mismos derechos. El acceso a educación sexual y afectiva, como medio para lograr incrementar su desarrollo personal y su bienestar en todos los ámbitos de su vida, con la multidimensionalidad que refiere la sexualidad, es un derecho que tienen las personas con discapacidad intelectual, del que nadie debería privarles.

Lo que si es cierto, es que aún en la actualidad, la mayoría de los programas que se han desarrollado sobre este tema no se han ocupado de educar para vivir plenamente la sexualidad como seres humanos, sino más bien de informar e intentar evitar peligros, olvidando a mi parecer una de las piezas claves dentro de la educación sexual y uno de los engranajes fundamentales para la consecución del diseño de planes específicos de intervención, centrados en las personas con discapacidad intelectual, elaborados por ellas, con el apoyo intermitente, extenso o generalizado, que requieran pero algo con lo que de verdad se identifiquen, que atienda a sus inquietudes, expectativas y necesidades. Seguimos encontrándonos resistencias a aceptar un enfoque positivo en la educación sexual. Quizás el origen de estas intransigencias es el miedo y la visión de algunos sectores de la sociedad, de que de lo que no se habla no existe. O

que no se considere el hecho de que informar a las personas con discapacidad intelectual puede minimizar el riesgo de que abusen sexualmente de ellas. Entonces, ¿por qué se sigue pensando que las personas con discapacidad intelectual no tienen las mismas necesidades sexuales y afectivas que el resto de la población? Más allá del tipo de discapacidad, más allá de los estereotipos existentes en nuestra sociedad, no existe ningún tipo de discapacidad que nos impida sentir amor hacia otras personas y mantener una relación afectiva con alguien. Esta “imposibilidad” procede de los propios prejuicios que tenemos en la sociedad. Por todos estos motivos, se hace necesario profundizar en el estudio no solo de las necesidades y características de este colectivo para poder establecer las bases de una educación afectivo-sexual que contribuya a un desarrollo integral y satisfactorio sino también conocer las actitudes que los agentes sociales responsables de ellos tienen, aspecto fundamental a considerar en el desarrollo de dichos programas de intervención/prevención ya que, en algunos casos pueden llegar a constituir fuertes barreras que impidan el desarrollo sexual positivo de las personas con DI. Para hacer frente a estos objetivos hemos llevado a cabo el estudio que presentamos a continuación.

La primera parte que constituye el marco teórico de la investigación, se compone de tres capítulos, en el primero de ellos, que trata sobre la sexualidad en discapacidad intelectual, se realiza una aproximación y recorrido histórico por el concepto de la sexualidad, su evolución en los últimos años, el misterio que rodea todo lo relacionado con la sexualidad de las personas con discapacidad intelectual, incidiendo especialmente en las falsas creencias y los mitos, todo lo cual les restringe el acceso a entornos normalizados. Efectivamente, en su entorno, muchas veces, preponderan las actitudes sobreprotectoras de sus familiares y/o entorno social más

próximo, dificultado el establecimiento de relaciones interpersonales normalizadas sin poner a su disposición modelos positivos cercanos. Como consecuencia, las personas con discapacidad tienen un déficit en conocimientos, habilidades y actitudes sobre las relaciones afectivas y sexuales. Además pueden desarrollar expectativas no ajustadas con la realidad sobre las mismas, provenientes en su mayoría de los medios de comunicación, cuentos, novelas, películas... No podemos obviar la mención, al hecho de ser mujer y tener discapacidad, mucho más grave si esta discapacidad es intelectual, en lugar de ser física o sensorial. Además de la herencia cultural que conlleva ser mujer, el miedo a un posible embarazo, el proteccionismo, paternalismo y amparándose en su discapacidad, y que “no saben lo que dicen” las convierte en víctimas sumisas y prácticamente indetectables, si es que no cuentan con educación sexual que les permita reconocer situaciones de riesgo, situaciones que no son agradables y que les generan malestar y en definitiva, situaciones que atentan contra sus derechos y dignidad como personas. En el segundo capítulo, nos centraremos en la sexualidad y calidad de vida de las personas con discapacidad intelectual, realizando una aproximación al concepto multidimensional de la calidad de vida, desde los cambios que se han producido en los últimos 35-40 años hasta la actualidad, la corriente que actualmente se encuentra en vigor y cómo se aplica, investiga, evalúa y trabaja este concepto en la actualidad. Nos centraremos en los estudios que se han llevado a cabo cuando la calidad de vida ha sido autoinformada, es decir expresada por la propia persona implicada, o por profesionales que tienen atención directa con ellos y ellas. Proseguiremos adentrándonos en la calidad de vida y sexualidad, regida por los principios de libertad, apoyo y responsabilidad. Finalizaremos este capítulo haciendo una descripción de las principales barreras a las que tiene que enfrentarse una persona con discapacidad

intelectual, el acceso a su propia sexualidad. Las percepciones de otras personas, las suyas propias y su propio conocimiento sobre el tema a tratar se convierten en sus principales problemas y trabas a las que enfrentarse. En el tercer capítulo, discutiremos sobre el hecho de que no disponer de un desarrollo sexual saludable entraña riesgos más allá de los embarazos no deseados e incluso de las infecciones de transmisión sexual, y convierte a las personas con discapacidad en personas altamente vulnerables a sufrir o padecer algún episodio de abuso sexual a lo largo de su vida. Sabemos que existen más casos de mujeres con discapacidad intelectual que sufren abusos sexuales que mujeres sin discapacidad, pero desconocemos la prevalencia real por la falta de denuncias. La falta de información, de educación, de identificación de situaciones de riesgo, de comportamientos no deseados, convierte en factores de riesgo, situaciones a veces más cotidianas que esporádicas. Todo esto, se ve agravado ya que siempre que existe un abuso sexual se producen secuelas de tipo físico, psicológico y sexual que suelen perdurar el resto de sus vidas. Estas secuelas generan problemas más graves y crónicos que revierten en la sociedad en todos los ámbitos. No debemos olvidar que el hecho de no disponer de suficiente información, conocimientos y estrategias adquiridas para las situaciones diarias, hace que las personas con discapacidad intelectual también puedan ser personas abusadoras. Afortunadamente, esta tendencia está cambiando, se están realizando estudios e investigaciones, con la población general, sus padres, madres, familiares y profesionales que no tenga vinculación con la discapacidad intelectual, para diseñar planes específicos de intervención que permitan generar intervenciones para aumentar el conocimiento y la precaución sobre el abuso sexual en personas con DI.

La segunda parte hace referencia al estudio empírico. En ella podemos encontrar en primer lugar, el capítulo 4 que muestra los objetivos e hipótesis planteadas, seguidamente, en el capítulo 5, se presenta el método, donde se describen las características de las personas con y sin discapacidad intelectual que han participado en el estudio, el procedimiento seguido y los instrumentos utilizados. En el capítulo 6 se ofrecen los resultados obtenidos tras la realización de los análisis estadísticos oportunos y por último, en el capítulo 7 se analizan e interpretan los resultados obtenidos a la luz de los estudios existentes en el capítulo de discusión y conclusiones.

CAPÍTULO 1. SEXUALIDAD EN LA DISCAPACIDAD INTELECTUAL

1.1. Contexto Histórico

1.2. Sexualidad a lo largo del ciclo vital

1.3. Consecuencias desarrollo sexual no saludable

1.4. Discriminación y D.I.

1.5. La educación sexual de personas con DI

CAPÍTULO 1. SEXUALIDAD EN LA DISCAPACIDAD INTELECTUAL

1.1. Contexto histórico del estudio de la sexualidad de las personas discapacitadas

La sexualidad, según la OMS (2006) es un aspecto inherente al ser humano, que se extiende a lo largo de toda la vida y que abarca el sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se trata de una definición muy comprehensiva que, en contra de la sexualidad genitalizada, abarca un campo en el que las caricias, el autoerotismo, las muestras de afecto y la expresión de emociones tienen cabida.

Según esta definición, la sexualidad se vive y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales y está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales. Por lo tanto, la sexualidad es un concepto multidimensional en el que entran en juego el comportamiento, las emociones y las actitudes, que a su vez expresan la necesidad de intimidad, amor y de relacionarse con otros (Parchomiuk, 2012b).

La definición de la OMS está ampliamente aceptada en la mayor parte de países desarrollados en lo que respecta al ciudadano medio. Sin embargo, cuando se habla de personas con discapacidad intelectual (en adelante DI) la comprensión y aceptación de

esta definición es diferente, habiendo sido incluso excluidos de ella hasta no hace demasiados años.

El concepto así como las actitudes asociadas a la discapacidad han ido variando a lo largo de los años y en esa medida también se ha producido una evolución en el modo de ver la sexualidad en este colectivo. A continuación se van a describir los principales modelos de abordaje y comprensión de la discapacidad.

El primer modelo de discapacidad fue el **médico** (Parchomiuk, 2012a), también llamado biológico o individual, en el que se basó la Convención sobre los Derechos de las personas con Discapacidad y su Protocolo Facultativo (aprobados el 13 de diciembre de 2006) y el texto constitucional derivado de estos que entró en vigor el 3 de mayo del 2008 en España. Este modelo estaba centrado en los déficits biológicos de las personas con discapacidad. El foco se centraba en las limitaciones funcionales y no en aquello que la persona con discapacidad podía hacer. Bajo ese modelo de pensamiento, todas las actuaciones se centraban en suplir las limitaciones para que el discapacitado llevara una vida lo más "normal" posible y de forma integrada en la sociedad, pero siempre se les veía bajo el velo de la "tragedia personal" que suponía su discapacidad en vez de tratar de recuperar o abordar psicológicamente dichas limitaciones.

En este modelo, dada la falta de habilidades para participar en interacciones sociales con fines sexuales que caracterizan a muchos discapacitados, se percibía la sexualidad como un aspecto más de los que estas personas habían perdido debido a su discapacidad, como parte de esa "tragedia personal". Estas dificultades se generalizaron y se tradujeron en la creencia de que estas personas no tenían necesidades sexuales. Esta

creencia dio lugar a una serie de mitos y prejuicios que aún hoy en día están presentes en un porcentaje alto de la población. Estos mitos, según López (2002) y Verdugo, Alcedo, Bermejo, & Aguado (2002), son:

- *Las personas con retraso mental son asexuadas.*
- *Las personas con retraso mental son como niños, también sexualmente.*
- *La intervención en educación sexual despierta su sexualidad dormida: Es mejor no despertar "el fuego" no vaya a ser que después no podamos controlarlo.*
- *Las personas DI no resultan atractivas sexualmente a otras personas.*
- *Los DI son todos heterosexuales*
- *Los discapacitados, en general, no pueden formar pareja ni casarse.*

Estos mitos llegaron a creerse tan fervientemente que Freire, en el año 1986 (p. 24), afirmó que *"ante la imposibilidad de que el discapacitado intelectual sea responsable de sus actos, la obediencia y la autoridad es la única vía posible que queda abierta"*.

Analizando en detalle estos mitos vemos que el primero de ellos hace referencia a que las personas con discapacidad intelectual son asexuadas. Durante años se ha pensado que estas personas carecen de deseo sexual, de fantasías y de capacidad de amar. Sin embargo, el ser humano es un ser sexuado. El desarrollo físico y sexual y el interés sexual de las personas con DI no tiene por qué diferir del desarrollo de las personas sin discapacidad más allá de las diferencias individuales que caracterizan al resto de la población. No es posible reunir a todos en un grupo homogéneo como tampoco lo es agrupar al resto de la población. Los aspectos en los que más dificultades

se pueden encontrar es en la forma de expresar el afecto y en la comprensión de conductas o conceptos relacionados con el tema. En ese ámbito, lo único de lo que precisan es de orientación para saber cómo interpretar sus necesidades y cómo expresar sus deseos, pero sobre todo espacios y tiempos para explorar sus sensaciones y para interactuar con sus iguales.

Relacionado con ese mito encontramos el siguiente, que afirma que son como niños y en esa medida inocentes y también asexuados prolongando así un mito también falaz que entiende que los niños son como “ángeles” y, por tanto, carecen de sexualidad. Esta afirmación implica que no son capaces de tomar sus propias decisiones, son susceptibles de engaño y no son responsables.

Esto contrasta con otra creencia muy extendida explicitada en el siguiente mito que entiende la sexualidad del discapacitado como una fuerza incontrolable una vez se ha dejado que se manifieste. Es decir, se parte de la creencia de que algunos DI tienen un apetito sexual exacerbado, dificultad para controlar sus impulsos y/o son promiscuos. Contrastan estas dos visiones contradictorias: por un lado el ángel y, por el otro, el depravado. La realidad es que ninguna de ellas es cierta (Guadarrama & González, 2013).

Todos los seres humanos somos capaces de amar, expresar afecto y cariño, compartir sensaciones corporales, seducir, enamorar y respetar a la pareja. Los DI son personas sexuadas con los mismos deseos y necesidades sexuales que las personas sin discapacidad (Borawska-Charko, Rohleder, & Finlay, 2016), con mayor o menor capacidad de decisión, si bien en muchos casos precisarán contar con los apoyos necesarios para poder tomar las decisiones de forma adecuada y no incurrir en

conductas de riesgo o ser manipulados por otros. Las conductas que muchas veces se interpretan como muestras de descontrol son el resultado de una falta de educación sexual integral. Si el discapacitado crece entendiendo la sexualidad como tema tabú, tratará de explorar por sus medios hasta lograr descubrir aquello que no conoce. En ese contexto, una caricia íntima se debe interpretar como un indicador del interés por conocer, y no como una muestra de perversión o algo que haya que reprimir. De lo que precisan es información acerca de las convenciones sociales para, de esta forma, saber discernir entre lo que se considera aceptable hacer en público o privado, las muestras de afecto apropiadas o inapropiadas y saber adecuarlas a cada persona y situación.

Pensar que el desconocimiento de la sexualidad llevará a reducir los impulsos sexuales y, en esa medida, disminuirá los "problemas" que podría generar a su entorno no se apoya sobre una base lógica (Mayoral, López, Morentin, & Arias, 2012). La expresión de la sexualidad se normaliza al observar los modelos cercanos que rodean al individuo (Guadarrama & González, 2013). La privación de este aprendizaje dificultará el reconocimiento y comprensión de sus sensaciones cuando comiencen a manifestarse, durante la adolescencia, con los cambios hormonales, las inquietudes y necesidades propias mermando las claves para relacionarse con los demás. Privar de la guía necesaria en general no es adecuado, pero en el caso de esta población puede dar lugar a situaciones de riesgo (de contagio de ITS o embarazos no deseados), a abusos sexuales y, en el mejor de los casos, a situaciones que como hemos comentado anteriormente, llevan a pensar a los familiares que se encuentran ante una persona con un deseo sexual irrefrenable. A las muestras de afecto se les atribuye un contenido sexual que la mayor parte de las veces no tienen y se piensa que en el sexo no buscan

afecto, sino satisfacción de “necesidades” puramente biológicas. En algunos casos, desgraciadamente, se reprime a la persona con DI de tal forma que pasa su vida sin experimentar contactos sexuales de ningún tipo.

El siguiente mito asume que las personas con DI no resultan atractivas sexualmente a otras personas. Esto tiene relación con el canon de belleza establecido en la sociedad que hemos comentado anteriormente. Esta falsa creencia dificulta el establecimiento de relaciones con fines sexuales en las personas con DI, siendo esto especialmente grave en el caso de las mujeres, provocando sensación de fracaso tanto por ser discapacitadas intelectuales como por no ser atractivas físicamente. Este pensamiento merma la autoestima de este colectivo y limita sus posibilidades de integración en la vida comunitaria (Zárate & Calderón, 2010).

Tampoco es cierto que todos los DI sean heterosexuales. Los estudios afirman que los porcentajes de homosexualidad, bisexualidad y transexualidad son iguales en población con y sin discapacidad intelectual (Noonan & Gomez, 2010). Cabe añadir que a pesar de la lucha que se está llevando a cabo por desmentir que los discapacitados intelectuales son asexuales, hay un porcentaje que sí lo es, pero por decisión propia: un modelo sociopolítico legítimo y sano al igual que los otros (Lund & Johnson, 2015).

Por último, frecuentemente se considera que no pueden (o deben) formar pareja ni casarse. Se opina que no son lo suficientemente responsables o autónomos como para organizarse, gestionar una vivienda ni vivir una sexualidad responsable. Munro (2011) llevó a cabo una revisión que sugirió que una gran parte de las parejas con discapacidad intelectual pueden tener matrimonios y relaciones amorosas de larga

duración. Sin embargo, estas parejas cuentan con dificultades para encontrar terapeutas que quieran trabajar con ellos y ayudarles a llevar a cabo ese proyecto (Munro, 2011), por lo que desarrolló un modelo terapéutico denominado "Positive support-couple therapy" a través del cual los discapacitados en la actualidad poseen más facilidades para su desarrollo afectivo-sexual y su entorno para comprender y colaborar en dicho desarrollo.

El mito de la falta de capacidades de gestión u organización y de autonomía del que hablábamos anteriormente se relaciona frecuentemente con la creencia de que "la discapacidad engendra discapacidad". Se cree que todos los hijos de personas con una discapacidad intelectual nacen a su vez discapacitados, y por tanto, si se impide que estas personas tengan hijos, se controla la tasa de natalidad de discapacitados. Los estudios afirman que tan solo el 30% de los hijos de padres con DI nacen con una afectación cognitiva moderada o severa (Verdugo et al., 2002). En cuanto a su salud general, los estudios demuestran que los hijos de madres con discapacidad tienen ratios similares de obesidad, asma y otras patologías (Powell, Parish, & Akobirshoev, 2016).

Otro argumento que se aporta en contra de que los DI tengan derecho a ser padres es que no serán capaces de transmitir valores y conocimientos a sus hijos. Los mitos se construyen cuando se simplifica hasta el extremo la realidad. No se puede incluir en la misma categoría a los DI leves, moderados e incluso a los profundos. Si pensamos en los severos y profundos, con toda seguridad hemos de aceptar que no van a ser capaces de asumir la responsabilidad de criar y educar a un hijo dado que no han podido asumir la de vivir autónomamente ellos mismos. Pero no ocurre lo mismo en los casos leves o incluso en algunos moderados en los que con cierto grado de

apoyo, por supuesto, pueden colaborar e incluso responsabilizarse por completo de gran parte de las tareas que supone la paternidad. La cuestión relativa a la educación de los hijos queda fuera de discusión ya que los principales valores tales como la generosidad o la honestidad no son privativos de las personas sin DI.

Las limitaciones que las personas con DI tienen en el ámbito de la sexualidad no provienen de sus limitaciones físicas o psicológicas, sino de los factores externos (Parchomiuk, 2012b). Hay que educarles (a ellos y a los familiares y profesionales) para que comprendan que sexualidad y genitalidad no son sinónimos, que las personas con DI se enamoran, tienen fantasías y sienten deseo, y que todo ello es necesario para su desarrollo emocional. Reprimirlo les priva de la sensación de bienestar y satisfacción a la que como personas tienen derecho. La educación sexual, por tanto, no despierta nada, sino que sirve para ayudar a vivir una sexualidad completa y satisfactoria.

Todos estos mitos se han ido mitigando a medida que la educación sexual se ha ido introduciendo de forma transversal en asignaturas aunque siguen presentes en un alto porcentaje de la población. Los inicios de la educación sexual se remontan a los años 80, con los primeros seminarios sobre socialización y sexualidad. En un principio, de acuerdo con el modelo médico, esta educación sexual se centró en evitar riesgos y educar conforme a la moral dominante, más que en mejorar la calidad de vida de las personas con DI (Parchomiuk, 2012a). Poco a poco, con el paso de los años, se evolucionó hacia un modelo en el que se daba más énfasis a la transmisión de valores éticos y a la promoción de las capacidades del individuo para vivir adecuadamente las relaciones interpersonales, entendiendo la sexualidad como una dimensión positiva del ser humano en todas las edades. Este modelo, conocido como el modelo **social** surgió

como respuesta a las personas con DI que querían tener una participación mayor en la sociedad y más poder sobre sus vidas (Parchomiuk, 2012a). Se centra en la idea de que la discapacidad tiene menos que ver con las limitaciones biológicas que con las que impone la sociedad, compuestas por las restricciones materiales y por el constructo social, algo que depende en gran medida de la cultura. Para hacer frente a estas limitaciones se defiende la participación activa y la destrucción de las barreras físicas, económicas y sociales.

Como resultado de este cambio de modelo se produjeron modificaciones en la legislación española, como se recoge en la Ley 26/2011 del 1 de agosto en el BOE. Esta modificación de la Ley anterior y con la Ley 51/2003 como precedente, *"da un impulso reformador en el sentido de salvaguardar los derechos de tales personas con el objetivo de favorecer la toma de decisiones en todos los aspectos de su vida, tanto personal como colectiva, avanzar hacia la autonomía personal desinstitucionalizada y garantizar la no discriminación en una sociedad plenamente inclusiva"*.

Como hemos comentado anteriormente, los mitos que estaban presentes con el anterior modelo lo siguen estando para una gran parte de la sociedad en la actualidad. Sin embargo, bajo este modelo se ha ido avanzando hacia una postura más abierta, como demuestran diversos estudios internacionales, entre ellos el de McGuire & Bayley (2011), que también afirma que aunque se han producido numerosos avances ideológicos al respecto, en la práctica todavía no se han manifestado de forma evidente. En este estudio se han analizado los factores que determinan el grado de aceptación de la sexualidad en su sentido más amplio en los discapacitados intelectuales. La conclusión es que aunque se desconoce la naturaleza cognitiva de este

proceso, se sabe que el grado de discapacidad, la edad, el género, el nivel de educación, la religión y el aspecto influyen en las actitudes hacia la sexualidad en el DI, además de la cercanía a personas con DI. Algunos de los temas que más polémica suponen y más influyen en la elaboración de dichas actitudes son la anticoncepción, la autonomía y la discapacidad de la pareja (Esterle, Sastre, & Mullet, 2008; Morales, López, Charles, Tuero, & Mullet, 2011).

A pesar de todos los matices, de forma general la aceptación por parte de la sociedad de la sexualidad en DI ha aumentado notablemente y, como consecuencia, las personas con DI han avanzado en la consecución de derechos sociales que incluyen su participación como seres sexuales con dignidad, respeto, privacidad, igualdad y libertad, algo que se refleja en los derechos sexuales que se exponen a continuación. Antes es necesario comprender qué son los derechos sexuales.

A nivel internacional, los derechos sexuales de los discapacitados fueron puestos en papel mediante la Declaración de los Derechos Sexuales de la WAS, originalmente proclamada en el 13er Congreso Mundial de Sexología en Valencia, España, en 1997 y revisada en numerosas ocasiones. Esta declaración define los derechos sexuales como *"derechos humanos universales basados en la libertad, la dignidad e igualdad inherentes en todos los seres humanos. Son fundamentales para asegurar el desarrollo de una sexualidad saludable en los seres humanos y las sociedades y para conseguirlo, deben ser reconocidos, respetados, ejercidos, promovidos y defendidos por todas las sociedades con todos sus medios"*.

Son los siguientes:

1. El derecho a la igualdad y a la no-discriminación. Con ello, toda persona sin distinción alguna tiene derecho a disfrutar de los derechos sexuales.
2. El derecho a la vida, libertad y seguridad de la persona. Estos derechos no pueden ser amenazados, limitados o retirados por razones relacionadas con la sexualidad.
3. El derecho a la autonomía e integridad del cuerpo. Toda persona tiene derecho a decidir libremente sobre asuntos relacionados con su cuerpo y su sexualidad. Estas decisiones requieren de un consentimiento libre e informado previo a cualquier prueba, intervención, terapia, cirugía o investigación relacionada con la sexualidad.
4. El derecho a una vida libre de tortura, trato o pena crueles, inhumanos o degradantes. Esto incluye la esterilización forzada, la anticoncepción o aborto forzados y otras "formas de tortura, tratos crueles, inhumanos o degradantes cometidos por motivos relacionados con el sexo, género, orientación sexual, identidad y expresión de género y la diversidad corporal de la persona".
5. El derecho a una vida libre de todas las formas de violencia y de coerción. Esto incluye la violación, el abuso sexual, el bullying, etc. y la "violencia cometida por razón de prácticas sexuales, de orientación sexual, de identidad, de expresión de género y de diversidad corporal reales o percibidas".
6. El derecho a la privacidad.
7. El derecho al grado máximo alcanzable de salud, incluyendo la salud sexual que comprende experiencias sexuales placenteras, satisfactorias y seguras. Esto requiere de servicios de atención a la salud sexual de calidad, disponibles, accesibles y aceptables.

8. El derecho de gozar de los adelantos científicos y de los beneficios que de ellos resulten.
9. El derecho a la información. Toda persona debe tener acceso a dicha información, "no censurada o retenida arbitrariamente ni manipulada intencionalmente".
10. El derecho a la educación y el derecho a la educación integral de la sexualidad. Ésta debe ser "apropiada a la edad, científicamente correcta, culturalmente competente y basada en los derechos humanos, la igualdad de género y con un enfoque positivo de la sexualidad y el placer".
11. El derecho a contraer, formar o disolver el matrimonio y otras formas similares de relaciones basadas en la equidad y el pleno y libre consentimiento.
12. El derecho a decidir tener hijos, el número y espaciamiento de los mismos, y a tener acceso a la información y los medios para lograrlo. "Para ejercer este derecho se requiere acceder a las condiciones que influyen y determinan la salud y el bienestar, incluyendo los servicios de salud sexual y reproductiva relacionados con el embarazo, la anticoncepción, la fecundidad, la interrupción del embarazo y la adopción".
13. El derecho a la libertad de pensamiento, opinión y expresión.
14. El derecho a la libre asociación y reunión pacíficas.
15. El derecho a participar en la vida pública y política.
16. El derecho al acceso a la justicia y a la retribución y la indemnización.

Estos son los derechos descritos para la población sin discapacidad, ¿por qué habrían de ser diferentes para las personas con una discapacidad intelectual? Estas personas, como seres humanos, tienen derecho a una vida sexual y afectiva completa,

basándose en el principio de que tienen derecho al máximo nivel de integración y normalización posible. Este derecho no implica la obligación de recibir ayuda en este ámbito, sino la posibilidad de recibirla en caso de que la persona lo precise, amparada bajo un marco legal en el que pueda ejercer sus derechos sexuales y afectivos y contando con los apoyos (recursos y estrategias) necesarios para promover su desarrollo, su educación, sus intereses y su bienestar, e incrementar su funcionamiento intelectual.

El profesor Félix López (2011) propone un modelo comprehensivo para dar respuesta a estas necesidades que denomina modelo **biográfico-profesional**. Este modelo coincide en la mayor parte de características con el modelo social pero añade una especificación, y es la individualidad. El modelo escapa de aquellos que buscan adoctrinar tanto en el sentido de la represión como en el contrario. Según López (2011), hay diferentes biografías sexuales saludables por lo que se debe respetar el derecho de cada persona a tomar sus propias decisiones en cuanto a su vida sexual. Las personas tienen derecho a recibir información para tomar sus decisiones y llevar a cabo conductas que promuevan su bienestar. Habrá tantas opciones y conductas de sexualidad como personas y situaciones, todas con los derechos humanos universales como base y una visión positiva de la sexualidad, no reducida a la genitalidad y que reconozca la amplitud del marco corporal y las dimensiones psicológicas y sociales de la sexualidad y los diferentes tipos de relaciones interpersonales. En este modelo, lo más importante es mantener una actitud erotofílica (que implica un discurso positivo sobre la sexualidad), profesional (de búsqueda continua de los conocimientos científicos más fundamentados), tolerante (de aceptación de la diversidad en las formas concretas de

vivir la sexualidad que no atenten los derechos humanos) y ética (en la que se sea responsable del grado de libertad que ponemos en práctica) (López, 2011).

1.2. Sexualidad a lo largo del ciclo vital

Las etapas de la sexualidad del ciclo vital del ser humano, son comunes para todas las personas, sin distinción en función de sus características individuales, siendo comunes para las personas con Di y las personas sin DI.

Es importante clarificar conceptualmente que cuando hablamos de sexo no solo nos referimos a lo que se hace o a lo que se tiene, sino a cómo somos, cómo nos vivimos y nos expresamos a lo largo de todo nuestro ciclo vital, con nuestros matices y peculiaridades individuales que también tienen las personas con discapacidad. Pozueta e Ibáñez (2005) proponen un esquema clarificador de conceptos para lo que llaman “el hecho sexual humano” (HSH) (véase figura 1), que puede ser útil para clarificar conceptos.



Figura 1. Componentes del HSH (tomado de Pozueta e Ibáñez, 2005)

La **Sexualidad** es la forma subjetiva mediante la cual cada mujer y cada hombre se vive, se identifica y manifiesta que es sexuado (Gorguet, 2008). Es evolutiva, pues tiene un significado, unas vivencias que se expresan de forma peculiar en hombres y mujeres, de modo diferente en las distintas etapas de la vida de las personas, esto es en la niñez, en la adolescencia, en la edad adulta y en la vejez.

La **Erótica** es la expresión del HSH y se sirve del gesto (lo externo, conductas sexuales) y del deseo (que es interno). Se concreta en el disfrute de los sentidos y las fantasías, es cambiante con la edad, y recibe una fuerte influencia del modelo social y cultural en el que se está inmerso.

La **Amatoria** hace referencia a las relaciones íntimas entre los sexos. Reducir la actividad sexual a una sucesión de coitos es señal de equívocos, como reducir sexo a genitales y desexualizar así el resto del cuerpo. Somos hombres y mujeres sexuales en todas las etapas del ciclo vital, no en un hecho en concreto.

Como señalan Pozeta e Ibáñez (2005), la sexualidad tiene diferentes dimensiones, no solo la reproductiva, también tiene una dimensión recreativa y una dimensión relacional. Todas estas dimensiones se manifiestan a lo largo de las diferentes etapas del ciclo vital.

La sexualidad a lo largo de la evolución sexual de una persona, como ya hemos comentado antes, no se diferencia de la población sin DI, por lo tanto es común, para todos los seres humanos.

Existen 6 etapas, siguiendo el modelo propuesto por de la Cruz (2003), que describimos a continuación:

1. Etapa Prenatal: En ella se produce la formación de los genitales internos y externos, así como la diferenciación cerebral.
2. Etapa Neonatal: Caracterizada por la diferenciación anatómica del sexo, y con ello, el comienzo de la socialización y la educación diferenciada.
3. Etapa Infantil:
 - a. Desde el nacimiento hasta los 2 años se produce el desarrollo del apego y la aceptación de la intimidad,
 - b. Entre los 2 y los 6 años crece la curiosidad sexual, la exposición a modelos sexuales de imitación y la identificación sexual.
 - c. Entre los 6 y los 11 años se produce la interiorización de las normas y reglas sexuales, el aprendizaje sexual y el desarrollo de la identidad sexual.
4. Etapa Adolescente: En esta etapa se produce el desarrollo físico, de los genitales y de los caracteres sexuales. El desarrollo intelectual y social influye en la orientación del deseo originándose los sentimientos psicosexuales, el deseo, la atracción y el enamoramiento.
5. Etapa adulta: Durante esta etapa se produce una enorme evolución, ya que se acumulan experiencias, es el período de formación de parejas, paternidad, etc. En la segunda fase del periodo adulto (40-60 años) se produce una evolución y una nueva redefinición de la identidad sexual.
6. Etapa de senectud: Se mantiene el deseo sexual aunque pueden aparecer limitaciones que no tienen por qué impedir la vida sexual.

1.3. Consecuencias de un desarrollo sexual no saludable

Como hemos comentado anteriormente, la educación afectivo-sexual en el modelo médico se centraba en la prevención de riesgos. Si bien este modelo está en gran parte superado, no podemos desestimar sus aportaciones puesto que es necesario conocer las posibles consecuencias de un comportamiento sexual no saludable para comprender los beneficios de una buena educación afectivo-sexual. En este apartado nos centraremos en el análisis de las consecuencias socio-sanitarias como son los embarazos no deseados y las infecciones de transmisión sexual sin adentrarnos en la peor de las consecuencias, a saber, los abusos sexuales ya que este aspecto se trata con mayor profundidad más adelante.

1.3.1 Sexualidad de las personas con distintos grados de discapacidad intelectual

La American Association on Intellectual and Developmental Disabilities AAIDD (2011) propuso un modelo multidimensional para el funcionamiento humano, en el que se describían dos componentes: por un lado las cinco dimensiones básicas y por otro la cantidad y calidad de los apoyos que precisan las personas con DI. En función del desarrollo de cada una de las dimensiones, los apoyos de los que precisará la persona con DI serán unos u otros. Estas dimensiones son:

- **Habilidades intelectuales.** Esta dimensión hace referencia a la capacidad mental e incluye razonamiento, planificación, solución de problemas, pensamiento abstracto, comprensión de ideas complejas y capacidad de aprendizaje.
- **Conducta adaptativa.** Hace referencia al conjunto de habilidades conceptuales (lenguaje, lectura, escritura, conceptos monetarios), sociales (interacción con

otros, responsabilidad, autoestima, seguir reglas etc.) y prácticas (preparar comidas, asearse y

asear la casa, vestirse, desplazarse, manejar el dinero, usar el teléfono, etc.) aprendidas por las personas para funcionar en su vida diaria.

- **Salud.** Este componente es necesario en una concepción integrada porque la condición de salud de un individuo puede afectar a su funcionamiento de forma directa o indirecta a través de cada una de las cuatro dimensiones restantes.
- **Participación.** Se refiere al desempeño en actividades vitales y se relaciona con el funcionamiento del individuo en sociedad. Se refiere a roles e interacciones en las áreas de vida en el hogar, trabajo, educación, y actividades de ocio y culturales. La participación también incluye los roles sociales que son actividades consideradas como normales para un grupo de edad específico. La observación directa del compromiso y el grado de involucración en actividades diarias es el mejor modo de reflejar la participación.
- **Contexto.** Los factores contextuales incluyen factores ambientales y personales y representan las circunstancias de la vida de un individuo. Pueden tener un fuerte impacto en su funcionamiento.

Estas dimensiones se ven afectadas cuando una persona tiene discapacidad intelectual. La discapacidad intelectual incluye tanto las limitaciones del funcionamiento intelectual como el comportamiento adaptativo en los dominios conceptual, social y práctico (APA, 2014). Según el DSM-5, para ser diagnosticado como DI se deben cumplir los tres criterios siguientes:

- Deficiencias en las funciones intelectuales confirmadas mediante la evaluación clínica y pruebas de inteligencia estandarizadas individualizadas.
- Deficiencias del comportamiento adaptativo que producen fracaso del cumplimiento de los estándares de desarrollo y socioculturales para la autonomía personal y la responsabilidad social. Sin apoyo continuo estas deficiencias limitan el funcionamiento en una o más actividades de la vida diaria.
- Inicio de las deficiencias intelectuales y adaptativas durante el período de desarrollo.

Existen distintos grados de discapacidad intelectual en función de la afectación en los dominios conceptual, social y práctico. Cada grado tiene unas características específicas, y por lo tanto cada grupo vivirá la sexualidad de una manera diferente, cada uno alcanzando el grado máximo que sus capacidades le permitan adquirir. En este apartado vamos a describir las características de cada uno de estos grupos de forma general, teniendo siempre en cuenta que hay diferencias individuales que hacen que las características no sean un reflejo exacto de todas las personas con ese grado de discapacidad intelectual. De menor a mayor afectación, los grados son DI ligera o leve, moderada, grave y profunda (APA, 2014).

1.3.1.1 Discapacidad Intelectual leve

En el dominio *conceptual*, en preescolar puede no haber diferencias manifiestas, pero se necesitan apoyos para cumplir las expectativas en relación con la edad. Los adultos presentan una alteración del pensamiento abstracto, función ejecutiva y memoria a corto plazo, así como del uso funcional de las aptitudes académicas. En el

dominio *social* se muestran inmaduros en las relaciones sociales y tienen dificultades en la regulación de sus emociones y de su comportamiento, además de correr el riesgo de ser manipulados por otros debido a su comprensión limitada del riesgo en las relaciones sociales. En el ámbito *práctico* son autónomos en la mayor parte de actividades pero requieren de ayuda para tomar decisiones legales, el cuidado de su salud, la gestión de dinero, el cuidado de los hijos, etc. (APA, 2014).

Según Masters, Johnson, & Kolodny (1997), las personas con DI leve apenas se distinguen de la población sin DI sexualmente. Pueden llevar una vida normal en este ámbito porque pueden aprender y entender las enseñanzas en materia de sexualidad sin ningún problema, aunque precisarán de apoyos para comprender conceptos complejos o cuidar a sus hijos.

1.3.1.2 Discapacidad Intelectual Moderada

En el dominio *conceptual*, los niños presentan un retraso notable en comparación con sus iguales. El desarrollo es más lento, y los adultos precisan de ayuda en el contexto académico, en el trabajo y en la vida personal, aunque tienen un desarrollo elemental de las aptitudes académicas. En el dominio *social*, el lenguaje es mucho menos elaborado que el de sus iguales pero la capacidad de relacionarse con las personas está preservada, pudiendo tener en ocasiones relaciones sentimentales aunque con la dificultad de que habitualmente no perciben e interpretan con precisión las señales sociales (lo que les lleva a una capacidad más limitada para tomar decisiones). En cuanto al dominio *práctico*, necesitan más tiempo para adquirir autonomía pero pueden responsabilizarse de su cuidado, aseo personal y tareas de la casa (APA, 2014).

Las personas con DI moderada no tienen tanta facilidad como las personas con DI leve para comprender términos complejos en materia de sexualidad. Son propensas a comportarse de forma infantil o poco controlada al manifestar su afecto hacia los demás y erróneamente pueden considerarse como desinhibidos (Masters et al., 1997). Son mucho más vulnerables a sufrir abusos y a cometerlos, tienen dificultades para evitar las prácticas sexuales de riesgo, no les es fácil establecer relaciones de pareja y mantenerlas, etc. (López, 2009). Sin embargo, estas personas son capaces de comprender la forma en que se conciben los hijos, de controlar sus impulsos, a masturbarse en privado y a no permitir que se abuse de ellas o a no abusar de los demás (Masters et al., 1997).

1.3.1.3 Discapacidad Intelectual Grave

En cuanto al dominio *conceptual* sus habilidades son muy reducidas. Presentan poca comprensión del lenguaje escrito y de conceptos que implican números, cantidades, tiempo y dinero. Es esencial la ayuda de los cuidadores. En el dominio *social*, el lenguaje hablado presenta numerosas limitaciones en vocabulario y gramática. Comprenden el habla sencilla y los gestos. La relación con los miembros de la familia y otros parientes cercanos son fuente de placer y de ayuda. En el dominio *práctico*, estas personas necesitan ayuda y supervisión constante y no pueden tomar decisiones responsables (APA, 2014).

En este grupo la educación afectivo-sexual se debe centrar en la prevención del abuso sexual y hay que estimular que realicen ellos mismos los cuidados personales e íntimos más básicos, algo que forma parte de la sexualidad (Masters et al., 1997).

1.3.1.4 Discapacidad Intelectual Profunda

En el dominio *conceptual* se limitan a conceptos físicos, y no simbólicos. Sus alteraciones pueden impedir un uso funcional de los objetos. En el dominio *social* presentan una comprensión limitada del habla y de los gestos pero pueden expresar voluntades y emociones. En el dominio *práctico* dependen de otros para realizar cualquier tipo de tarea. No obstante, pueden ayudar en algunas tareas del hogar.

No están descritas las actuaciones específicas en materia de sexualidad en este grupo pero se aplicarían las mismas precauciones que en el caso de la DI grave con especial atención a tratar de evitar abusos sexuales.

El hecho de que la persona tenga una discapacidad intelectual no afecta al desarrollo de sus características sexuales, exceptuando algunos casos en los que la discapacidad intelectual cursa con malformidades congénitas en los caracteres sexuales (Síndrome de Turner, Hiperplasia Suprarrenal Congénita, Síndrome de Klinefelter, Síndrome de Smitz-Lemli-Opitz, etc.), en las que es la anomalía sexual la que influirá en su desarrollo psicosexual. Pero incluso en estos casos, se puede y debe dar una educación afectivo-sexual en cualquier grado de discapacidad adecuando la metodología y/o el nivel de exigencia en cuanto a conocimientos que puedan adquirir.

Otro factor fundamental independientemente del grado de discapacidad es el apoyo familiar. Los padres son las personas que más influyen en el desarrollo de la sexualidad de sus hijos y, por lo tanto, deben ser los primeros modelos y los que actúen

a lo largo de las diferentes etapas evolutivas. Según Amor (2000), los aspectos que aporta la familia a la educación afectivo-sexual de sus hijos son:

- La familia es responsable de crear un clima de amor y de mutua comunicación que permita la transmisión de conocimientos sobre sexualidad.
- Dentro del núcleo familiar se transmiten los valores primordiales sobre la vida sexual.
- La vida y el comportamiento de los padres tienen una influencia decisiva en la educación sexual de sus hijos puesto que los padres desempeñan un papel determinante en la formación de la identidad sexual de estos y en la posibilidad de abrirse al mundo logrando la socialización.
- A los padres corresponde resolver las primeras curiosidades sexuales de los hijos.
- La manifestación del pudor en la familia se convertirá en un modelo de comportamiento interiorizado. Por ellos es recomendable que se realice con naturalidad y sin llegar a los extremos: ni el exceso de naturalismo ni el estricto cuidado al mostrarse.

Si bien el papel de la familia es clave en el desarrollo sexual saludable de los DI, la influencia de los profesionales con los que conviven en el día a día también lo es. Tanto en un caso como en otro, el apoyo no es especializado y pueden influirles las creencias propias de cada uno de ellos. Para muchos profesionales es complicado saber hasta dónde llegar en materia de sexualidad (apoyándola o hablando de ella) sobre todo en aquellos casos no establecidos por ley o regulación interna de la institución. En ocasiones puede ser conveniente un asesoramiento por parte de expertos en sexología y en educación afectivo-sexual en la discapacidad intelectual (Parchomiuk, 2012b).

1.3.2. Embarazos no deseados

El riesgo que más preocupa a las personas que rodean a los DI son los embarazos no deseados. Se trata de una consecuencia relativamente frecuente ya que son pocas las discapacidades intelectuales que cursan con infertilidad. La falta de educación afectivo-sexual puede provocar que estas personas realicen prácticas sexuales no seguras que lleven a un embarazo no deseado. Cuando se trata de discapacitados intelectuales varones, los familiares son más permisivos y están más abiertos a que manifiesten su afecto y su sexualidad. Sin embargo, cuando se habla de mujeres la permisividad, igual que en la población sin discapacidad, es muy diferente, precisamente por miedo al embarazo. Esto lleva a que en muchas ocasiones no se eduque a la mujer en materia de sexualidad pensando que de esa forma no se desarrollará o se le limite la información, se restrinjan situaciones que propicien la sexualidad, se usen métodos anticonceptivos permanentes o abortos forzados (otro tipo de abuso) o se las esterilice, si bien esta última práctica se ha reducido notablemente los últimos años de forma paralela al aumento de información en la sociedad sobre la sexualidad en DI.

1.3.3. Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)

Cuando no hay educación y no se usan métodos anticonceptivos existe un riesgo similar de embarazo no deseado y de contraer una infección de transmisión sexual, como VIH, sífilis o muchas otras. Ante esto, como hemos comentado, se puede limitar la información sobre sexualidad pero la curiosidad puede llevar a las personas con DI a

experimentar, y por ello es necesario que siempre estén bien informados en esta materia.

Los motivos por los que las personas con DI están más expuestas a las ITS son los siguientes (Martin, 2010):

- Tienen mayor riesgo de abuso, dato en el que incidiremos en más profundidad en el tercer capítulo.
- Suelen ser víctimas del mito de la "curación a través de las vírgenes", una creencia de que al tener relaciones con una virgen, la infección pasa a esta persona y "cura" al que estaba infectado. Va asociado a la creencia de que la mujer con DI es virgen.
- Escaso o nulo conocimiento acerca de la prevención de ITS por falta de educación sexual al respecto.
- Suelen tener acceso solamente a relaciones ocasionales, por la imagen social de los matrimonios en los que hay una persona con discapacidad intelectual.
- Si tienen trastornos conductuales, con agresión hacia sí mismos o hacia terceros, tienen mayor riesgo de adquirir VIH y/o Hepatitis B por vía sanguínea.

Además la falta de educación sobre dichas ITS supone en sí misma un factor de riesgo para el contagio. En un estudio de Wells, Clark, & Sarno (2014) se obtuvo que un 67% de los participantes sexualmente activos con discapacidad intelectual no tenían ninguna información o, si la tenían, era muy escasa acerca del VIH, por lo que es necesario asegurar la formación acerca de las ITS, ya sea a través de formadores o de sistemas multimedia como los que utilizaron en dicho estudio.

1.4. Discriminación y DI: el caso de las mujeres

Las personas con DI frecuentemente son víctimas de la discriminación asociada al hecho de ser discapacitadas, lo que se muestra en los siguientes datos obtenidos en un estudio en el que personas con DI estaban integradas en clases con personas sin DI (Gómez, Verdugo, Arias, & Irurtia, 2011):

A través del autoinforme:

- Un 50% considera que no tiene los mismos derechos que sus iguales sin discapacidad.
- Un 49% considera que no se respeta su intimidad.
- Un 48% que son tratados de forma diferente.
- Un 28% que no les dejan defender sus ideas y opiniones.
- 23% que les controlan los gastos.
- 21% que están excluidos de la sociedad.
- 16% no toman sus propias decisiones.

A través de la observación externa:

- 55% no tiene suficiente información sobre sus derechos.
- 54% tiene limitado algún derecho legal.
- 83% tiene dificultades para defender sus derechos cuando estos son violados.
- 49% de las familias vulneran su intimidad.

Si bien la discriminación de este colectivo en general es un hecho, es necesario dada la enorme diferencia entre hombres y mujeres, hacer una mención especial a las mujeres con discapacidad, y en concreto con discapacidad intelectual, ya que éstas

están peor consideradas que las que presentan una discapacidad física (Coleman, Brunell, & Haugen, 2015).

Hace alrededor de 50 años las personas con discapacidad intelectual empezaron a ganar en derechos y libertades, y comenzaron su arduo camino hacia la aceptación y la integración social. Consiguieron el derecho a la educación, al trabajo, al dinero y en cierta medida a la autonomía. Sin embargo, ese avance no se produjo al mismo ritmo en hombres y en mujeres (Civit & Galindo, 2012). La creencia de que el lugar de una mujer es su casa y no el mundo laboral exterior y el miedo a que quedaran embarazadas si entraban en contacto con hombres provocó unas diferencias abismales que aún hoy en día se pueden observar. Una prueba de las diferencias que existen actualmente entre hombres y mujeres con DI es la tasa de alfabetización básica, dos veces inferior en las mujeres. Nos encontramos, pues, ante un panorama de triple discriminación: por ser mujer, por ser discapacitada y por el hecho de que esa discapacidad sea intelectual (Civit & Galindo, 2012).

Algunos de los factores que hacen a las mujeres con DI más vulnerables que otras mujeres y que los hombres con DI a malos tratos y otros tipos de violencia son los siguientes:

- Una mayor dependencia de otros. Las mujeres se ven más frecuentemente sobreprotegidas por el miedo a que cualquier cosa pueda ocurrirles, parte del paternalismo presente en la sociedad hacia todas las mujeres y de forma más intensa en este sector de la población. Esto les lleva a una personalidad dócil y a una mayor dependencia, lo que a su vez les hace más vulnerables a abusos y maltratos.

- Miedo a denunciar y perder los cuidados y vínculos. Tradicionalmente una mujer debe ser buena y estar acompañada de personas que la quieran. Muchas mujeres con DI tienen la creencia de que si denuncian, no solo el maltratador sino todo su ambiente les dará la espalda, pudiendo quedar solas y desamparadas. Con ello, según esta creencia, perderían su función como mujeres (entendiendo a la mujer bajo la visión tradicional de "persona que necesita de un hombre para reafirmarse y cumplir con sus deberes reproductivos").
- Menor credibilidad a la hora de denunciar. Dada su discapacidad intelectual, muchas veces se pone en tela de juicio sus confesiones. Ese dato es utilizado por los abusadores en su contra, y les lleva a pensar que si denuncian no les creerá nadie y les dejarán solas.
- Enfrentamiento entre los papeles tradicionales de la mujer, negados a este tipo de mujeres. Tradicionalmente la mujer es mujer en la medida en que es atractiva, es esposa y es madre. A lo largo de la vida de la mujer con DI se les convence de que no encajan en el canon de belleza, que no son atractivas y, por lo tanto, no van a triunfar en la vida, pues eso les dificulta encontrar un buen marido con el que ser buenas esposas. Además, la sobreprotección que reciben por parte de la familia dificulta las relaciones interpersonales, y con ello, una relación. En caso de que tengan esa relación y quieran ser madres, la sociedad y los allegados suelen poner muchas dificultades en ello por creencias erróneas sobre la maternidad en mujeres con DI, apartado en el que profundizaremos más adelante. Al no encajar en esos aspectos, las mujeres con DI tienden a acomodarse en el rol de la persona obediente, la persona buena, lo que facilita los abusos.

- Más dificultades en expresar los malos tratos por las barreras de comunicación presentes entre personas con DI y sin ella.
- Dificultad de acceso a los puntos de información y asesoramiento.

Es por ello que están especialmente discriminadas: a la explotación sexual o violencia doméstica se le suma la sustitución de la toma de decisiones sobre sus propios cuerpos. Además, para justificar esa sustitución surgen pensamientos erróneos como que no pueden comprender, que no tienen nada que decir, que no son capaces de manejar su propia vida o que no pueden asumir planes de vida, deseos o intereses propios (Murúa, 2015).

Cuando se les pregunta a estas mujeres qué opinan acerca de su sexualidad y de cómo ésta se ve afectada por su discapacidad, indican que la discapacidad afecta en gran medida y de forma negativa a su sexualidad. Las percepciones negativas sobre el sexo resultan generalmente en abstinencia autoimpuesta debido al miedo a la relación, a la intimidad o al resultado (Bernert & Ogletree, 2013). Desean autonomía sexual frente al ambiente centrado en la discapacidad en el que viven. Consideran que la sobreprotección a la que suelen estar sometidas interfiere en su autosuficiencia sexual (Bernert, 2010), lo que concuerda con estudios en los que una menor interferencia de la familia se ha correlacionado con una mayor capacidad de autodeterminación en este colectivo (Arias, Ovejero, & Morentin, 2009). Sin embargo, y como algunos profesionales entrevistados en el estudio de Bernert (2010) comentan, las mujeres quieren autonomía, aunque en algunos casos sus decisiones pueden no ser las más apropiadas para ellas. Surge un dilema, pues, sobre quién tiene la capacidad de decidir

por su vida, y a ello se suma la necesidad de educación sexual para que se trate en todos los casos de una decisión informada.

Para erradicar esta discriminación y esta violencia que sitúa a las mujeres con discapacidad intelectual en el nivel más bajo de la jerarquía social es necesario luchar contra el abuso y la violencia, adoptar medidas judiciales y administrativas para prevenir y penalizar dicha violencia, realizar consultas y colaborar de forma activa con personas con discapacidad, apoyar a las madres con DI, fomentar el empoderamiento de la mujer en la toma de decisiones sobre su salud sexual (McCarthy, 2010) y hacer uso también del empleo de la mujer con DI como herramienta para dicho empoderamiento y en definitiva, hacerlas partícipes de sus vidas y conseguir que sean ellas las que tomen el control de su propia sexualidad (Fitzgerald & Withers, 2013).

1.5 La educación sexual de las personas con discapacidad intelectual

A pesar de que la comunidad científica pone de manifiesto la necesidad y el derecho de las personas con discapacidad intelectual a recibir y formarse en materia de educación sexual, son muchas las barreras a las que se enfrentan para conseguir esta meta.

Los cuidadores/as de personas con DI, entendiéndose por ellos, a sus padres, familiares, profesionales, o cualquier persona que le proporcione cuidados y atención, juegan un papel fundamental en la educación sexual de las personas con DI. Pueden y deben ayudar a enseñar conceptos sobre salud sexual de manera continua a través de los diferentes periodos evolutivos de la persona, sin embargo esto la mayoría de las veces no se cumple (Isler et al., 2009). A veces sus cuidadores, sobre todo si son su

padres, se sienten incómodos al hablar de estos temas con sus hijos/as, y los temas que son naturales, como la menstruación, preferencias sexuales y relaciones sexuales, se convierten en temas tabú delicados de tratar que no saben cómo abordar (Abbot & Howart, 2007; Schaafsma. Kok, Stoffelen, y Curfs, 2015).

Rushbrooke, Murray, and Townsend (2014b) realizaron una revisión de varios estudios examinando la dificultad a la que se enfrentaban los cuidadores en relación con la sexualidad de las personas con discapacidad intelectual. Encontraron que al tratar sobre temas relacionados con la sexualidad manifestaban miedo y ansiedad, sintiéndose incompetentes para abordar cuestiones relacionadas con la sexualidad, la vergüenza, la incertidumbre ante preguntas que no sabían responder, no por falta de conocimientos pero sí por falta de información al tratar estos temas.

En un estudio turco en el que participaron 40 familias de personas con discapacidad intelectual leve o moderada (Isler, Beytut, Tas, & Conk, 2009), se concluyó que casi la mitad de las familias no habían hablado nunca con sus hijos sobre sexualidad. Además, entre los que sí hablaron sobre sexualidad con sus hijos, la mayoría de los padres sólo comenzaron a hacerlo cuando sus hijos eran adolescentes. Esto a pesar de la creencia de la mayoría de los padres del estudio de que la educación sexual debe comenzar durante la infancia.

Si unimos las necesidades y particularidades individuales de cada persona al hecho de tener discapacidad, se comprende que los cuidadores y profesionales, necesiten apoyo adicional de otros profesionales de la salud para adquirir estrategias que les permitan dar información y ofrecer una educación sexual adecuada. Tal entrenamiento y apoyo podría ayudarles a sentirse más competentes y cómodos como

educadores de salud sexual de sus hijos/as, contribuyendo, de este modo, a mejorar la salud sexual y el bienestar de sus hijos (Heinz & Grant, 2003; Jinnah & Stoneman, 2008; Rushbrooke et al., 2014b). Sin embargo, actualmente hay una falta de capacitación disponible para estos cuidadores, aunque existe una tendencia positiva (Lafferty et al., 2012).

1.5.1. Actitudes de la población hacia la sexualidad

Las actitudes hacia la sexualidad de las personas con discapacidad dependen en gran medida de su tipo de discapacidad. Los estudios demuestran que existe una mayor aceptación de manifestaciones físicas y psicosociales si la discapacidad es solo física, no intelectual. Esa mayor aceptación también se extiende a las relaciones sexuales entre dos personas con ese tipo de discapacidad (Parchomiuk, 2012b). Sin embargo, dentro del colectivo de discapacitados intelectuales existen distintas variables que declinan la balanza hacia la aceptación o el rechazo de la sexualidad en estas personas. Las principales son las siguientes:

a) Orientación sexual:

La discriminación que sufren las personas con discapacidad intelectual por el mero hecho de serlo se incrementa cuando además son homosexuales (Löfgren-Mårtenson, 2008). La realidad es que se estima que el mismo porcentaje de homosexualidad que está presente en la población sin discapacidad es el que podemos encontrar en la población con discapacidad intelectual aunque en muchas ocasiones la falta de privacidad, de información y de relaciones puede determinar que no descubran jamás su orientación sexual (Noonan & Gomez, 2010), y en caso de que la hayan descubierto,

precisan un apoyo mayor para poder encontrar pareja, hablar sobre el tema en el entorno familiar y evitar abusos sexuales, ya que el apoyo familiar con el que no cuentan (en algunos casos la familia prefiere no hablar del tema una vez conocen la orientación sexual de sus hijos con DI) provoca que se vean desprovistos de información y desprotegidos ante posibles abusos (Stoffelen, Kok, Hospers, & Curfs, 2013). Es necesario un cambio de actitud que les permita descubrir y decidir libremente su orientación sexual, aportando todo el apoyo que precisen y evitando unos prejuicios que ya están desapareciendo en la población sin discapacidad.

b) Práctica sexual:

Existen unas prácticas que tradicionalmente son aceptables en este colectivo (masturbación y autoerotismo, en general). Sin embargo, hay otras que tienen muy mala consideración. Entre ellas, la que peor consideración tiene es el coito, por las connotaciones reproductivas que lleva asociadas (Parchomiuk, 2012a).

c) Cercanía a personas con discapacidad intelectual:

Es una de las variables que más influye en la concepción de la sexualidad en personas con DI. Los educadores, en la actualidad más formados y preparados, han mostrado tener unas actitudes más positivas y liberales hacia la sexualidad de los DI que el resto de la población e incluso que los familiares, pero son más reticentes en cuanto a la paternidad (Gilmore & Chambers, 2010). Los familiares tienen tendencia a mantener posturas conservadoras sobre estos temas, e incluso muchas personas con discapacidad tienen esas reticencias. En estudios recientes se ha mostrado que a pesar de que muchas de las madres de personas con DI encuestadas consideraban necesaria una educación

sexual, la mayor parte de ellas no hablaba de sexo con sus hijos por vergüenza, por ser un tema tabú o por la sensación de que es innecesario (Gürol, Polat, & Oran, 2014). Cuando sus hijos con discapacidad intelectual alcanzan la adolescencia, los padres admiten tener miedo y una falta de información sobre cómo actuar cuando sus hijos tienen cambios de humor, comienzan a masturbarse o cuando se tapan los genitales para que no los vean sus padres cuando los lavan (Kok & Akyuz, 2015). Este desconocimiento que se corregiría con una buena educación sexual de los familiares se traduce en precaución al hablar de sexo y en una falta de apoyos para la persona con DI (Kok & Akyuz, 2015). Tienen una visión protectora (o sobreprotectora) de sus familiares con discapacidad intelectual (Pownall, Jahoda, & Hastings, 2012) y opinan, en mayor medida que los profesionales, que no están preparados para una relación de pareja y en caso de que la tengan, ésta debe ser con otro discapacitado. Opinan también que las personas con discapacidad intelectual no son capaces de educar a un hijo (en parte por la creencia de que no pueden tomar decisiones responsables sobre nada relacionado con su sexualidad (Pownall et al., 2012)), por lo que se sienten responsables de disuadirles de ello (Olivarreta, Darín, Suárez, Tur, Besteiro y Gómez-Jarabo, 2013) e incluso algunas madres opinan que no debe incluirse la planificación familiar en la educación sexual de estas personas (Gürol et al., 2014). Sin embargo, en los últimos años se ha producido una apertura en cuanto a que sus hijos varones desarrollen su sexualidad. No sucede lo mismo cuando su allegado con discapacidad es una mujer (Olivarreta, Darín, Suárez, Tur, Besteiro y Gómez-Jarabo, 2013), debido a los miedos y prejuicios comentados en el capítulo anterior, llevando en muchas ocasiones a utilizar métodos anticonceptivos permanentes o incluso a la esterilización. El estudio de Pownall et al., (2012) obtuvo que aunque las madres tanto de hombres

como de mujeres con DI tenían una actitud más cautelosa frente a la sexualidad de sus hijos, las madres de mujeres percibían que sus hijas tenían un mayor riesgo de abuso sexual y que eran más vulnerables. También se obtuvieron diferencias significativas entre hombres y mujeres en cuanto a la percepción de las madres sobre el deseo de sus hijos de tener relaciones íntimas. Las madres perciben que sus hijas tienen menor deseo del que perciben las madres de hijos varones.

d) Discapacidad de la pareja:

En general, las actitudes con respecto a la interacción sexual dentro de la pareja han mejorado notablemente en los últimos años. Las parejas en las que una persona tiene DI y la otra no eran uno de los modelos de pareja peor vistos en la sociedad (Esterle et al., 2008). Sin embargo, los estudios más recientes al respecto muestran un cambio hacia la aceptación y la tolerancia (Morales et al., 2011). Existe tanta aceptación o más en las relaciones sexuales de parejas ambas con discapacidad (Tuero, 2010).

e) Edad de la pareja:

En parejas en las que ambos tienen una discapacidad intelectual, la aceptación es mayor cuando la pareja tiene una edad similar en comparación a cuando la edad es diferente (Tuero, 2010).

Investigadores, personal sanitario y padres de personas con discapacidad reconocen cada vez más el derecho a una vida sexual normal para estas personas. Sin

embargo, existen diferencias entre las actitudes de los hombres y de las mujeres respecto a la sexualidad en personas con DI. Mientras los hombres se muestran más permisivos, las mujeres en general muestran actitudes algo menos positivas al respecto (Morales et al., 2011).

Las actitudes constituyen un aspecto muy relevante ya que como señalan Rodríguez, Assmar y Jablonnksi (2002) son una organización duradera de creencias y cogniciones en general, dotada de carga afectiva a favor o en contra de un objeto social definido, que predispone a una acción coherente con las cogniciones y afectos relativos al objeto. Por este motivo, el estudio de las actitudes sociales, particularmente las actitudes respecto a la sexualidad de la persona con discapacidad intelectual, adquiere una especial relevancia, puesto que de ellas depende el éxito de la integración (Oliva y Calderón, 2010).

La actitud ante la sexualidad de las personas con discapacidad es un tema que se ha abordado desde diferentes perspectivas. Aunos y Feldman (2002) revisaron los estudios empíricos previos (desde los años 70 hasta el año 2001) sobre aspectos actitudinales en relación con la sexualidad, esterilización, procreación y crianza. En su estudio destacaron que la literatura científica sobre este tema había sido muy escasa en las décadas anteriores, y prácticamente inexistente antes de los años 70. En segundo lugar, y centrándose en los resultados encontrados en la revisión, señalaron que se observaba una tendencia por parte de familiares y profesionales a mantener posturas conservadoras sobre estos temas. E incluso las propias personas con DI, parecían bastante cautelosas en relación a estos. En el caso de los profesionales, indicaron en los estudios de los últimos años revisados había una tendencia a mostrar actitudes más

liberales (Aunos & Feldman, 2002; Murphy & Feldman, 2005). La mayoría de las investigaciones posteriores se han centrado en las actitudes de los padres, madres y de las personas que trabajan con este colectivo, por ser muy relevantes y una fuente de influencia directa (Bazzo, Nota, Soresi, Ferrari & Minnes, 2007; Feldman & Aunos, 2005; Gilmore & Chambers, 2010). En este caso, los estudios demuestran también que las familias mantienen actitudes más conservadoras sobre la sexualidad mientras que los trabajadores/as muestran actitudes moderadamente liberales (Gilmore & Chambers, 2010).

Por otra parte, es importante conocer las actitudes de la población general porque reflejan la aceptación, tolerancia y conciencia de la comunidad hacia estos aspectos de la vida en personas con DI (Gilmore & Chambers, 2010). En este sentido, varios estudios muestran actitudes positivas por parte de ese grupo (Cuskelly & Bryde, 2004; Cukelly & Gilmore, 2007).

También se encuentran diferencias en función de nivel de estudios de los encuestados, con actitudes más positivas por parte de las personas con un mayor nivel de estudios (Saxe & Flanagan, 2013), y con diferencias entre la titulación escogida y el tema abordado. Se tienen actitudes más positivas en cuanto a la idea general del derecho a la afectividad y sexualidad de los discapacitados que cuando se pregunta por aspectos específicos, y en ambos la mayor aceptación la presentan psicólogos y la peor arquitectos (Franco, Cardoso, & Neto, 2012).

Por último, la edad de los encuestados también marca diferencias en las actitudes: estudios recientes muestran que estudiantes de disciplinas sanitarias tienen actitudes positivas hacia la sexualidad en DI, seguramente gracias a la educación y a los

cambios generacionales (Morales et al., 2011; Parchomiuk, 2012a). A pesar de estas actitudes, estos estudiantes tienen la creencia de que el coito no es la interacción sexual más buscada por las personas con DI, sino la amistad y el amor platónico (Parchomiuk, 2012a), una creencia influida en mayor medida por la opinión social que por la evidencia. También se ha descrito en un estudio de Tugut, Golbasi, Erenel, Koc, & Ucar (2016) que un 75,3% de los estudiantes de enfermería entrevistados no hablarían de materias relacionadas con la sexualidad de forma cómoda con un discapacitado intelectual. Como motivos afirmaban que era una materia privada, que su conocimiento era insuficiente y que los pacientes se sentirían irritados aunque coincidían en que los DI tenían pleno derecho a disfrutar de las relaciones sentimentales y sexuales (Tugut et al., 2016), lo que muestra que queda mucho camino por avanzar incluso en jóvenes estudiantes de disciplinas sanitarias.

De todos modos, y en general, la educación sexual y las manifestaciones de aspectos afectivo-emocionales están mucho mejor valoradas que en el pasado (Parchomiuk, 2012b). Además, prácticas antes utilizadas con frecuencia como la esterilización, anticoncepción forzada o abortos forzados cada vez tienen una peor opinión social (Parchomiuk, 2012b). Esta evolución es importante ya que de las actitudes sociales respecto a la sexualidad de la persona con DI depende la autoestima del sujeto y en definitiva, su integración en la sociedad (Zárate & Calderón Vidal, 2010), y una mayor aceptación de su sexualidad y rechazo de prácticas que reduzcan sus posibilidades aportará seguridad y capacidad de decisión a este colectivo, además de otorgarles los derechos que como seres humanos les corresponden.

Como conclusión general, podemos resaltar que se han hecho muchos y muy notorios progresos en la aceptación y el abordaje de la sexualidad en la discapacidad intelectual, impulsados por las propias personas con discapacidad intelectual, los profesionales y los familiares. Sin embargo, aunque la sociedad es más consciente del derecho a la sexualidad de los discapacitados y de los beneficios que esto supone, existe una falta de conocimiento generalizada al respecto. Muchos estudios proponen una educación integral sobre sexualidad para los discapacitados intelectuales. En esta línea es importante añadir que también sería interesante educar a las personas sin discapacidad para mejorar los conocimientos y, en esa medida, las actitudes hacia la sexualidad de los discapacitados, y para educar en la diversidad funcional y sexual, en la aceptación y en la tolerancia, haciendo hincapié en que existen tantas formas de vivir la sexualidad como personas, y en que la expresión de la sexualidad va más allá del coito.

CAPÍTULO 2. SEXUALIDAD Y CALIDAD DE VIDA EN LOS DISCAPACITADOS INTELECTUALES

2.1. Introducción al concepto

2.2. Evaluación de la calidad de vida

2.3. Estudios calidad de vida

2.4. Calidad de vida y sexualidad

2.5. Barreras a la sexualidad en personas con D.I.

CAPÍTULO 2. SEXUALIDAD Y CALIDAD DE VIDA EN LOS DISCAPACITADOS INTELECTUALES

2.1. Concepto

La calidad de vida es un estado deseado de bienestar personal multidimensional, tiene propiedades universales y propiedades ligadas a la cultura, se caracteriza por tener componentes objetivos y subjetivos y estar influenciado por características personales y factores ambientales (Gómez, Verdugo, & Arias, 2010; Schalock et al., 2012; Schalock, Keith, Verdugo, & Gómez, 2010; Schalock & Verdugo, 2002, 2007; Verdugo, 2006).

El concepto de calidad de vida ha ido evolucionando a lo largo del tiempo. Históricamente, y sobre todo durante los años 80 y 90, se utilizó en el campo de la discapacidad intelectual como aquello que cada persona valoraba y deseaba, lo que sirvió como base para establecer unas bases y el camino que debía seguirse. Actualmente su papel se ha ampliado hasta llegar a servir como marco conceptual para la evaluación de los resultados personales.

Según Verdugo & Schalock (2009), gracias a la "Asociación Internacional para el Estudio Científico de la Discapacidad Intelectual" existe un consenso internacional sobre los aspectos esenciales de la calidad de vida:

1. La calidad de vida en las personas con discapacidad intelectual se compone de los mismos indicadores y relaciones que son importantes para el resto de la población.

2. La calidad de vida se experimenta cuando las necesidades y deseos de una persona se ven satisfechos y cuando se tiene la oportunidad de mejorar o promover el desarrollo en las áreas vitales más importantes.
3. La calidad de vida tiene componentes subjetivos y objetivos, pero es fundamentalmente la percepción del individuo la que refleja la calidad de vida que experimenta.
4. La calidad de vida se basa en las necesidades, las elecciones y el control individual, estableciendo que los indicadores críticos de la calidad de vida de una persona son la capacidad de elección, la capacidad de autodeterminación y la capacidad de autorregulación.
5. La calidad de vida es un constructo multidimensional influido por factores personales y ambientales, tales como las relaciones de intimidad, la vida familiar, la amistad, el trabajo, el vecindario, la ciudad o lugar de residencia, la vivienda, la educación, la salud, el nivel de vida y el estado de la propia nación.

La calidad de vida, según el informe de un grupo internacional de expertos presidido por Schalock (Schalock et al., 2002), tiene tres vertientes:

- Concepto sensibilizador que sirve de referencia y orientación desde la perspectiva del individuo respecto de los ejes centrales que permiten una vida de calidad. Permite comprender y desarrollar buenas prácticas.
- Constructo social que sirve de principio esencial para la mejora del bienestar del individuo y para contribuir al cambio de la sociedad.
- Concepto unificador que proporciona un lenguaje común y un marco sistemático de los principios de calidad de vida.

Schalock & Verdugo (2002) afirman que su medición hace referencia al grado en que las personas tienen experiencias vitales que valoran, refleja las dimensiones que contribuyen a una vida plena e interconectada, tiene en cuenta el contexto de los ambientes físico, social y cultural que son importantes para las personas, e incluye experiencias humanas comunes y experiencias vitales únicas.

El modelo de calidad de vida se desarrolla a través de una serie de dimensiones que se definen como el conjunto de factores que componen el bienestar social (Schalock & Verdugo, 2002). Los indicadores centrales son las percepciones, conductas o condiciones específicas de dichas dimensiones que reflejan el bienestar de una persona (Schalock & Verdugo, 2002) y que son las siguientes:

- **Autodeterminación:** autonomía (tener la posibilidad de decidir sobre la propia vida de forma independiente y responsable), metas, opiniones y preferencias personales (disponer de valores personales, expectativas y deseos hacia los que dirigir las acciones), decisiones y elecciones (disponer de opciones entre las cuales elegir de forma independiente según sus preferencias).
- **Derechos:** ejercicio de derechos, conocimiento de derechos, intimidad, privacidad y confidencialidad. Disponer de los mismos derechos que el resto de los ciudadanos, que se conozcan y respeten estos derechos como ser humano y que no se les discrimine por su discapacidad y tener acceso a procesos legales para asegurar ese respeto que merecen.
- **Bienestar emocional:** Dentro de esta dimensión, los indicadores más utilizados son la satisfacción (estar feliz y satisfecho), autoconcepto (estar a gusto con el cuerpo de uno mismo y la forma de ser, además de sentirse valioso) y ausencia de estrés

o sentimientos negativos (disponer de un ambiente seguro, estable y predecible, no sentirse nervioso, saber lo que tiene que hacer y saber que puede lograrlo).

- **Inclusión social:** integración y participación en la comunidad (poder acceder a todos los lugares y grupos sociales y participar del mismo modo que las personas sin discapacidad), roles comunitarios (ser una persona útil y valorada en los lugares y grupos sociales en los que participe, tener un estilo de vida similar al de las personas de su edad sin discapacidad) y apoyos sociales (disponer de redes de apoyo y de ayuda de grupos sociales y servicios cuando lo necesite).
- **Desarrollo personal:** Formación y aprendizajes (tener posibilidades de recibir una educación adecuada, de acceder a títulos educativos, de aprender cosas interesantes y útiles), competencia en el trabajo, resolución de problemas, habilidades de la vida diaria y ayudas técnicas. En general, disponer de conocimientos y habilidades sobre distintos aspectos que les permitan manejarse de forma autónoma en su vida diaria, su trabajo, su ocio y sus relaciones sociales, además de tener éxito en las actividades que realiza, ser productivo y ser creativo.
- **Relaciones interpersonales:** relaciones familiares, relaciones sociales y relaciones sexuales-afectivas. Los indicadores más utilizados son las interacciones (disponer de redes sociales y estar con diferentes personas), relaciones (tener relaciones satisfactorias, amigos y familiares, y tener una buena relación con ellos) y apoyos (sentirse apoyado a nivel físico, emocional y económico, disponer de personas que les ayuden y que les den información sobre sus conductas).
- **Bienestar material:** ingresos o estatus económico (disponer de ingresos suficientes como para poder comprar lo que se necesita), condiciones de la vivienda (disponer de una vivienda confortable y acogedora), empleo y condiciones del

lugar de trabajo (tener un trabajo digno y del gusto de la persona y un ambiente laboral adecuado), acceso a la información, posesiones y servicios.

- **Bienestar físico:** descanso, higiene, actividades físicas, ocio, medicación y atención sanitaria. Dentro del ámbito de la salud, no solo no tener enfermedad sino tener un buen estado de salud, tener posibilidad de moverse de forma independiente y realizar con autonomía las actividades de autocuidado y de ocio y disponer de servicios de atención sanitaria eficaces y satisfactorios.

2.2. Evaluación de la calidad de vida

Los instrumentos de evaluación de la calidad de vida han ido evolucionando en la línea en que ha evolucionado el concepto. Inicialmente se preguntaba a terceros sobre la calidad de vida de los implicados. Esto se consideraba un informe objetivo, aunque en realidad no lo es, ya que refleja la percepción de otras personas, y no una realidad objetiva. Seguidamente se propusieron instrumentos que recogen la perspectiva de calidad de vida desde el punto de vista de la propia persona con discapacidad. Una tercera perspectiva es la que incluye ambos: un autoinforme para poder evaluar resultados personales y desarrollar programas centrados en la persona y un informe de otras personas. La perspectiva más completa es la tercera, que tiene también como fin evaluar la relación entre calidad de vida autopercibida y heteropercibida, aunque en muchas ocasiones no se haya obtenido ninguna relación entre ambas medidas (Verdugo et al., 2013).

La única escala que reflejaba el modelo de calidad de vida de ocho dimensiones, atendiendo tanto al autoinforme como al informe de terceros, adaptada al contexto

español, fue la Escala INTEGRAL (Verdugo, Gómez, Arias, & Schalock, 2009). Este instrumento tuvo una amplia acogida tanto a nivel nacional como internacional. Sin embargo, su amplio uso puso en manifiesto algunas limitaciones que era preciso superar (Verdugo et al., 2013):

- No permitía evaluar de forma cuantitativa las ocho dimensiones del modelo.
- Las dos versiones (autoinforme e informe de otras personas) no eran formas paralelas.
- Se producía con frecuencia el efecto techo porque los contenidos de la escala ya estaban siendo trabajados y alcanzados por la mayoría de organizaciones.

Para resolver estos problemas surgió la Escala que utilizamos en el presente estudio, la Escala INICO-FEAPS (Verdugo et al., 2013).

2.3. Estudios en los que se ha utilizado calidad de vida autoinformada vs informada por profesionales.

En la evaluación de la salud de una persona, la percepción personal de ésta es un factor importante a tener en cuenta, pues marca en gran medida la calidad de vida que tendrá la persona en cuestión. Este es un resultado poco estudiado a pesar de la importancia que tiene. La salud autopercebida es un buen predictor de la futura morbilidad, mortalidad y necesidad de acceso al sistema sanitario (Fujiura & RRTC Expert Panel on Health Measurement, 2012), un predictor mejor que las distintas pruebas objetivas porque la salud y el bienestar son, principalmente, subjetivos.

Esto se ve demostrado en estudios en los que se ha comparado la calidad de vida autopercebida con la que perciben los profesionales y familiares. En un estudio

llevado a cabo por Gil-Llario, Morell-Mengual, Díaz-Rodríguez, Giménez-García, & Ruiz-Palomino (2016) se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas con valores superiores por parte de los profesionales en las áreas de autodeterminación, bienestar emocional y relaciones interpersonales.

Las diferencias en el área de autodeterminación se han atribuido a cierto paternalismo por parte de los profesionales, mientras que los discapacitados consideran que no tienen un grado suficiente de autonomía, privacidad, libertad para tomar decisiones y para escoger objetivos y metas (Gil-Llario et al., 2016). Las actitudes comentadas en el capítulo 1 apoyan la postura de los discapacitados. Además, como hemos comentado, la calidad de vida es un concepto en el que la subjetividad es el aspecto más determinante.

En cuanto al bienestar emocional, los resultados diferían menos en el grupo que vivía en la unidad familiar, lo que muestra que la ayuda de los familiares a la hora de percibir el estado emocional del discapacitado y de comunicarlo al profesional es esencial a la hora de ajustarse al bienestar emocional real (Gil-Llario et al., 2016). Sin embargo, este estudio no se adentra en los posibles motivos de una baja percepción de bienestar emocional.

Las diferencias en las relaciones interpersonales e inclusión social son más notables en los discapacitados intelectuales leves, que buscan una participación mayor en la sociedad (Gil-Llario et al., 2016). Es este ámbito en el que enmarcamos la sexualidad, aunque afecta a todas las áreas de la calidad de vida.

Una sexualidad reprimida y vista por la sociedad como algo fuera de lo razonable (capítulo 1), no goza de ninguno de los apartados que forman parte del concepto de calidad de vida:

- No goza de autodeterminación aquel que no puede decidir con quién le gustaría mantener relaciones sexuales ni si puede tenerlas o no, y en algunos casos si puede tener contacto con esa persona fuera del contexto laboral o escolar.
- No tiene pleno goce de sus derechos aquel que no los conoce por falta de información y que no tiene intimidad o privacidad. Esto en muchos casos lleva a abusos, y en la mayoría de los casos sexuales.
- Los estereotipos y mitos comentados anteriormente afectan directamente a la autoestima de los discapacitados intelectuales y generan estrés y sentimientos negativos que dificultan la interacción social y las posibilidades de establecer una relación sentimental con una persona.
- Como hemos observado, los discapacitados intelectuales leves perciben una baja participación social e integración, lo que incluye una falta de apoyos sociales. En ese sentido, la comunicación de los deseos e incluso de los problemas (como un abuso sexual) se ve muy limitada.
- En cuanto al desarrollo personal, hay evidencia de la falta de información que presenta este sector, lo que dificulta el manejo autónomo de su trabajo, su ocio y sus relaciones personales, además de su sexualidad.
- Como también hemos comentado, los DI leves perciben una baja calidad de vida en relaciones interpersonales. Esto muestra las dificultades que presentan a la hora de establecer nuevas relaciones, ya sean amistosas, sentimentales o sexuales.

Precisan formación sobre cómo iniciarlas, manejarlas y hacer que evolucionen, además de sobre la sexualidad en su sentido más amplio.

En cuanto al bienestar físico y material depende de la persona en cuestión, por lo que no vamos a comentarlos en este apartado.

2.4 Calidad de vida y sexualidad

Un estudio de Friedman, Arnold, Owen, & Sandman (2014) defendió el término de autodefensa sexual para defender los derechos en materia de sexualidad y calidad de vida en personas con discapacidad intelectual.

Este término surgió en los años 70 y tuvo su pico en los años 90, y se ha ido modificando y ajustando en función de las experiencias de personas con DI. Las personas con DI que siguen este movimiento lo basaron en el concepto de autodeterminación con sus cuatro principios: libertad, autoridad, apoyo y responsabilidad. Luchan en contra de la opresión y la discriminación que sufre este colectivo (Pennell, 2001). Aunque esta lucha se mantiene y ha sido objeto de estudio en ámbitos como el derecho al voto y el derecho a un empleo, no se había estudiado en materia de sexualidad hasta este estudio.

El término "autodefensa sexual" se define como "sentirse bien con uno mismo, saber tus derechos y responsabilidades en una relación y saber sobre sexo seguro y control de natalidad" (Graham, Nelis, Sandman, Arnold, & Parker, 2011). Grupos de autodefensores como los Green Mountain Self-Advocates defienden que son seres sexuales, están interesados en saber cómo expresar su sexualidad de una forma sana y segura y que quieren tener sus propias relaciones con quienes ellos quieran, cuando

quieran y en función de sus propios valores. Esto nos muestra el papel activo que pueden tomar las personas con DI en defensa de sus derechos.

En el estudio de Friedman et al. (2014) se preguntó a autodefensores y se obtuvieron los distintos temas que ellos consideran necesarios para tener una buena calidad de vida en materia sexual. Son los siguientes:

1. Hablar por uno mismo
2. Hablar por los demás
3. Obtener información
4. Confiar en uno mismo
5. Elegir por uno mismo
6. Derechos
7. Respeto a los demás
8. Denunciar abusos

Las que consideraron más importantes fueron *elegir por uno mismo* con un 20,7% de votos, *hablar por uno mismo* con 13,8% y en tercer lugar los *derechos* y el *respeto a las demás*, ambas con un 12,6% de votos.

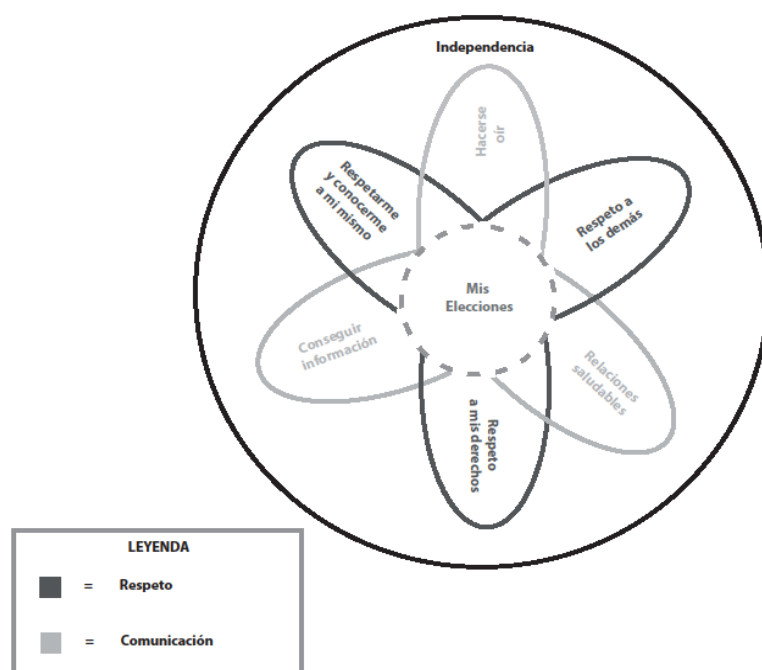
Consideran que el tema central y primordial en esta materia es decidir por uno mismo, en función de tus valores y experiencias, tanto en si iniciar o no una relación como en decidir qué prácticas quieres hacer y cuáles no, derecho que en muchas ocasiones está fuera de su alcance. Dentro de este núcleo detectan dos subnúcleos, la comunicación y el respeto.

La comunicación es esencial, e incluye expresarse, obtener información y tener relaciones saludables. Deben aprender a hablar y a escuchar incluso bajo presión, a

expresar sus opiniones que merecen ser escuchadas y respetadas. También expresan su voluntad de ayudar a los demás a comprender sus derechos y a expresarse (Friedman et al., 2014).

El otro subnúcleo es el respeto, tanto a uno mismo como a los demás y a mis derechos. Es necesario conocerse y saber lo que uno quiere, necesita o desea, y también quererse. Igual de necesario es respetar a los demás con sus gustos y decisiones, ya que cada uno es libre de vivir la sexualidad como considere correcto, y respetar a la pareja.

Todos estos núcleos son interdependientes, como se puede observar en la figura a continuación extraída del artículo de Friedman et al. (2014).



Como se puede observar, para tener una buena calidad de vida en materia de sexualidad, los propios discapacitados intelectuales han establecido unas bases que tanto ellos mismos como la sociedad debemos cumplir. Es esencial una educación y

acceso a la información tanto para ellos como para la sociedad que se inicie desde edades tempranas y ayude al respeto de los derechos y voluntades de este colectivo.

2.5. Barreras a la sexualidad en personas con DI

La principal barrera de las personas con DI en la sexualidad es acceder a su propia sexualidad. Esta barrera, entre otras, se ve reforzada por la falta de atenciones y los mitos y falsas creencias sobre la sexualidad y la educación sexual en este sector (Sinclair, Unruh, Lindstrom, & Scanlon, 2015).

A la hora de defender la calidad de vida de las personas con DI un concepto que se ajusta a la necesidad percibida es el de ciudadanía íntima. La ciudadanía íntima es el control (o no) sobre el cuerpo, los sentimientos y las relaciones de uno mismo: acceso (o no) a relaciones, espacios públicos, etc.; y elecciones socialmente fundamentadas (o no) sobre identidades y experiencias de género (Siebers, 2012 p. 38). Desde esta perspectiva, las personas con DI necesitan tener un acceso y una participación completos en sus decisiones acerca de la sexualidad en todos sus aspectos: orientación sexual, desarrollo de la identidad sexual, relaciones, etc. (Sinclair et al., 2015), un tema muy relacionado con la autodefensa comentada anteriormente.

La revisión llevada a cabo por Sinclair et al. (2015) descubrió que son tres las principales barreras que dificultan el acceso a la sexualidad por parte de los discapacitados intelectuales:

2.5.1 Las percepciones de los otros sobre las personas con DI y su sexualidad.

En esta barrera influyen la falta de conocimiento sobre la sexualidad en este colectivo y la falsa percepción de que son asexuales (como ya comentamos en el capítulo anterior). Además en un estudio en el que se preguntó por relaciones entre personas con y sin discapacidad intelectual, un participante afirmó que no la iniciaría porque tendría miedo

de pasar a ser un cuidador de esa persona con discapacidad (Esmail, Darry, Walter, & Knupp, 2010).

Otra barrera es la falta de acuerdo sobre cómo impartir educación sexual a este colectivo y qué enseñar: los sanitarios apuestan por anatomía y materia sanitaria relacionada con el sexo (Esmail et al., 2010), mientras que los cuidadores lo hacen por la seguridad y la enseñanza de conductas sexuales no apropiadas (Bernert, 2010; Esmail et al., 2010). Los padres creen que se debería impartir información sobre los riesgos de una conducta sexual desprotegida y educar sobre el abuso sexual (Swango-Wilson, 2010). De nuevo los padres y cuidadores abogan por una restricción de la sexualidad de los discapacitados allegados mientras que los trabajadores y profesores lo hacen por un acceso de estas personas a su derecho a la sexualidad (Wilkenfeld & Ballan, 2011).

La última barrera es la falta de la responsabilidad de educarles acerca del sexo. Aunque los padres tienden a ser la figura educadora tanto en personas con discapacidad como sin ella, los estudios afirman que los padres en materia sexual en DI son los que menos información aportan, como se puede observar en los resultados del estudio de Díaz-Rodríguez, Gil-Llario, Ballester-Arnal, Morell-Mengual, & Molero-Mañes (2016), donde se puede observar que los educadores fueron los que dieron a los participantes

una mayor información sobre el uso de los anticonceptivos (56,3%), seguidos por otros familiares (20,4%) y por último de los padres (2,56%).

2.5.2 Las percepciones de las personas con DI sobre su propia sexualidad.

Estas personas consideran que tienen derecho a una vida sentimental y sexual activa y que por ejemplo no es justo que sus padres no les permitan tener pareja (Healy, McGuire, Evans, & Carley, 2009). También algunos han expresado que son conscientes de que sus educadores no creen que ellos deban tener relaciones porque creen que no saben lo que están haciendo (Healy et al., 2009).

Una barrera que les limita a la hora de acceder a la sexualidad dentro de este apartado es la falta de comprensión sobre cómo embarcarse en una relación sexual o sentimental. Precisan de educación sexual para comprender qué es una relación, qué tipos de relaciones hay, etc. (Sinclair et al., 2015).

Otra barrera muy relacionada con la primera es la falta de conocimiento sobre cómo acceder a educación para cubrir esa carencia. En algunos estudios los participantes han admitido el deseo de obtenerla, incluso han especificado preguntas sobre cómo evitar enfermedades y cómo hacer que una relación funcione (Swango-Wilson, 2010).

2.5.3 Conocimiento por parte de los DI sobre la sexualidad.

Las personas con DI tienen conocimientos mucho más escasos que sus iguales sin discapacidad en temas como pubertad, menstruación, menopausia, sexualidad, prácticas sexuales seguras, salud sexual, infecciones de transmisión sexual, contracepción

y temas legales relacionados con la sexualidad (Galea, Butler, Iacono, & Leighton, 2004), además de en temas como la intimidad, la interacción sexual, embarazos, aborto, masturbación y homosexualidad entre otros (Garwood & McCabe, 2000). Una mayor y mejor educación sexual permitiría a estas personas tomar decisiones responsables en materia de sexualidad (Dukes & McGuire, 2009).

CAPÍTULO 3. LOS DISCAPACITADOS INTELECTUALES Y EL ABUSO SEXUAL

3.1. Prevalencia

3.2. Factores de Riesgo

3.3. Conocimiento en materia de abuso de personas con D.I.

3.4. Consecuencias del abuso sexual

3.5. La prevención del abuso sexual

3.6. Intervenciones

3.7. Tratamiento víctima abusos sexuales

3.8. Abuso sexual cometido por personas con D.I.

CAPÍTULO 3. LOS DISCAPACITADOS INTELECTUALES Y EL ABUSO SEXUAL

El concepto de abuso incluye todas aquellas actividades en las que se ve involucrada una persona sin querer participar, sin dar permiso o sin entenderlas. El abusador, que ostenta una situación de poder sobre la víctima, recibe gratificación personal sea del tipo que sea. El abuso suele ser unidireccional pero, en ocasiones, como es el caso de algunos abusos sexuales, el abusador también obliga a la víctima a realizarle prácticas sexuales (Counhoven, 2012; Hewitt, 2014; Martinello, 2014; Verdugo, Alcedo, Bermejo, & Aguado, 2002).

Entre los distintos tipos de abuso, el sexual es el más notable por su prevalencia y consecuencias. Podemos definir el abuso sexual como un contacto sexual no deseado realizado para la gratificación de otra persona (Counhoven, 2012). Este contacto incluye los tocamientos no deseados y la actividad sexual forzada, sea esta oral, anal o vaginal, forzando a la víctima a realizar actos sexuales, dolorosos o degradantes durante el proceso, y la explotación mediante la fotografía o la prostitución. Es un importante problema de la salud pública que afecta a millones de personas cada año (Basile, Breiding, & Smith, 2016).

Estos abusos pueden producirse en contextos muy variados (ámbito familiar, círculo de amistades, etc.) pero en ámbitos institucionales aumenta el riesgo. Los datos afirman que una cuarta parte de los abusos son realizados por los cuidadores, tanto en niños como en adultos institucionalizados (Verdugo et al., 2002), lo que concuerda con

el perfil habitual del abusador: personas (normalmente varones) en las que confía y con las que se encuentra de forma regular (Counhoven, 2012). Existen dos tipos de abuso: con contacto y sin contacto, ambos igual de dañinos para la salud mental de estas personas (Verdugo et al., 2002).

3.1. Prevalencia

La prevalencia de abusos sexuales es mayor entre las personas con discapacidad intelectual que en la población general (Basile et al., 2016; Hewitt, 2014; Lund & Hammond, 2014). Sin embargo, se desconoce la prevalencia real por la falta de denuncias al respecto ya que los profesionales y familiares no suelen denunciar a no ser que tengan evidencias claras al respecto, aunque las denuncias anuales han ido aumentando a lo largo de los años, mostrando un avance tanto en los abusados como en los adultos allegados (Cambridge, Beadle-Brown, Milne, Mansell, & Whelton, 2011).

En niños el riesgo de padecer este tipo de abuso es mayor (Hewitt, 2014; Lindsay, Steptoe, & Haut, 2012; Martinello, 2014), sobre todo entre los 6 y los 11 años (Jones et al., 2012). Otra etapa de riesgo es la adolescencia. Según la OMS (2011), la prevalencia de violencia sexual en niños con discapacidad (menores de 18 años) es de un 13,7%. Según esta organización, los niños con discapacidad son 2,9 veces más vulnerables a padecer violencia sexual que sus iguales sin discapacidad. Otros estudios aumentan dicha cantidad a 4 veces más en niños y adolescentes con DI que en personas de ese rango de edad sin DI (Sullivan & Knutson, 2000). Otros más recientes (Spencer et al., 2005) registran una probabilidad 6,4 veces mayor de sufrir abuso sexual en los niños con DI moderada o severa. Según Mahoney & Poling (2011) entre un 39 y un

68% de niñas con discapacidad serán víctimas de un abuso sexual antes de los 18 años, y en hombres con discapacidad entre un 16 y un 30%. A pesar de que la investigación indica que aproximadamente un 30% de los niños con DI han vivido historias de abuso (Sullivan & Knutson, 2000), existe un amplio número de casos adicionales desconocidos por no ser denunciados (Counhoven, 2012). Además, hay evidencia de que estos niños experimentan un abuso más crónico, intrusivo y grave que sus iguales sin discapacidad (Hershkowitz, Lamb, & Horowitz, 2007), lo que puede ser resultado de la escasez de denuncias: solo se denuncia cuando hay pruebas claras del abuso como lesiones físicas (Sobsey, 2014).

En adultos se han llevado a cabo menos estudios al respecto que en los niños. Sin embargo, en ellos se alcanza un riesgo 4,6 veces mayor que en adultos sin DI (Jones et al., 2012). Los niveles de abuso sexual en personas adultas con DI son de un 83% en mujeres y un 32% en hombres, frente al 33 y 25% en personas sin discapacidad intelectual (Razza, Tomasulo, & Truama, 2004). Las instituciones contribuyen a esta prevalencia, pues un 14% de los trabajadores de centros de día y residencias en Suecia admitió haber cometido actos de violencia contra sus usuarios en el último año, y un 35% admitió haberlo presenciado. Estos datos tratan de violencia en general, pero sirven para hacer patente que los adultos con DI se someten diariamente a situaciones de abuso.

En todos los rangos de edad, las mujeres tienen un riesgo mayor que los hombres, y según algunos estudios la mayoría de víctimas son mujeres y la mayoría de agresores son hombres (Liou, 2014). Además, mientras que en hombres predomina el abuso físico, en las mujeres predomina el abuso sexual (Basile et al., 2016). La evidencia

afirma que dos de cada tres mujeres con DI sufren abuso sexual frente a un tercio de los hombres (Verdugo et al., 2002). El estudio llevado a cabo por Basile y colaboradores (2016) indica que en población discapacitada intelectual americana, mientras que las mujeres tienden a ser violadas, a los hombres se les suele forzar a penetrar al abusador (Basile et al., 2016), lo que concuerda con los siguientes resultados y puede aportar una explicación a las diferencias en la prevalencia de abusos: dentro de la población adulta con discapacidad, un 83% de las mujeres y un 32% de los hombres son víctimas de abuso sexual, aunque solo se informa del 3% de los abusos (Counhoven, 2012). Este estudio, además, añade que tanto mujeres como hombres con DI no solo son víctimas de abuso sexual con más frecuencia que la población sin discapacidad intelectual, sino que también suelen ser víctimas de la coerción, es decir, de presión para realizar la actividad sexual sin hacer uso de la fuerza física. Cabe añadir que aunque los abusos se producen con menor frecuencia en hombres que en mujeres con discapacidad, es necesaria una profundización en el perfil del abusador (Mitra, Mouradian, Fox, & Pratt, 2016).

Por último, cabe destacar que las personas con discapacidad intelectual tienen mayor probabilidad de ser víctimas de abuso en repetidas ocasiones (Counhoven, 2012), o por distintos agresores (Grossman & Lundy, 2008) por lo que es preciso abordar el problema no sólo desde la educación sino también, y sobre todo, desde las instituciones públicas con el fin de evitar el abuso y su reincidencia (Wiese, 2015).

3.2. Factores de riesgo

Más allá del sexo y la edad, que constituyen factores de riesgo tanto en la población con DI como en la población general, la discapacidad añade una serie de factores que comentamos a continuación (Counhoven, 2012; Verdugo et al., 2002):

- Limitaciones cognitivas y comunicativas inherentes a la discapacidad que dificultan la expresión de deseos y necesidades afectivo-sexuales y la comunicación del abuso en caso de haberlo recibido. Estas limitaciones suponen un reclamo para los agresores sexuales, pues perciben una población en la que el abuso puede quedar impune.
- Falta de información sobre sexualidad, así como el desconocimiento de la adecuación o no de determinadas conductas sexuales. La falta de información en materia de sexualidad es uno de los mayores factores de riesgo, pues como hemos comentado anteriormente, en ocasiones el abusado no es consciente de que lo está siendo, además de que una ignorancia de los aspectos más básicos de la sexualidad y las relaciones interpersonales está directamente relacionada con la realización de prácticas de riesgo.
- Límites/prohibiciones en relación con su sexualidad. Los mitos comentados en el primer capítulo así como las actitudes de la sociedad, de los profesionales y de los familiares hacia la sexualidad de este colectivo lleva o bien a la negación de la sexualidad del individuo o bien a una falta de oportunidades cuando el individuo desea descubrir esa sexualidad o sufre cualquier tipo de abuso sexual, lo que los convierte también en una población más vulnerable para los agresores sexuales.

- Falta de intimidad, que facilita el abuso sexual en determinados ambientes y con determinadas personas. Un factor añadido es que están acostumbrados a que los demás accedan a su intimidad, por lo que les cuesta más reconocer los episodios de abuso (López, 2009).
- Aislamiento social y falta de formación en las habilidades sociosexuales necesarias. Esto dificulta el reconocimiento de situaciones de riesgo. Además, muchos abusos se inician ofreciendo atención, cariño, comprensión, premios e incluso placer, lo que confunde al discapacitado intelectual y le puede llevar tanto a no reconocer el abuso como a considerar al agresor un amigo (López, 2009).
- Relación de dependencia y sumisión que caracterizan la interacción de estas personas con sus padres y cuidadores. Aquí se incluye, por supuesto, la dependencia económica y la dependencia para la realización de las actividades básicas de la vida diaria (Basile et al., 2016).
- Ausencia de un modelo de rol sexual saludable, especialmente en personas institucionalizadas, lo cual impide el desarrollo de una adecuada identidad sexual.
- Amistades sin discapacidad cuya diferencia cognitiva les da un rol de poder y facilita su manipulación. Esto no significa que no deban tener amigos entre la población sin DI. Se trata de resaltar la necesidad de una buena educación sexual que les permita discernir entre lo correcto, lo incorrecto y la necesidad de respetar los tiempos de cada uno en materia de sexualidad.

- Extensión de los mitos sobre su sexualidad. La amplia aceptación de estos mitos, favorece el aumento de abusos. Podemos destacar, entre los mitos más perniciosos los siguientes:
- Estas personas no son atractivas, por lo que no sufren agresiones sexuales.
- Los abusos son una materia muy compleja, contra la cual la única precaución posible es la sobreprotección.
- No comprenden o no sienten el daño, por lo que es menos grave el abuso.

Estos factores de riesgo han llegado a estar tan extendidos que una asociación de agresores aconsejaba a sus afiliados buscar menores con Síndrome de Down porque son muy afectuosos, fáciles de manejar y no denuncian (o no les creen) (Counhoven, 2012).

Además, estos factores (deseo de complacer, sumisión, etc.) dificultan el estudio de la prevalencia y las actuaciones en contra de la violencia sexual en este colectivo, pues no se denuncian todos los casos de abuso y en la recogida de datos, algunos de estos datos pueden llevar a engaño (Faccini & Saide, 2011), lo que lleva a tener que plantear las entrevistas y los cuestionarios de una forma diferente.

3.3. Conocimientos en materia de abuso de personas con DI

El abuso sexual adquiere una dimensión mayor en la medida en que en ocasiones, las personas con DI que lo padecen no son conscientes de que están siendo víctimas, no tienen habilidades para ponerle freno o son aterrorizados por el abusador (Eastgate, Van Driel, Lennox, & Scheermeyer, 2011). Además, la falta de educación sexual de esta población hace que en muchas ocasiones solo conozcan el abuso llevado

a cabo por extraños o por conocidos con los que no mantienen una relación afectiva. Un estudio llevado a cabo por Eastgate et al. (2011) investigó los conocimientos en mujeres con DI sobre las relaciones forzadas. En este estudio se trataron diversos temas:

- **Declinación de sexo no deseado dentro de la relación:** El conocimiento y comprensión de los derechos en la relación tuvo una amplia varianza dentro de los participantes, al igual que su habilidad para rechazar relaciones sexuales no deseadas. Algunos de ellos tenían estrategias para rechazar, mientras que otros estaban más confusos: comprendían que el maltrato físico era malo pero no creían que estuviera mal que quisieran forzarlos sexualmente dentro de la pareja. Alguno de ellos pensaba incluso que si rechazaba el sexo con su pareja significaba que no la quería, y eso podría poner en riesgo su relación.
- **Declinación de acercamientos sexuales no deseados de personas con las que no mantienen una relación afectiva:** Todos los participantes del estudio admitieron haber recibido acercamientos sexuales no deseados y todos ellos comprendían que lo correcto era rechazar esos acercamientos. Las estrategias para afrontarlo variaban desde un rechazo asertivo y directo hasta la aceptación por "sentirse solos" o por no saber decir que no, aunque después se sintieran mal por ello.
- **Relatos de abuso sexual:** Son las cuestiones en las que se recibieron más respuestas espontáneas, pues la mayor parte de ellos se sentían agradecidos de poder contar su experiencia y sus sentimientos al respecto. Algunos de ellos habían recibido múltiples abusos de distintos agresores y a consecuencia de ello les era difícil relacionarse con los demás con normalidad debido a la elevada percepción de amenaza.

- **Denuncia del abuso:** Aunque algunos de ellos habían tratado de sacar a la luz el abuso y habían fracasado (por la falta de credibilidad que se les dio), todos ellos coincidían en que se debían revelar los abusos.
- **Secuelas del abuso:** Las secuelas percibidas por ellos mismos fueron una incapacidad para mantener relaciones sexuales, miedo al sexo, victimización repetida y evitación de relaciones de pareja. Algunas decían realizar contracciones del suelo pélvico para evitar la penetración completa y, en general, manifestaban incapacidad para dejar de sentir miedo. Otros dejaron el centro o incluso tuvieron sentimientos de culpabilidad y confusión tras el abuso. Como se puede observar, son consecuencias que merman su calidad de vida de forma importante y que por supuesto, deben abordarse.

A continuación profundizaremos en las consecuencias a nivel general del abuso sexual en cualquiera de sus variantes en la población con discapacidad intelectual.

3.4. Consecuencias del abuso sexual

Las consecuencias de estos abusos en la población con DI en general son desconocidas en la medida en que a cada persona le afecta de una manera diferente. Sin embargo, psicológicamente, en la mayor parte de los casos se producen trastornos profundos que se mantienen en el tiempo y provocan un daño grave en la salud mental de estas personas, pudiendo llevar a trastornos psiquiátricos. También pueden conllevar ansiedad, sentimiento de culpabilidad, agresividad, problemas de adaptación social, disminución de autoestima, conductas repetitivas de imitación del ataque sexual, períodos de confusión prolongados, manifestaciones de rabia, cambios repentinos de

conducta, dibujos sexuales, depresión, autolesiones, trastornos alimentarios y alteraciones del sueño, promiscuidad sexual y un largo etc. (Verdugo et al., 2002). Otros autores añaden el abuso de drogas y alcohol, trastornos de conducta y trastornos de la personalidad (Cook, Blaustein, Spinazzola, & Van der Kolk, 2003; Kaplow & Widom, 2007; Razza, Tomasulo, & Sobsey, 2011; Turner, Finkelhor, & Ormrod, 2006).

Cuando los abusos se producen en la infancia, las consecuencias suelen ser más severas y desarrollan una reactividad mayor ante nuevos estresores que se produzcan en adelante. Se reduce la autoestima (Bolger, Patterson, & Kupersmidt, 1998), tienen más problemas para integrarse en la sociedad en la adolescencia (Keiley, Howe, Dodge, Bates, & Petti, 2001) y desarrollan unos mayores niveles de ansiedad que se mantienen a lo largo de la vida (Kaplow, Dodge, Amaya-Jackson, & Saxe, 2005), además de tener un desarrollo menor del cerebro y un descenso de 7,5 puntos en el cociente intelectual (Delaney-Black et al., 2002), lo que sirve para comprender que las personas que han sufrido abuso sexual tengan unos niveles de desarrollo menores y unos comportamientos desadaptativos más frecuentes (Razza et al., 2011).

En el ámbito físico, también son comunes las siguientes consecuencias: muerte, embarazos no deseados, problemas ginecológicos, ITS (Infecciones de Transmisión Sexual), dolores somáticos e incluso conductas suicidas (Alriksson-Schmidt, Armour, & Thibadeau, 2010).

3.5. La prevención del abuso sexual

La respuesta a este grave problema hemos de buscarla, sin duda, en la educación afectivo-sexual. Las personas con DI deben aprender sobre el propio cuerpo, los

derechos y la privacidad, comprender las relaciones y saber lo que es el abuso o la explotación sexual (Counhoven, 2012). También deben adquirir habilidades como reconocer y evitar situaciones peligrosas (McDaniels & Fleming, 2016), promover habilidades de seguridad en sí mismos, tener conciencia de los sentimientos personales y ser capaces de reconocerlos, practicar la capacidad de elegir, mejorar las habilidades de comunicación y desarrollar habilidades para planificar situaciones seguras (Counhoven, 2012).

Los profesionales, por su parte, deben estar atentos para hacer una detección precoz de estos abusos y los padres deben mostrarse cercanos y facilitar un ambiente de confianza, fomentar la independencia en sus hijos con discapacidad, exigir y proporcionar una adecuada educación afectivo-sexual y promover una no-docilidad y una vida social activa (Counhoven, 2012). Una vez se ha producido el abuso, el apoyo familiar es indispensable para minimizar el riesgo de revictimización y las consecuencias biopsicosociales

3.6. Intervenciones para aumentar el conocimiento y la precaución sobre el abuso sexual en personas con DI

Dada la prevalencia de abusos en niños con DI es necesario reducir el riesgo que este sector de la población tiene. Para ello, es necesario educar en el autocuidado y la autonomía en la higiene personal como actuación para reducir situaciones de riesgo, asegurarles una privacidad (de forma que también entiendan que tienen control sobre su propio cuerpo y que tienen derecho a decidir quién y cuándo tiene derecho a tocarles), enseñarles a distinguir entre la atención y el abuso, integrarles en

conversaciones sobre sexo (Martinello, 2014) y como dice Hingsburger, enseñarles que "el sexo es bueno, y si no es bueno es que no es sexo" (Hingsburger, 1995 p.73). Además, es necesario no enseñar tan solo comportamientos, sino también acciones y habilidades para saber detectar y responder en caso de abuso inminente (Martinello, 2014).

Un problema de las intervenciones sobre el riesgo de abuso y la prevención de éste es que la mayor parte de ellas precisan de numerosas sesiones para desarrollarse, lo que dificulta el acceso a ellas de personas que viven en el contexto rural. Un estudio de Lund y Hammond (2014) propone el modelo SAFE (Stopping Abuse For Everyone) que consta de una única sesión educativa impartida por profesionales y destinada exclusivamente a personas con DI en la que se tratan los temas del abuso en todas sus facetas y cómo hacerlo público entre otros (Lund & Hammond, 2014). Este modelo obtuvo unos resultados positivos y fue más efectivo en las personas con una discapacidad intelectual ligera o moderada que en los otros grupos, dadas sus mejores capacidades comunicativas. Sin embargo, concluyeron que dadas las diferencias en la muestra y las dificultades de algunos para la comprensión de los ítems de valoración, dicha evaluación no es del todo concluyente, haciendo falta más estudios que confirmen la eficacia del programa SAFE (Lund & Hammond, 2014).

3.7. Tratamiento de personas víctimas de abuso sexual

Es escasa la evidencia sobre cuáles son los tratamientos más eficaces para disminuir o paliar las consecuencias del abuso sexual en las víctimas con DI (Razza et al., 2011). Estos autores (Razza et al., 2011), frente al tratamiento convencional,

proponen una terapia que no se base exclusivamente en actividades cognitivas. Opinan que es necesario añadir acción a los tratamientos (representar una escena traumática, practicar respuestas a posibles agresiones, etc.), ya que el tratamiento comportamental y emocional permitirá a la persona fortalecerse de una forma mayor. Además, en contra de un tratamiento individual, proponen un tratamiento grupal que, en su opinión, supone unos factores terapéuticos añadidos que no pueden obtenerse de ninguna forma en la terapia individual. Entre estos beneficios contamos con el apoyo mutuo, el sentimiento de integración, el aportar y recibir de forma simultánea y la relación con otras personas, que mejora la salud mental de las víctimas de abuso con discapacidad intelectual, aumentando sus sentimientos de autoeficacia y de bienestar general (Razza et al., 2011).

3.8. Abuso sexual cometido por personas con DI

Algunos estudios sobre el perfil psicopatológico de los agresores sexuales han concluido que uno de los aspectos que puede llevar a convertirse en un abusador en la edad adulta es haber sufrido abusos sexuales en la niñez (Hilarski & Wodarski, 2006). Esta afirmación, unida a la prevalencia de abusos en la niñez de la población con discapacidad intelectual y a algunas características de este colectivo convierten a los discapacitados intelectuales en un porcentaje considerable de los agresores sexuales totales en la población.

3.8.1. Prevalencia

La población con DI tiene más tendencia a replicar sus experiencias de la infancia en la edad adulta, en parte por dificultades para comprender el concepto abstracto de que lo que les pasó era abusivo y, por lo tanto, no debe realizarse a otras personas (Lindsay et al., 2012). Esto tiene como consecuencia un porcentaje de entre un 2% y un 10% de personas con DI identificados como agresores sexuales (Lindsay, Taylor, & Sturme, 2004; Lindsay, Hastings, & Beech, 2011), además de una tendencia mayor tanto a ser víctimas como a ser agresores que las personas sin DI (Martinello, 2015), suponiendo un 30% del total de agresores sexuales en las cárceles (Mottram, 2007). En esta última afirmación influye que este colectivo tiene más dificultades escapando de la justicia que las personas sin DI, por lo que se conoce menos sobre la prevalencia de abusos en personas sin discapacidad y los resultados pueden llevar a engaño (Fogden, Thomas, Daffern, & Ogloff, 2016). Otro dato en el que cabe centrar la atención es que se ha demostrado que entre el 40 y el 50% de los abusos hacia personas con discapacidad intelectual son llevados a cabo por agresores con DI (SOTSEC-ID, 2010).

Lindsay, Law, Quinn, Smart, & Smith (2001) llevaron a cabo un estudio en el que descubrieron que de 46 agresores sexuales con DI, un 38% habían sido víctimas de abuso sexual, y el 13% de abuso físico. Estos resultados apoyan la hipótesis de que una experiencia de abuso sexual en la infancia promueve un ciclo en el que en la edad adulta se devuelven dichas experiencias en forma de abuso físico o sexual. Hay que destacar, sin embargo, que el 60% restante que habían sido víctimas de abusos sexuales en la infancia no desarrollaron en la edad adulta conductas de agresión sexual, por lo que no debemos asumir que existe una relación causa-efecto entre haber sido víctima

de abusos en la infancia y ser agresor sexual en la adultez (Lindsay et al., 2012). Es, por lo tanto, necesario hacer una evaluación más minuciosa de los factores que marcan la diferencia entre las personas que han sufrido un abuso sexual en su infancia, para descubrir si son factores internos de la personalidad de cada persona, el tipo de agresión sufrida y sus características o factores externos (el ambiente en el que se han criado y cómo interpretaron o respondieron al abuso) los que predisponen a la agresión sexual una vez alcanzada la edad adulta.

3.8.2. Perfil del agresor sexual con DI

Las personas con DI, cuando realizan agresiones sexuales suelen escoger como víctimas a niños por varios motivos. Por un lado, los agresores sexuales con DI buscan víctimas pasivas, menos capaces, más débiles o más pequeños (Swango-Wilson, 2010). Por otro lado, las personas con DI frecuentemente son tratadas como niños y pueden tener, en esa medida, un desarrollo psicosexual similar más cercano al de los niños que al de los adultos. Algo que también contribuye a la elección de parejas inapropiadas (que se considerarán víctimas) es el aislamiento social y la falta de relaciones amorosas y de amistad apropiadas y normalizadas (Akbaş et al., 2009).

3.8.3. Tratamiento de los agresores sexuales con DI

En los últimos años se han llevado a cabo muchos avances en el tratamiento de agresores sexuales, pero los estudios se han centrado en el tratamiento de los agresores sin discapacidad intelectual, privando a estos últimos de una rehabilitación que también precisan (Craig, Stringer, & Sanders, 2012). Los tratamientos que sirven para personas sin DI han mostrado no ser efectivos en personas con DI (Barron, Hassiotis, & Banes,

2004), por lo que surge la necesidad de generar programas de tratamiento basados en la comunidad (Craig et al., 2012). El estudio de Craig et al (2012) llegó a las siguientes conclusiones tras aplicar un tratamiento de ese tipo:

- El tratamiento cognitivo-conductual en personas con DI resulta efectivo para reducir las actitudes favorables al abuso sexual.
- Es necesario actuar sobre las actitudes que provocan las ofensas pero también reconstruir las distorsiones cognitivas asociadas con otros tipos de conducta sexual inapropiada en esta población.
- No hay que adaptar los programas destinados a personas sin DI sino diseñar programas específicos para agresores con DI.
- Los programas de tratamiento deberían tener una duración mínima de 12 meses utilizando medidas psicométricas especialmente diseñadas para agresores sexuales con discapacidad intelectual.

Como hemos podido constatar a lo largo de este capítulo es prioritario actuar sobre este colectivo dada la prevalencia, de las víctimas como de agresores sexuales entre las personas con DI. Si bien en un colectivo como lo anteriormente citado, que también puede ser agresor, en este estudio, estamos centrados en la problemática de la victimización diferente a la problemática del agresor.

La falta de educación sexual, de entre de los factores de riesgo de sufrir y cometer abusos sexuales, es el factor que de forma más urgente hay que abordar, pues supone la realización de conductas de riesgo o de abuso, o bien el padecimiento de éstas, por desconocimiento de lo que es aceptable y lo que no, lo que es correcto y lo

que no, y por último, qué es lo que se debe hacer cuando no se desea hacer algo y, sobre todo, cuando ya ha ocurrido. Los otros factores de riesgo, en su mayor parte, deben abordarse educando a familiares, profesionales y a la población en general, ya que frecuentemente son las actitudes de estas personas las que determinan en mayor medida la calidad de vida en materia de sexualidad de las personas con discapacidad. De ellos depende su autoestima, su autoconfianza, sus habilidades sociales, su capacidad de respuesta ante situaciones de riesgo, la oportunidad de aprender a realizar de forma autónoma su cuidado personal, tener un espacio para su intimidad y por último, el valor para hacer público o denunciar el abuso en caso de que se produzca ya que esto depende en gran medida del ambiente de sinceridad y de confianza de la familia y del grado en que le hayan hecho sentir a la persona con DI que van a creer en lo que diga.

CAPÍTULO 4. OBJETIVOS Y MÉTODO

4.1. Objetivos

4.2. Hipótesis

CAPÍTULO 4. OBJETIVOS Y MÉTODO

Objetivo 1.

El primer objetivo es estudiar cómo se construye la salud sexual de las personas adultas con discapacidad intelectual y las actitudes ante la expresión de la sexualidad, suyas y de las personas que le rodean.

Hipótesis 1: No habrá diferencias entre hombres y mujeres ni entre personas con DI leve y moderada en conocimientos, actitudes ni prácticas sexuales.

Hipótesis 2: No habrá diferencias entre los más jóvenes y los más mayores en conocimientos, ni prácticas sexuales, pero sí en las actitudes.

Hipótesis 3: Las personas que viven en vivienda tutelada tendrán un nivel superior de conocimientos, más comportamientos sexuales y actitudes más erotofílicas que quienes viven en residencias o en la unidad familiar.

Hipótesis 4: Por los que se refiere a la población sin discapacidad, los profesionales tendrán una actitud más positiva hacia la sexualidad de los DI que la población general y éstos a su vez, la tendrán más positiva que la de los padres.

Hipótesis 5: La tolerancia hacia las relaciones sexuales de las personas con diversidad funcional variará en función del tipo de discapacidad, siendo más aceptadas las relaciones entre personas con discapacidad sensorial,

seguidas por entre personas con discapacidad física siendo la peor consideradas las relaciones entre personas con discapacidad intelectual.

Objetivo 2.

El segundo objetivo consistió en analizar la influencia de las vivencias de la sexualidad en la calidad de vida de las personas con discapacidad intelectual.

Hipótesis 6: Las personas con DI que posean una mayor satisfacción sexual, mayores niveles de actividad sexual y actitudes más favorables hacia la sexualidad mostrarán mayores niveles de bienestar emocional.

Hipótesis 7: Las personas con DI que posean una mayor satisfacción sexual, mayores niveles de actividad sexual y actitudes más favorables hacia la sexualidad mostrarán mejores relaciones interpersonales.

Hipótesis 8: Las personas con DI que posean una mayor satisfacción sexual, mayores niveles de actividad sexual y actitudes más favorables hacia la sexualidad mostrarán mejores niveles de desarrollo personal.

Hipótesis 9: La satisfacción sexual será una variable importante en la predicción del bienestar emocional de las personas con DI.

Objetivo 3.

El tercer objetivo es analizar las dimensiones e implicaciones del abuso sexual y sus posibles secuelas emocionales, físicas, psicológicas y sexuales.

Hipótesis 10: Por lo que se refiere a *frecuencia de abusos sexuales*, las mujeres habrán sido más frecuentemente víctimas de abusos sexuales que los hombres; y las personas que vivan en vivienda tutelada presentarán menor frecuencia de abusos sexuales que las que viven en otros emplazamientos.

Hipótesis 11: Por lo que se refiere a *secuelas emocionales, físicas, psicológicas y sexuales* se encontrarán correlaciones positivas entre frecuencia de abusos y desarrollo de secuelas emocionales siendo éstas mayores en las mujeres y en las personas que no vivan en vivienda tutelada; así como en el rango de edad más maduro.

Hipótesis 12: Tanto el grupo formado por personas con abuso sexual autoinformado como las que hayan sido víctimas de abuso pero no hayan informado de ello presentarán *secuelas emocionales, físicas, psicológicas y sexuales* que los diferenciarán del grupo de personas que no ha sido víctima de abuso.

Hipótesis 13: Las *mujeres con discapacidad intelectual de mayor edad* serán más vulnerables de haber padecido abusos sexuales.

Hipótesis 14: Las *personas que residan en instituciones públicas*, serán más propensas a padecer abusos sexuales que las personas que convivan en su unidad familiar.

CAPÍTULO 5. MÉTODO

5.1. Metodología

5.2. Instrumentos

5.3. Procedimiento

5.4. Análisis de los datos

CAPÍTULO 5. MÉTODO

5.1. Participantes

En este estudio ha habido dos grupos de participantes, por un lado personas con DI y, por otro, población sin discapacidad.

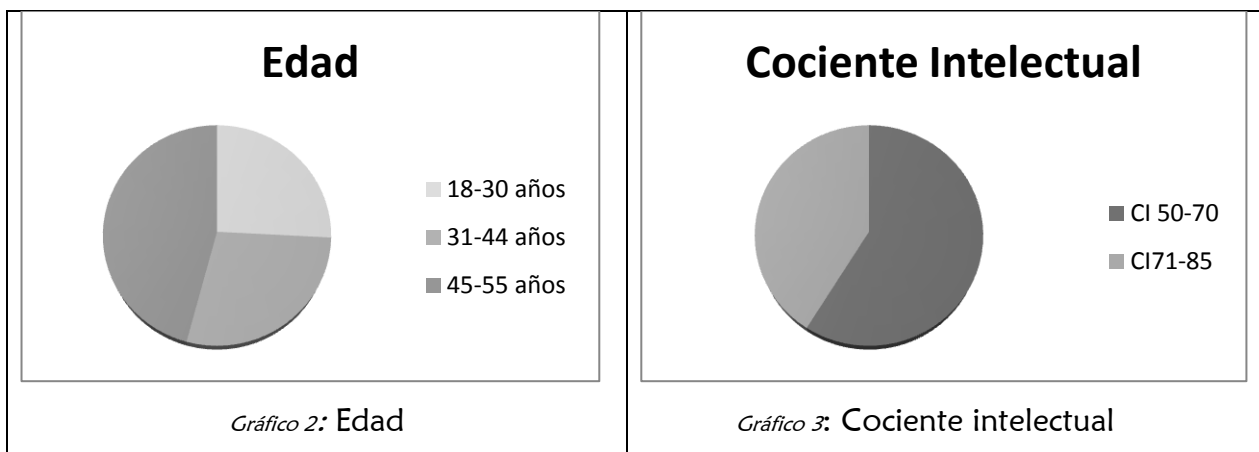
Por lo que se refiere al primer grupo han participado 360 personas adultas con diferentes grados de discapacidad intelectual que son beneficiarias de algún tipo de recurso asistencial, ya fuera un Centro Ocupacional o un Servicio de Estancia Diurna. Dichos Centros están situados en Castilla La Mancha, en las provincias de Albacete, Cuenca y Ciudad Real, y en Andalucía, en las provincias de Cádiz y Granada. Las viviendas tuteladas participantes fueron “Asprona” (Villarrobledo, Albacete), “Aspadec” (Cuenca) y “Asociación Castellar” (Mota del Cuervo, Cuenca). Los centros residenciales colaboradores fueron “Asprona” (Hellín, Albacete), “Cadi” (San Clemente, Cuenca), “Granja Escuela el Terminillo”, “Residencia Infantas de España” (Cuenca) “Residencia de Adultos, Afanas” (Cádiz) y Residencia SJD, Hogar San Juan de Dios” (Granada).

Un tercio de los usuarios (120 personas) se incorpora todos los días a estos centros procedentes de sus domicilios familiares (en adelante UF). Otro tercio (120) llegan desde sus viviendas tuteladas (en adelante VT), por último, las personas que viven en los centros residenciales (en adelante CR) que constituyen el último tercio (120) no necesitan desplazarse pues en el propio recinto donde se encuentra el CR asisten a los diferentes talleres y aulas (ver Gráfico 1).



Gráfico 1: Tipo de vivienda

La mitad de los participantes fueron mujeres y la otra mitad hombres. Casi la mitad de la muestra tiene entre 45 y 55 años (45.8%) seguidos por las personas de entre 31 y 44 años (28.3%) y quienes tienen entre 18 y 30 años que constituyen el 25.8% de la muestra (ver Gráfico 2). Todos son beneficiarios de un recurso asistencial y su cociente intelectual oscila entre 50-85, teniendo el 41.1% un CI de entre 71 y 85 y un CI entre 50 y 70 el 58.9% (ver Gráfico 3).



En relación a la *orientación sexual*, el 3.9% era homosexual y el 96.1% heterosexual. En el momento de la investigación tenían pareja el 84.2%.

El segundo grupo, este es el de los participantes sin DI estuvo conformado por 300 personas, de las cuales 100 fueron padres o familiares cercanos de las personas con DI; 100 fueron profesionales que trabajan habitualmente en contacto con personas con DI y 100 personas de la población general sin contacto cercano con personas con DI.

En cuanto al género, de 100 padres y 100 profesionales, el 50% correspondía a hombres y el otro 50% a mujeres, de las 100 personas de la población general el 51% eran hombres y el 49% mujeres.

En referencia a la edad, en el grupo de padres el rango de edad más frecuente (44%) estuvo entre los 52 y los 66 años; en el de profesionales (57%) lo fue el de 36 a 51 años y en la población general (42%) lo fue el de personas entre 52 y 66 años (ver Gráfico 4).

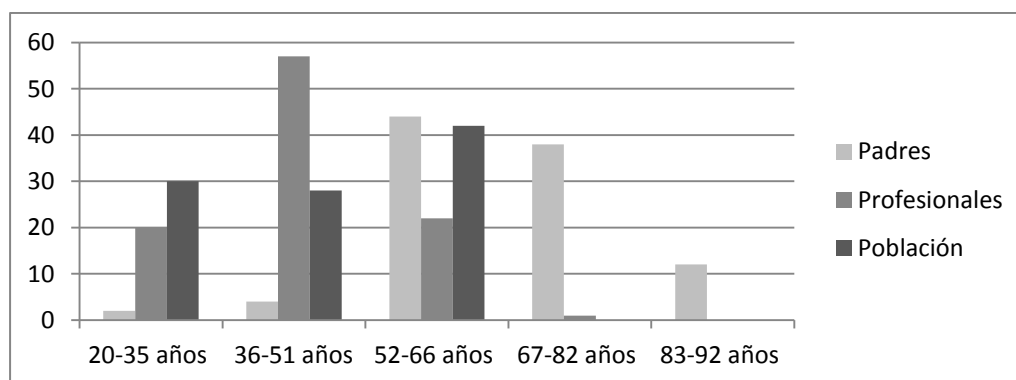


Gráfico 4: Edad de la población sin DI

Por último en cuanto al nivel formativo de las personas sin DI, encontramos que el nivel formativo más frecuente de los padres con un 56% fue el graduado escolar, con un 63% los profesionales con educación secundaria y el 62% de la población con el graduado escolar (ver Gráfico 5).

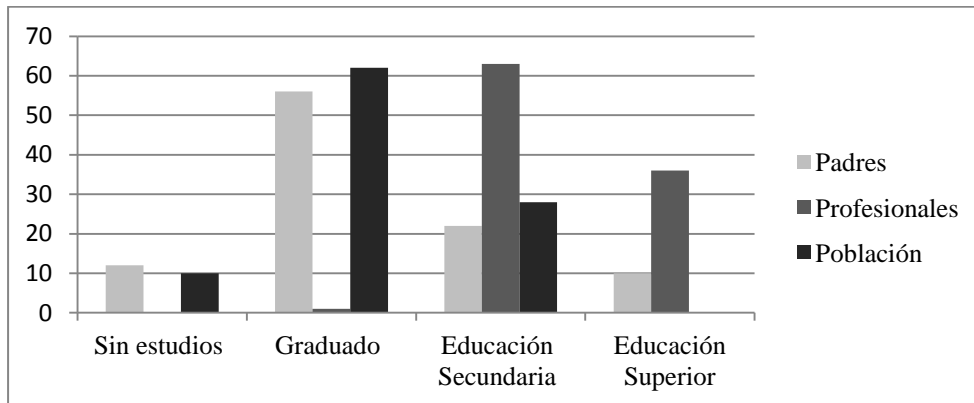


Gráfico 5: Nivel formativo población sin DI.

5.2 Instrumentos

5.2.1. Instrumentos aplicados a los/as usuarios/as

CUSEXDI (Gil-Llario y Díaz-Rodríguez, 2013). Cuestionario sobre sexualidad para personas con Discapacidad Intelectual. Cuestionario compuesto por 32 ítems que evalúan el comportamiento sexual, la conducta preventiva, los conocimientos, la satisfacción sexual y la experiencia de abusos sexuales. En cuanto a los comportamientos, hay 15 ítems con formato dicotómico que exploran la atracción sexual, la experimentación de fantasías, la satisfacción sexual, la sexualidad mutua y la sexualidad en pareja. Para la conducta preventiva, hay 3 ítems con respuesta dicotómica que evalúan el uso de métodos anticonceptivos y el tipo. En cuanto a los conocimientos, hay 5 preguntas dicotómicas y 2 preguntas abiertas que exploran la información recibida, las fuentes de información y el deseo de querer hablar más sobre sexualidad. Un ítem evalúa la satisfacción sexual Finalmente, el cuestionario

explora la experiencia de abusos sexuales a través 4 cuestiones dicotómicas y 2 preguntas abiertas que evalúan la presencia de abusos sexuales, la severidad y revelación de dicho suceso. El alfa de Cronbach del instrumento es de .73. Para paliar las dificultades de comprensión lectora este instrumento se aplicó en formato de entrevista añadiéndose cuestiones dirigidas a evaluar la ansiedad social (6 ítems), la imagen corporal (3 ítems) y la búsqueda de sensaciones (4 ítems) (ver anexo 1).

ESCALA DE PERCEPCIÓN SEXUAL (POS), versión adaptada para personas con discapacidad intelectual (Bowman, Morris, Scotti & Slack, 1996). En esta escala, la percepción está definida como comprensión, conocimientos e ideas, positivas y negativas sobre los diferentes comportamientos y prácticas sexuales con parejas tanto del mismo como de diferente sexo. Se responde mediante una escala Likert de 5 puntos que van desde nada aceptable a muy aceptable. La escala se divide en tres bloques, cada uno de ellos permite dos o más opciones de respuesta y está compuesta por un total de 28 ítems. El primer bloque evalúa el comportamiento y prácticas sexuales normalizadas en dos situaciones: “Muestras de afecto en público” (7 ítems) y “Muestras de afecto en privado” (7 ítems). El segundo bloque evalúa los conocimientos sobre educación sexual en dos aspectos “Prácticas de sexo seguro” (6 ítems) y “Prácticas sexuales de riesgo” (5 ítems). El tercer bloque, Orientación Sexual, incluye a su vez tres partes “Prácticas sexuales entre personas del mismo sexo” (14 ítems), “Prácticas sexuales entre personas de diferente sexo” (13 ítems) y “Prácticas sexuales entre personas de ambos sexos” (4 ítems). Se obtuvo información adicional de esta escala realizando otras combinaciones de ítems. Así se obtuvo una medida de

la “Tolerancia a la expresión de la sexualidad de heterosexuales” (6 ítems) y de la “Tolerancia ante la expresión de la sexualidad de homosexuales” (6 ítems). La fiabilidad de los factores oscila entre .79 y .92, y la escala en total tiene una fiabilidad de .93 (ver Anexo 2).

ESCALA INICO-FEAPS. Escala de Evaluación Integral de la Calidad de Vida de Personas con Discapacidad Intelectual o del Desarrollo (Verdugo, Arias, Gómez, Santamaría, Clavero y Tamarit, 2013). Este instrumento evalúa de manera multidimensional la calidad de vida valorada tanto por profesionales como por la propia persona con discapacidad intelectual, según el modelo de ocho dimensiones de la calidad de vida propuesto por Schalock y Verdugo (2003, 2007). Las dimensiones evaluadas son: “Autodeterminación” (ítem 1 a 9), “Derechos” (ítem 10 a 18), “Bienestar Emocional” (ítem 19 a 27), “Inclusión Social” (ítem 28 a 36), “Desarrollo Personal” (ítem 37 a 45), “Relaciones Interpersonales” (ítem 46 a 54), “Bienestar Material” (ítem 55 a 63) y “Bienestar Físico” (ítem 64 a 72). En total 72 ítems que se responden mediante una escala tipo Likert de 4 opciones que son nunca, a veces, frecuentemente y siempre. El coeficiente de consistencia interna en el Informe de otras personas es de .93 y en el Autoinforme de .89 (ver Anexo 3).

DASH-II. Evaluación Diagnóstica para Discapacitados (Matson, 1995) en su versión española de Novell, Forgas, Mendiya (1999). La escala completa está compuesta de 84 ítems divididos en 13 dimensiones pero en este estudio solo se han administrado

cinco de ellas: “Ansiedad” (8 ítems), “Depresión” (15 ítems), “Agresividad” (5 ítems), “Sueño” (5 ítems) y “Conducta Sexual” (3 ítems). Se contesta en base a la *frecuencia* (por ej. “¿Con qué frecuencia ha ocurrido este comportamiento en las dos últimas semanas?” 0-No ha sucedido, 1-Entre una y diez veces y 2-Más de diez veces), a la *duración* (por ej. “¿Durante cuánto tiempo ha estado ocurriendo este comportamiento?” 0-Menos de un mes, 1-De uno a doce meses y 2-Más de doce meses); y, por último, según la *gravedad* (Por ej. “¿Qué gravedad ha tenido este comportamiento durante las dos últimas semanas?” 0-No causó disrupciones o daños, 1-No causó daños pero interrumpió las actividades de otros compañeros, y 2-Causó lesión o daño a la propiedad por lo menos una vez). El coeficiente de consistencia interna es de .97 (ver anexo 4).

ESCALA DE EVALUACIÓN DE LOS ABUSOS SEXUALES EN DI (Lummey & Scotti, 2001).

Esta escala está compuesta por 20 ítems que se responden mediante respuesta dicotómica (verdadero-falso) en unos casos y escogiendo entre tres alternativas en otros. Ofrece información sobre 4 áreas: “Conocimientos sobre cambios corporales” (6 ítems); “Comprensión de los límites de la intimidad” (4 ítems); “Identificación de las relaciones inapropiadas” (7 ítems); e “Identificación de las situaciones inapropiadas” (3 ítems). El coeficiente de consistencia interna de las preguntas de V-F es .81 y el de las preguntas de alternativas es de .74. El alfa de Cronbach del total de la escala es de .84 (ver Anexo 5).

5.2.2. Instrumentos aplicados a personas sin discapacidad

ASEXDI. Escala de Actitudes hacia la Sexualidad en Personas con Discapacidad Intelectual (SALUSEX, 2015). Se diseñó para esta investigación con el fin de explorar diferentes aspectos relacionados con las actitudes hacia la sexualidad en discapacidad. Este cuestionario se elaboró adaptando y ampliando algunos de los ítems que integran la escala de actitudes hacia la sexualidad en discapacidad de Zárate y Vidal (2010). Escala compuesta por 18 reactivos (por ejemplo, “deberíamos evitar que las mujeres con DI se queden embarazadas mediante el uso de anticonceptivos” o “me parece bien que las personas con DI se besen o acaricien con otra persona”) que evalúa las actitudes que se poseen en relación a la sexualidad de las personas con discapacidad intelectual. Se contesta mediante una escala tipo Likert con cinco opciones de respuesta que van desde 1 «*totalmente en desacuerdo*» a 5 «*totalmente de acuerdo*». La puntuación total se calcula sumando los puntos asignados en cada ítem, obteniendo un valor que oscila entre 18 y 90. Una mayor puntuación indica actitudes sexuales más favorables. En el estudio se obtiene un coeficiente de fiabilidad alfa de Cronbach de .70 para familiares, .73 para profesionales de la salud y .71 para población general (ver Anexo 6).

ARSEXDI. Actitudes hacia las Relaciones Sexuales de las personas con DI (Gil-Llario y cols, 2016). Consta de 17 ítems donde se evalúa las actitudes hacia combinaciones de parejas que resultan del cruce entre 4 variables: el sexo de los miembros de la pareja

(mismo sexo vs distinto sexo), su edad (misma edad vs distinta edad) y su CI: (mismo CI vs diferente CI) y el tipo de discapacidad (sensorial, intelectual o física)(ver anexo 7).

CUESTIONARIO SOBRE ABUSOS SEXUALES: Cuestionario desarrollado *ad hoc*, realizado por los/as profesionales vinculados a los/as usuarios/as de la investigación. Compuesta por 5 bloques, en los que había que contestar marcando con una cruz para determinar su frecuencia. Los bloques son variables en cuanto al número de ítems, el primero de ellos determinada la “profesión” de la persona que rellena el cuestionario, el segundo bloque “la frecuencia en la que se relaciona con la persona con DI”, el tercero “Tiempo que hace desde que conoce a la persona con DI”, el cuarto de respuesta dicotómica, “Conocimiento sobre su historia vital” y el quinto también de respuesta dicotómica, “Indicios secuelas físicas (5 ítems), psicológicas (11 ítems) y sexuales (2 ítems) (ver anexo 8).

5.3 Procedimiento

Durante los meses comprendidos entre Marzo de 2013 y Mayo de 2015 se evaluó a los/as participantes con DI, para ello, en un primer momento nos pusimos en contacto telefónico con la Junta Directiva así como con el psicólogo/a de cada centro participante para explicarles los objetivos y criterios que debían cumplir los usuarios/as para poder participar en el estudio. Estos criterios eran tener entre 18 y 55 años, poseer certificado de discapacidad intelectual leve o moderada, contar con suficientes

competencias verbales para poder llevar a cabo la entrevista estructurada y responder a los cuestionarios, y tener capacidad para dar su consentimiento libremente. Tras un primer contacto con los participantes seleccionados porque cumplían estos requisitos, se indicaron los objetivos de la investigación e iniciaron las evaluaciones.

Los cuestionarios y la entrevista se realizaron en la sala de usos múltiples de cada centro participante, en sesiones individuales de entre 90-180 minutos. El estudio tiene carácter actual y retrospectivo, dado que a los participantes se les preguntaba también por experiencias pasadas. En las instrucciones se les indicaba que intentaran contestar a todas las preguntas de manera sincera, dado que se garantizaba la confidencialidad de las respuestas y opiniones vertidas.

Los componentes de la muestra de personas sin discapacidad intelectual fueron reclutados entre enero y diciembre de 2015 mediante muestreo incidental no aleatorio, tratando de compensar diversas características sociodemográficas como la edad, el género y el lugar de residencia. Los criterios de inclusión para los familiares fueron: ser familiar cercano de una persona con discapacidad intelectual, residir en España y saber leer. Los criterios de inclusión para profesionales fueron: residir en España y trabajar con personas con discapacidad física y/o intelectual. Los criterios de inclusión para la población general: residir en España y poseer un buen dominio del español.

5.4 Análisis de los datos

Los datos se analizaron a través del software SPSS versión 23.0. En primer lugar se analizaron los datos de personas con DI, se realizaron *análisis descriptivos* (medias y desviaciones típicas), sobre sexo, edad, tipo de vivienda y grado de DI. Se realizaron *pruebas t* comparando en función del sexo, grado de discapacidad, entre los que han recibido educación sexual y los que no, su calidad de vida y tener pareja, en cuanto a los conocimientos, actitudes y comportamientos. También en el caso de haber padecido abusos sexuales y que estos sean autoinformados o documentados. Seguidamente se realizaron *ANOVAs de un factor* con los tres niveles de edad y los tres tipos de vivienda. A continuación se llevaron a cabo *correlaciones* para determinar la misma entre la calidad de vida y las variables predictoras. Se realizaron *regresiones lineales* para explicar el bienestar emocional y la satisfacción sexual.

Finalmente a través de las pruebas *Chi cuadrado de Pearson* se determinó si las secuelas físicas, emocionales, psicológicas, sexuales y erofílicas eran más o menos frecuentes, entre la población ASA o ASD.

En segundo lugar, se analizaron los datos de las personas sin DI. Los datos se analizaron a través del *software SPSS* versión 23.0. En primer lugar, se realizaron análisis descriptivos (medias y desviaciones típicas) para explorar las actitudes de los padres, los profesionales y la población general hacia las relaciones sexuales de las personas con discapacidad intelectual, física y sensorial. Posteriormente, se realizaron análisis diferenciales para comprobar el papel del género (prueba t), la edad (prueba ANOVA) a la hora de modular dichas actitudes.

CAPÍTULO 6. RESULTADOS

6.1. Historia sexual

6.2. Análisis diferenciales

6.3. Muestra sin D.I.

6.4. Análisis de los datos

6.5. Análisis de la Calidad de Vida

6.6. Abuso sexuales

CAPÍTULO 6. RESULTADOS

Para responder al primer objetivo relativo al *estudio de los principales aspectos implicados en el desarrollo de la salud sexual de las personas adultas con DI: Conocimientos, comportamientos y actitudes* vamos a ofrecer, en primer lugar los datos que caracterizan a la población general para seguidamente profundizar en el análisis estableciendo comparaciones en función del sexo, edad, tipo de vivienda y grado de discapacidad.

6.1 Historia sexual

Un primer grado de análisis consistió en realizar una caracterización de la historia sexual de los participantes respondiendo a cuestiones básicas tales como si tienen interés por tener relaciones sexuales y de pareja, si tienen actividad sexual imaginativa y real, y en ese caso, si se protegen y si han recibido educación sexual y de qué modo.

Por lo que se refiere a los *intereses sexuales* de los participantes, más de la tercera parte de la muestra, el 84.7%, ha sentido atracción sexual por otras personas, pero solo el 47.8% se lo ha dicho en algún momento a esa persona. El 84.2% sentía que le gustaba otra persona. El 96.4% de la muestra había tenido pareja alguna vez, siendo lo más frecuente haber tenido dos parejas (24.7%) seguido de una pareja (19.4%). En el momento de la investigación el 84.2% tenía pareja. El 78.6% afirmó

que les gustaría tener pareja en el momento de la evaluación y el 16.9% señaló que más adelante. Solo a un 4.4% no les gustaría tener pareja.

Por lo que respecta a la aceptación familiar en relación con el hecho de tener pareja, el 35% afirma que no podría tener pareja porque sus padres no le dejarían, el 31.4% señala que no podrían tener pareja porque esto “está mal” y solo el 38.3% dice que contaría con el consentimiento y apoyo de sus padres.

Si nos centramos en su *actividad sexual* el 75% ha tenido fantasías sexuales alguna vez y el 13.3% muchas veces llegando a la masturbación en el 90% de los entrevistados. Como podemos ver en el gráfico 6, a edad de inicio en la práctica de la masturbación oscila entre los 7 y los 20 años siendo la edad más frecuente los 15 años (26.4%).

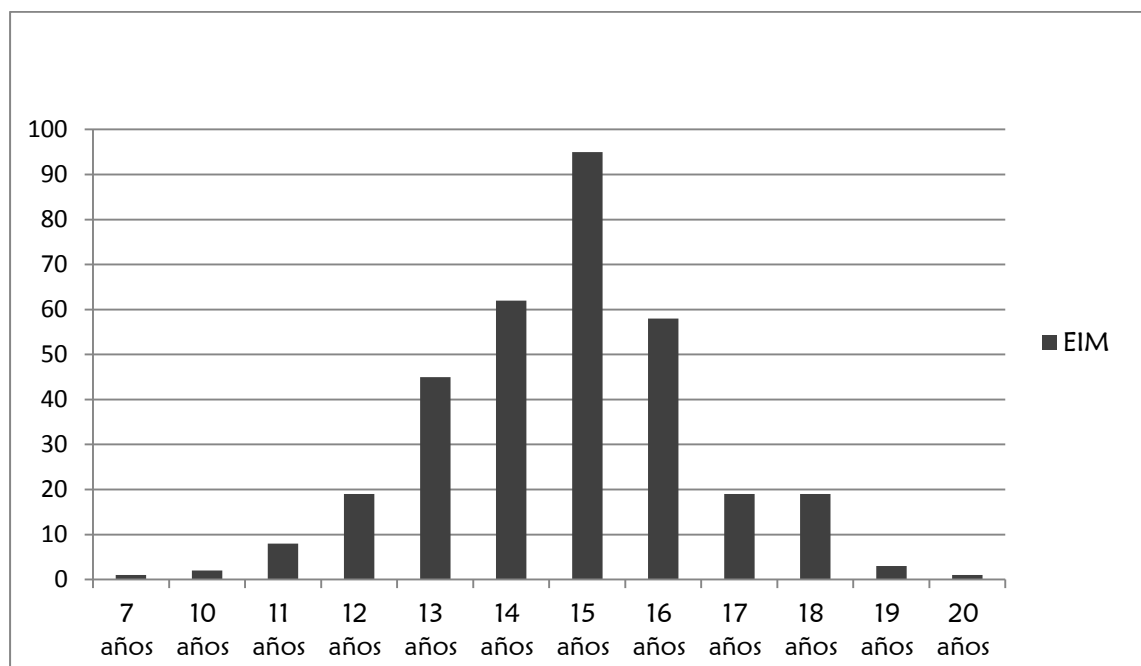


Gráfico 6: Edad de inicio en la práctica de la masturbación

En la actualidad el 25.36% se masturba dos veces a la semana y el 7.1% una vez al día (ver gráfico 7).

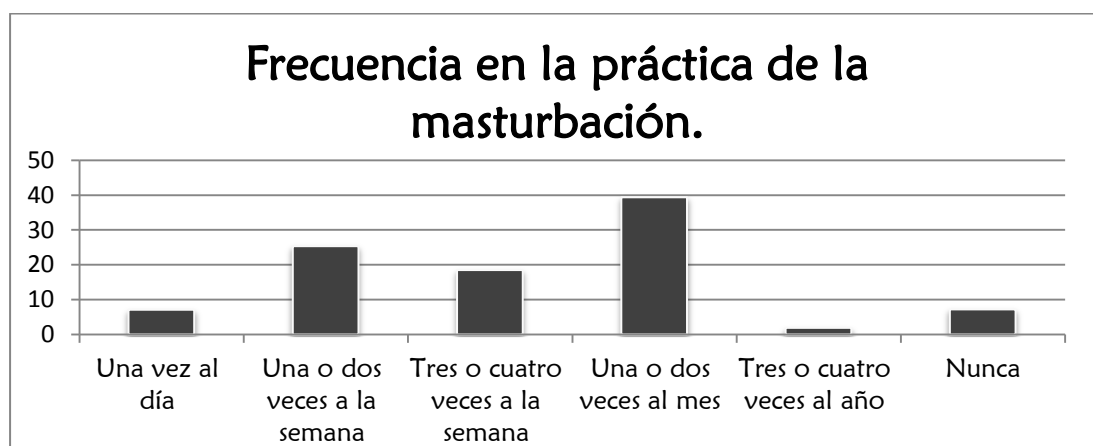


Gráfico 7: Frecuencia en la práctica de la masturbación.

El 84.2% de la muestra ha mantenido relaciones sexuales y casi la totalidad de los participantes, el 99.2%, ha compartido con otra persona besos y caricias. El 84.4% afirma haber realizado sexo vaginal y el sexo oral fue practicado por el 80.3% de los participantes. La práctica sexual menos frecuente fue el sexo anal 8.6% (ver gráfico 8).

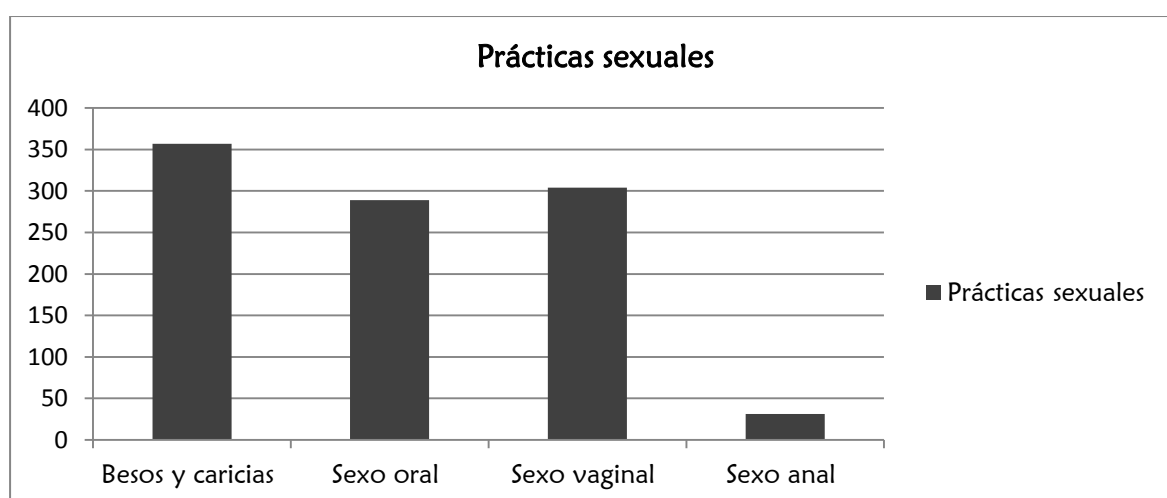


Gráfico 8: Prácticas sexuales

En cuanto al uso de métodos anticonceptivos, el 95.8% de los usuarios los había utilizado alguna vez frente al 4.2% que nunca había hecho uso de ellos. Los anticonceptivos más frecuentemente utilizados fueron los preservativos 51.7%, seguidos de las pastillas anovulatorias 17.5% y el parche anticonceptivo 13.3% (ver gráfico 9).

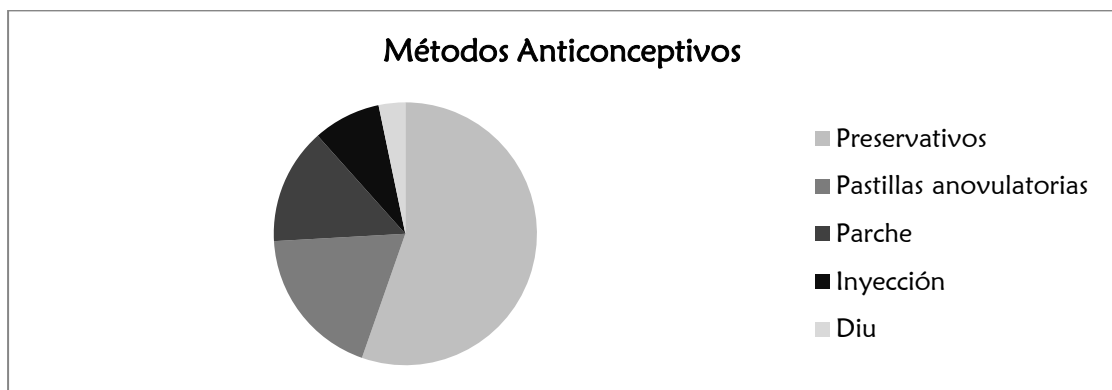


Gráfico 9: Métodos anticonceptivos

Por lo que respecta a la *educación sexual* recibida, tanto en el caso en que se preguntó directamente como en el que se obtuvo información sin haberla solicitado, los principales agentes fueron familiares diferentes de los padres seguidos de los educadores/as, otros familiares, compañeros, ex-parejas o nadie (ver Gráfico 10).

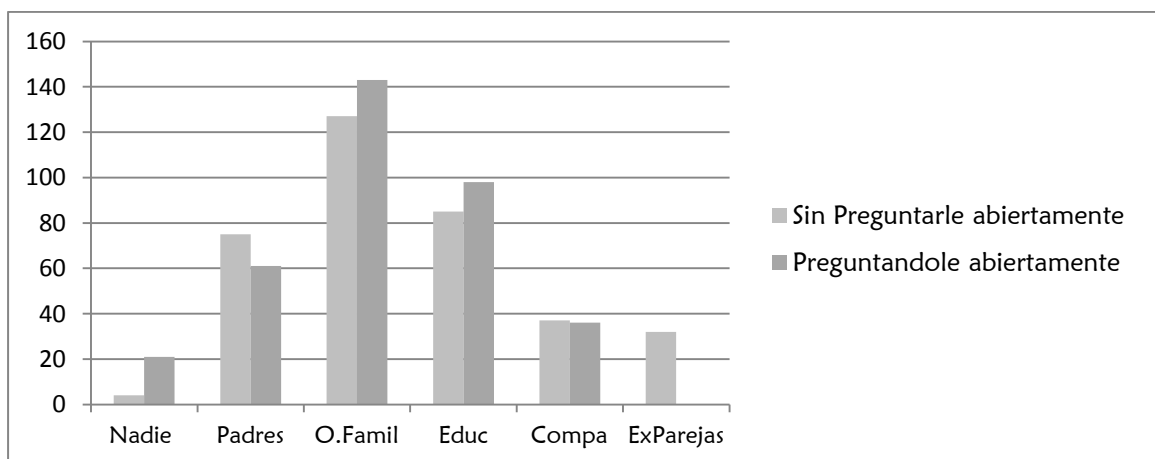


Gráfico 10. Agentes de educación sexual

Por último se analizó el grado de aceptación que percibían cuando preguntaban acerca de sexualidad. Solo el 35.6% respondió que se sentía bien cuando hacía preguntas sobre sexualidad, pero el 30% afirmó que se había sentido tan mal que no volvería a preguntar sobre sexualidad y al 34% se le regañó indicándole que estaba mal preguntar sobre estos temas pues eran “cosas sucias.”

6.2 Análisis diferenciales en función del género, la edad, el cociente intelectual y el tipo de vivienda.

Un segundo nivel de análisis consistió en profundizar en las características del colectivo realizando comparaciones en cuanto a sus conocimientos, comportamientos y actitudes hacia la sexualidad en función de 4 variables: el género, la *edad* estableciendo tres grupos, -el primero compuesto por jóvenes de entre 18 y 30 años; el segundo por adultos de entre 31 y 44 años; y el tercero de mayores con edades comprendidas entre los 45 y 55 años-; el *grado de discapacidad intelectual*, comparando entre personas con discapacidad leve y moderada y, por último, el *tipo de vivienda* en el que residían, que podía ser una vivienda tutelada, un centro residencial o en la unidad familiar.

6.2.1. Análisis diferenciales en función del sexo

Como se puede comprobar en la tabla 1 los hombres y las mujeres no difieren significativamente en cuanto a conocimientos, comportamientos o actitudes. Solo hubo diferencias estadísticamente significativas en cuanto al uso del preservativo ($\chi^2=148.67$, $p=.001$), siendo superior en el caso de los hombres.

Tabla 1

Comparación en cuanto a conocimientos, actitudes y comportamientos sexuales en función del género

	HOMBRES (N=180) \bar{x} DT	MUJERES (N=180) \bar{x} DT	t
CCC	4.96 (.90)	5.07 (.83)	-1.22
CCS	18.02 (3.24)	17.63 (3.06)	1.16
CES	.52 (.64)	.49 (.62)	.41
EF	87.05 (6.93)	87.13 (6.38)	-.11
T.HE	17.77 (4.07)	17.62 (3.38)	.36
T.HO	17.43 (3.50)	17.69 (3.24)	-.71
PRS	3.57 (.72)	3.67 (.79)	-1.17
ANS	14.43 (2.02)	14.27 (1.98)	.73
IMC	7.72 (1.43)	7.76 (1.84)	-.25
BUQ	11.81 (1.62)	12.03 (1.53)	-1.36

Nota: CCC: Conocimientos cambios corporales; CCS: Conocimientos sexo seguro; CES: Conocimientos educación sexual; EF: Erotofilia; T.HE: Tolerancia prácticas heterosexuales; T.HO: Tolerancia prácticas homosexuales; PRS: Prácticas sexuales realizadas; ANS: Ansiedad social; IMC: Imagen corporal ; BUQ: Búsqueda de sensaciones.

Tampoco se muestran diferencias por lo que respecta a la fuente por la que recibieron información sexual recibida como podemos observar en el gráfico 11. Tanto en el caso de los hombres como en el de las mujeres, los principales informadores fueron otros familiares (36.1% para los hombres y el 34.4% para las mujeres), seguidos de los/as educadores/as (24.4% para los hombres y 22.8% para las mujeres), los

progenitores/as (para el 22.2% de los hombres y el 19.4% de las mujeres), los amigos, ex – parejas y por último nadie.

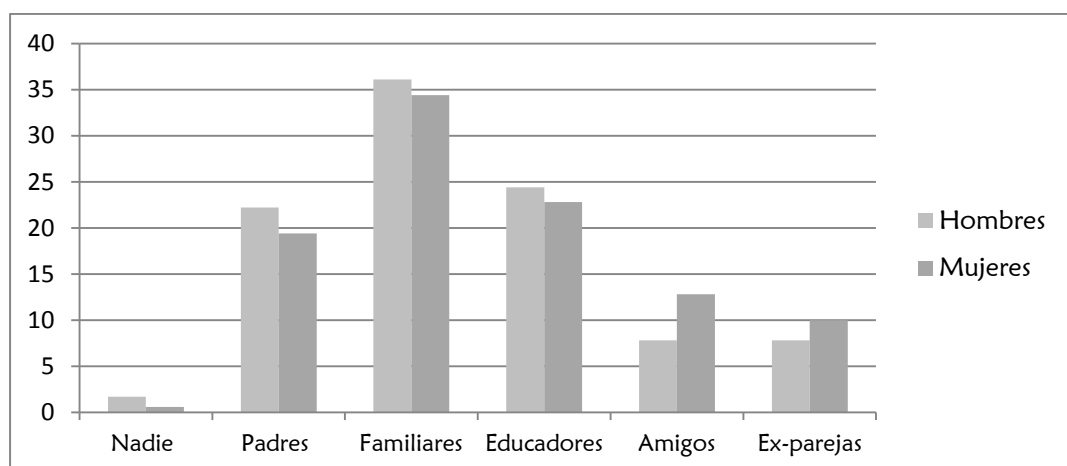


Gráfico 11: Agentes de información sexual según sexo

6.2.2. Análisis diferenciales en función del grado de discapacidad.

En la tabla 2 se muestran los resultados de la comparación entre las personas con discapacidad intelectual leve y moderada en cuanto a los conocimientos, comportamientos y actitudes. Como podemos observar, las personas con DI leve, muestran mayores conocimientos sobre educación sexual, mostrando diferencias estadísticamente significativas con los discapacitados intelectuales moderados ($t=-2.51$, $p=.01$). No existen, sin embargo, diferencias entre ambos grupos en cuanto a actitudes, comportamientos sexuales, ni tampoco en el resto de las variables evaluadas, esto es, ansiedad social, imagen corporal y búsqueda de sensaciones (ver Tabla 2).

Tabla 2

Comparación en cuanto a conocimientos, actitudes y comportamientos sexuales en función del cociente intelectual

	CI 50-70 (N=212) \bar{x} (DT)	CI 71-85 (N=148) \bar{x} (DT)	t
CCC	4.99 (.85)	5.04 (.88)	-.56
CCS	17.93 (3.12)	17.66 (3.21)	.79
CES	.43 (.60)	.60 (.65)	-2.51**
EF	86.94 (7.09)	87.30 (6.00)	-.50
T.HE	17.84 (3.32)	17.49 (4.26)	.87
T.HO	17.64 (3.26)	17.45 (3.53)	.50
PRS	3.63 (.68)	3.61 (.80)	.21
ANS	14.37 (1.97)	14.32 (2.06)	.24
IMC	7.73 (1.78)	7.75 (1.44)	-.11
BUQ	11.91 (1.55)	11.93 (1.62)	-.14

**p<.01

Nota: CCC: Conocimientos cambios corporales; CCS: Conocimientos sexo seguro; CES: Conocimientos educación sexual; EF: Erotofilia; T.HE: Tolerancia prácticas heterosexuales; T.HO: Tolerancia prácticas homosexuales; PRS: Prácticas sexuales realizadas; ANS: Ansiedad social; IMC: Imagen corporal ; BUQ: Búsqueda de sensaciones.

Según el grado de discapacidad y a la pregunta sobre si utilizaban preservativo o no, un 42.5% de las personas con una discapacidad intelectual leve los utilizaba frente a un 57.5% de las personas con una discapacidad intelectual moderada.

No se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos de discapacidad leve y moderada, la información sexual en el caso de las personas con una discapacidad intelectual leve es por parte de familiares 33.8%, seguido de educadores/as 27.%, y por sus padres/madres, 17.6%. Para las personas con una discapacidad intelectual moderada, son otros familiares 36.3% los principales informantes, seguidos de su padres/madres 23.1% y educadores/as 21.2% (ver Gráfico 12).

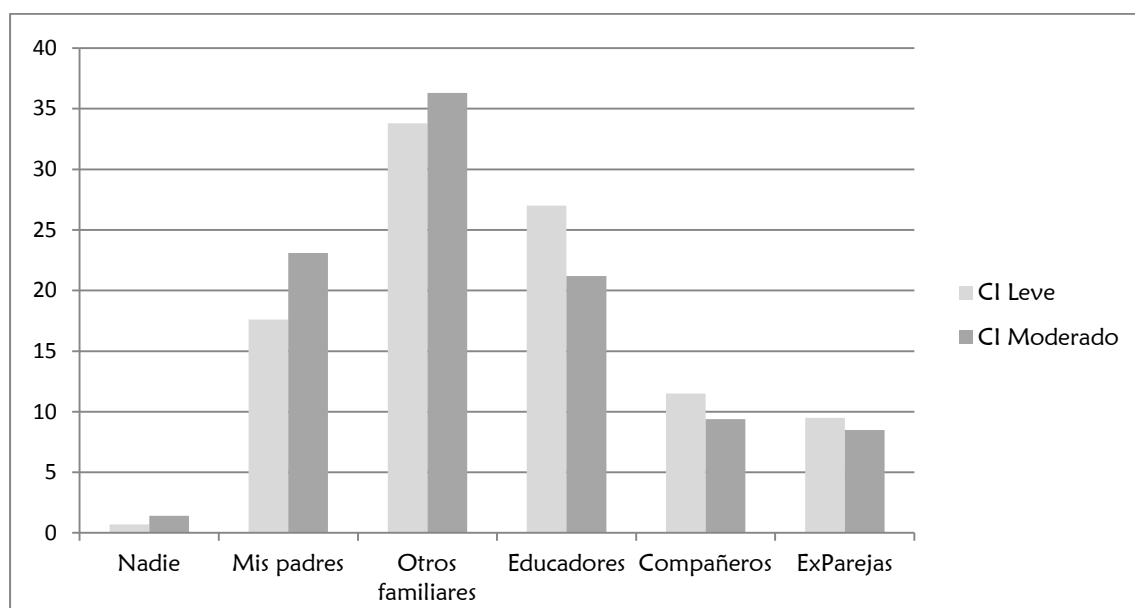


Gráfico 12: Porcentajes sobre agentes de información sexual según cociente intelectual

6.2.3. Análisis de diferencias en función de edad.

El tercer apartado se centró en comparar estos aspectos, conocimientos, comportamientos y actitudes, en los diferentes niveles de edad. En la tabla 6, podemos observar los resultados de los análisis de comparación de medias realizadas en función de la edad dividida en tres niveles, el de menores de 30 años (18-30 años), las personas entre los 31-44 años, y el de mayores de 45 años (45-55 años). Hemos encontrado diferencias estadísticamente significativas en los conocimientos sobre cambios corporales y los tres niveles de edad. En concreto, el grupo de jóvenes menores de 30 años ($\bar{x}=5.23$; $DT=.75$) tiene un mayor nivel de conocimientos sobre cambios corporales que los que están entre los 31-44 años ($\bar{x}=5.07$ $DT=.73$) y que el grupo de mayores de 45 años ($\bar{x}=4.85$ $DT=.96$), no existiendo diferencias entre los grupos en

cuanto a los conocimientos sobre prácticas de comportamientos de sexo seguro ni tampoco en los conocimientos sobre educación sexual. Por lo que se refiere a las actitudes ante la sexualidad, encontramos diferencias estadísticamente significativas en la erotofilia en el grupo de mayores de 45 años que obtiene mayores puntuaciones ($\bar{x}=87.89$; $DT=6.50$) que en el caso de los que tienen entre 31 y 44 años ($\bar{x}=86.99$; $DT=6.39$) y de los jóvenes menores de 30 años ($\bar{x}=85.78$; $DT=7.06$). Por último, en cuanto a la tolerancia ante las prácticas sexuales entre homosexuales, observamos que es el grupo de jóvenes menores de 30 años ($\bar{x}=5.23$; $DT=.75$), el que obtiene mayores puntuaciones que el grupo de mayores de 45 años ($\bar{x}=17.49$; $DT=3.35$) y que las de las personas de entre 31 y 45 años ($\bar{x}=17.00$; $DT=3.63$), no existiendo diferencias estadísticamente significativas con el resto de variables analizadas, esto es, la tolerancia ante las prácticas heterosexuales, las prácticas sexuales realizadas, la ansiedad social, imagen corporal y búsqueda de sensaciones (ver Tabla 3).

Tabla 3

Comparación de las diferencias en las medias en cuanto a conocimientos, actitudes y comportamientos en función de los grupos de edad

	I.19-30 (N=93)		II.31-44 (N=99)		III.45-55 (N=163)		F	POST HOC
	\bar{x}	DT	\bar{x}	DT	\bar{x}	DT		
CCC	5.23	(.75)	5.07	(.73)	4.85	(.96)	6.05***	1>3
CSS	18.19	(3.59)	17.58	(2.59)	17.76	(3.21)	.94	
CES	.40	(.51)	.59	(.66)	.50	(.66)	2.19	
EF	85.78	(7.06)	86.99	(6.39)	87.89	(6.50)	3.02*	1<3
T.HE	18.21	(4.75)	17.66	(3.01)	17.4	(3.47)	1.37	
T.HO	18.31	(2.98)	17.00	(3.63)	17.5	(3.35)	1.31*	1>2
PRS	3.65	(7.1)	3.51	(.84)	3.67	(.73)	3.79	
ANS	14.54	(2.08)	14.12	(1.99)	14.38	(1.96)	1.11	
IMC	7.75	(1.45)	7.62	(1.97)	7.81	(1.53)	.39	
BUQ	12.22	(1.59)	11.83	(1.59)	11.81	(1.56)	2.28	

* $p<.05$; p*** <0.01

CONSTRUCCION DE LA SALUD SEXUAL Y ANÁLISIS DE SU INFLUENCIA EN LA CALIDAD DE VIDA Y PREVENCIÓN DE ABUSOS SEXUALES EN PERSONAS ADULTAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL

Nota: CCC: Conocimientos cambios corporales; CSS: Conocimientos sexo seguro; CES: Conocimientos educación sexual; EF: Erotofilia; T.HE; Tolerancia prácticas heterosexuales; T.HO: Tolerancia prácticas homosexuales; PRS: Prácticas sexuales realizadas; ANS: Ansiedad social; IMC: Imagen corporal ; BUQ: Búsqueda de sensaciones.

El uso de preservativos era más frecuente entre las personas mayores de 45 años con un 60.4%, seguido de las personas que tenían entre 31 y 44 años con un 54.1% y, por último, los jóvenes menores de 30 años con un 42.0% ($\chi^2=7.66$ $p=.006$). Los principales agentes sobre información sexual eran, en los tres grupos de edad, primero los familiares, 40.9% para los jóvenes menores de 30 años, 27.5% para los que estaban en el rango de edad entre 31 y 44 años, y un 37% para los mayores de 45 años. En segundo lugar, educadores/as, en un 22.6% para los jóvenes menores de 30 años, un 26.5% las personas entre 31 y 44 años y un 22.4% para los mayores de 45 años. En último lugar, los padres fueron los informantes para un 20.4% de los jóvenes menores de 30 años y para el 23.% de los mayores de 45 años, en el caso de las personas entre 31-44 años fueron los amigos 18.6% los principales informantes (ver Gráfico 13).

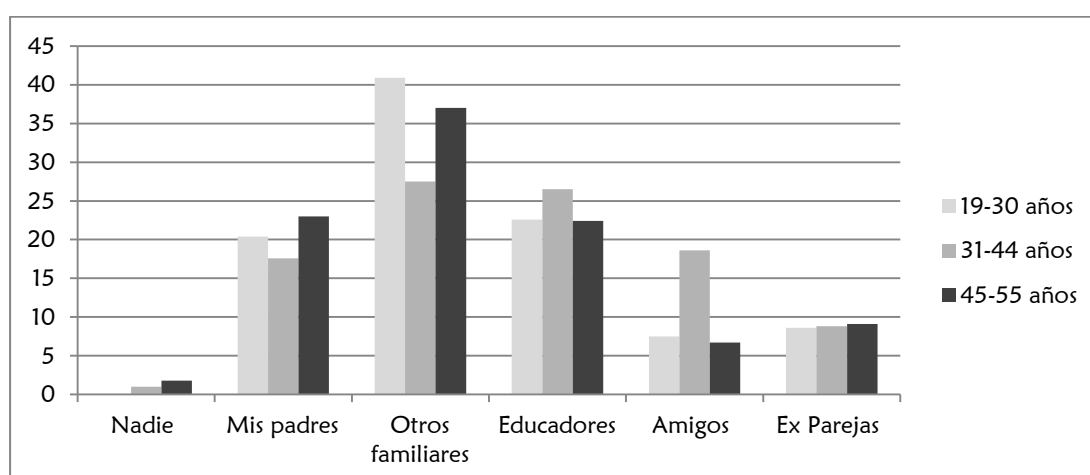


Gráfico 13: Porcentajes sobre agentes de información sexual según edad

6.2.4 Análisis de las diferencias en función del tipo de vivienda

Por último, en lo referente al tipo de vivienda, quienes viven en una vivienda tutelada muestran mayores conocimientos acerca de los cambios corporales ($\bar{x}=5.21$ DT=.74) que quienes viven en centros residenciales ($\bar{x}=4.73$ DT=1.02) y en unidades familiares ($\bar{x}=5.09$; DT=.73), no encontrándose diferencias estadísticamente significativas respecto a los conocimientos sobre prácticas de sexo seguro ni tampoco en conocimientos sobre educación sexual. En cuanto a las actitudes ante la sexualidad, en erotofilia hemos encontrado diferencias estadísticamente significativas en donde el grupo que reside en la unidad familiar ($\bar{x}=87.79$; DT=5.98) obtiene mayores puntuaciones que los que residen en centros residenciales ($\bar{x}=87.68$; DT=6.81) y viviendas tuteladas ($\bar{x}=85.80$; DT=7.00). No se han encontrado diferencias estadísticamente significativas con el resto de variables analizadas, tolerancia ante las prácticas heterosexuales, homosexuales, ante las prácticas sexuales, y ansiedad social, imagen corporal y búsqueda de sensaciones (ver Tabla 4).

Tabla 4

Comparación de las medias en cuanto a conocimientos, actitudes y comportamientos sexuales en función del tipo de vivienda

	VT N=120		CR N=120		UF N=120		F	POST HOC
	\bar{x}	DT	\bar{x}	DT	\bar{x}	DT		
CCC	5.21	(.74)	4.73	(1.02)	5.09	(.73)	10.26***	1>2 2<3
CSS	17.95	(3.33)	17.73	(3.23)	17.79	(2.92)	.16	
CES	.51	(.57)	.52	(.66)	.48	(.66)	.14	
EF	85.80	(7.00)	87.68	(6.81)	87.79	(5.98)	3.43**	3>1
T.HE	17.87	(4.43)	17.35	(3.50)	17.87	(3.16)	.78	
T.HO	17.70	(3.15)	17.35	(3.38)	17.65	(3.58)	.37	
PRS	3.64	(.71)	3.67	(.75)	3.55	(.80)	.74	
ANS	14.50	(2.00)	14.46	(1.94)	14.10	(2.06)	1.47	
IMC	7.69	(1.48)	7.76	(1.53)	7.77	(1.91)	.092	
BUQ	12.14	(1.75)	11.76	(1.53)	11.86	(1.43)	1.81	

;**P<.01 p***<0.01

Nota: CCC: Conocimientos cambios corporales; CSS: Conocimientos sexo seguro; CES: Conocimientos educación sexual; EF: Erotofilia; T.HE: Tolerancia prácticas heterosexuales; T.HO: Tolerancia prácticas homosexuales; PRS: Prácticas sexuales realizadas; ANS: Ansiedad social; IMC: Imagen corporal ; BUQ: Búsqueda de sensaciones.

Las personas residentes en centros residenciales eran las que más frecuentemente utilizaban los preservativos (40.9%), seguidos de los que vivían en las unidades familiares 31.7% y de los de viviendas tuteladas 27.4% ($\chi^2=10.22$ p.007). La información sobre educación sexual es más frecuente que provenga en los tres grupos de viviendas de otros familiares. Esto es así para los residentes de viviendas tuteladas (38.3%), seguidos de los residentes en centros con un 37.5% y, por último, de los que viven en la unidad familiar (30%). En segundo lugar, en el caso de los que viven en centros residenciales y en las unidades familiares fue más frecuente recibir la información por parte de sus padres (23.3% y 22.5% respectivamente), siendo para los usuarios/as de viviendas tuteladas los educadores sus segundos informantes, con un 26.7%. Por último, los educadores/as fueron los siguientes informantes más frecuentes

en el caso de los residentes de centros residenciales (22.5%) y los de unidad familiar (21.7%), y los padres/madres los más frecuentes en el caso de los residentes en viviendas tuteladas 16.7% (ver Gráfico 14).

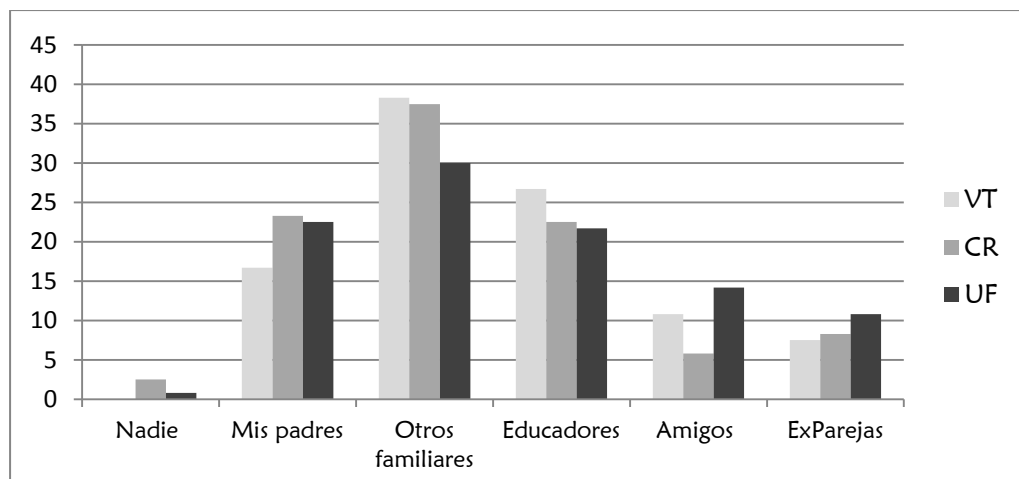


Gráfico 14: Porcentajes sobre agentes de información sexual según el tipo de vivienda

6.3 Descripción de la muestra sin discapacidad intelectual

Los participantes no discapacitados fueron un total de 300 personas equilibradas en cuanto al sexo. El 50% tanto de los padres como de los profesionales son hombres y el otro 50% son mujeres. En el caso de la población general, hay una ligera diferencia ya que el 51% son hombres frente a un 49% que son mujeres. La edad más frecuente en el grupo de los padres/madres estuvo entre los 52 y los 66 años con un 44% de frecuencia seguida por el grupo de quienes están entre los 67 y los 82 años que constituyen un 38%. En el caso de los profesionales, el 57% tenía entre 36 y 51 años y el 22% entre 52 y 66 años. Por último, en el caso de la población general la edad más frecuente estuvo entre los 52 y los 66 años, seguida del tramo que va entre los 20 y los

35 años. Por lo que respecta al nivel de estudios, en el caso de los padres/madres el 56% tenía el graduado escolar y el 22% estudios secundarios. Los profesionales tenían estudios secundarios en un 63% y estudios superiores en un 36%. En la población general, por su parte, el 62% tenía el graduado escolar seguidos del 28% que tenía estudios secundarios (ver Tabla 5).

Tabla 5

Sociodemográficos de los participantes sin discapacidad intelectual

	Pad/Mad	Profes.	P. Gen
Hombre	50%	50%	51%
Mujer	50%	50%	49%
20-35 años	2%	20%	30%
36-51 años	4%	57%	28%
52-66 años	44%	22%	42%
67-82 años	38%	1%	0%
83-92 años	12%	0%	0%
Sin estudios	12%	0%	10%
Graduado	56%	1%	62%
E. Secundarios	22%	63%	28%
E. Superiores	10%	36%	0%

Nota: Pad/Mad; Padres, Madres; Profes: Profesionales; P. Gen: Población General; E. Superiores: Estudios Superiores

Un tercer nivel de análisis se llevó a cabo con una muestra de población sin discapacidad intelectual, realizando comparaciones en función del sexo, la edad y el nivel de estudios, en cuanto a las actitudes ante la sexualidad de las personas con discapacidad.

6.3.1. Comparación entre padres/madres, profesionales y población general en cuanto a actitudes hacia la sexualidad de las personas con discapacidad intelectual.

Los análisis comparativos realizados entre los tres grupos de estudio sin discapacidad en cuanto a su actitud ante la sexualidad de las personas con discapacidad muestran diferencias estadísticamente significativas entre los tres grupos ($F=226.72^{***}$) siendo el grupo de padres/madres ($\bar{x}=49.06$; $DT=5.07$) el que muestra actitudes significativamente más desfavorables hacia la sexualidad de los DI en comparación tanto con el grupo de profesionales ($\bar{x}=65.64$; $DT=2.47$) como con el grupo de la población general ($\bar{x}=65.07$; $DT=9.23$) (ver tabla 6).

Centrándonos en la tolerancia mostrada hacia que las personas con DI tengan relaciones sexuales vemos que los tres grupos muestran diferencias significativas entre sí en todas las condiciones, esto es, cuando las relaciones se establecen entre una pareja formada por dos personas con discapacidad intelectual ($F=187.93^{***}$), con discapacidad sensorial ($F=279.28^{***}$) y con discapacidad física ($F=161.06^{***}$), y lo mismo ocurre cuando solo un miembro de la pareja es discapacitado ya sea discapacitado intelectual ($F=240.77^{***}$), discapacitado sensorial ($F=349.01^{***}$) o discapacitado físico ($F=328.91^{***}$).

Analizando las actitudes mostradas hacia los diferentes tipos de discapacidad por separado vemos que el grupo de padres ($\bar{x}=17.34$; $DT=2.3$) muestra puntuaciones significativamente inferiores a las presentadas por los otros dos grupos: profesionales ($\bar{x}=32.79$; $DT=2.7$) y población general ($\bar{x}=25.28$; $DT=9.1$) cuando ambos son discapacitados. Por su parte, las actitudes de los profesionales son más favorables a las

relaciones entre personas ambas discapacitadas que las de la población general. Y el mismo patrón ocurre cuando uno de los miembros de la pareja no muestran discapacidad intelectual (ver Tabla 6).

En el caso de las actitudes hacia parejas en las que ambos miembros presentan discapacidad sensorial el patrón es semejante al anterior. Los profesionales muestran actitudes significativamente más favorables ($\bar{x}=34.08$; $DT=1.9$) que los otros dos grupos, esto es, que el grupo de población general ($\bar{x}= 27.78$; $DT=8.30$) y que el de padres/madres ($\bar{x}= 16.99$; $DT=2.8$); y el grupo de población general, a su vez, muestra actitudes significativamente más favorables que el grupo de padres/madres. Sin embargo, cuando las relaciones sexuales se mantenían entre una persona con discapacidad sensorial y otra persona sin discapacidad sensorial, tanto el grupo de población general ($\bar{x}=39.96$; $DT=12.5$) como el grupo de profesionales ($\bar{x}=39.35$; $DT=2.7$) muestra actitudes más favorables que las mostradas por el grupo de padres/madres ($\bar{x}=15.47$; $DT=1.83$), si bien no hay diferencias significativas entre el grupo de profesionales y el grupo de población general.

Por último, ante las relaciones sexuales entre personas con discapacidad física, tanto en el caso de que ambas lo sean como en cuando uno de los dos miembros de la pareja no tenga ninguna discapacidad, el grupo de profesionales muestra actitudes significativamente más favorables que el grupo de población general y que el grupo de padres/madres. Cuando comparamos entre sí estos dos grupos, el de padres/madres muestra actitudes significativamente menos favorables hacia las relaciones sexuales entre personas con discapacidad física que el grupo de población general (ver Tabla 6).

Tabla 6

Análisis diferenciales en cuanto a las actitudes entre los subgrupos de personas sin DI

	Pa/Ma	Profes	PGen		
	\bar{x} (DT)	\bar{x} (DT)	\bar{x} (DT)	F	Post hoc
ASDI	49.06(5.1)	65.64(2.5)	65.07(9.2)	226.72***	1<2, 1<3
RS 2 DI	17.34(2.4)	32.79(2.7)	25.28(9.1)	187.93***	1<2, 1<3, 2>3
RS 1 DI	15.65(1.8)	38.45(3.1)	36.20(13.6)	240.77***	1<2, 1<3, 2>3
RS 2 DS	16.99(2.8)	34.08(1.9)	27.78(8.3)	279.28***	1<2,1<3,2>3
RS 1 DS	15.47(1.8)	39.35(2.7)	39.96(12.5)	349.01***	1<2, 1<3
RS 2 DF	18.41(2.5)	34.09(2.0)	23.91(10.04)	161.06***	1<2, 1<3, 2>3
RS 1 DF	13.80(1.8)	42.09(2.8)	31.82(13.2)	328.91***	1<2, 1<3, 2>3

p***<0.01

Nota: PGen: Grupo de población general; Pa/Ma: Grupo de padres y madres; Profes: Grupo de profesionales; ASDI: Actitudes hacia la sexualidad de las personas con discapacidad intelectual; RS 2 DI: Actitudes hacia las Relaciones sexuales entre parejas formadas por dos personas con discapacidad intelectual, RS 1 DI: Actitudes hacia las Relaciones sexuales entre parejas formadas por una persona con discapacidad intelectual y otra sin discapacidad intelectual; RS 2 DS: Actitudes hacia las Relaciones sexuales entre parejas formadas por dos personas con discapacidad sensorial; RS 1 DS: Actitudes hacia las Relaciones sexuales formadas por una persona con discapacidad sensorial y otra persona sin discapacidad sensorial; RS 2 DF: Actitudes hacia las Relaciones sexuales entre parejas formadas por dos personas con discapacidad física; RS 1 DF: Actitudes hacia las Relaciones sexuales entre parejas formadas por una persona con discapacidad física y otra persona sin discapacidad física.

6.3.2. Análisis de las actitudes de cada uno de los grupos de participantes sin discapacidad.

6.3.2.1. Actitudes del subgrupo de padres/madres

En un interés por profundizar en el análisis de las actitudes de los padres hemos indagado la existencia de patrones actitudinales mediante la observación de las correlaciones que se establecen entre las diferentes situaciones planteadas. Como se puede observar en la tabla 7 existe una correlación significativa entre la valoración que les suscitan las relaciones en las que uno de los dos miembros de la pareja no tiene discapacidad. Así, vemos una correlación significativa entre las situaciones en que solo

uno tiene DF y solo uno tiene DS ($r=.5550^{***}$); así como en las que solo uno tiene DI y solo uno tiene DS ($r=.223^*$). No existe, sin embargo, relación entre cómo se valoran las relaciones en las que ambos miembros son DI, ambos son DF o ambos son DS, no apareciendo correlaciones significativas entre estas variables y las restantes (ver Tabla 7).

Tabla 7

Análisis de correlación entre las actitudes de los padres y madres

	ASDI	RS2DI	RS1DI	RS2DS	RS1DS	RS2DF	RS1DF
ASDI	1						
RS2DI	-.153	1					
RS1DI	-.091	.071	1				
RS2DS	.114	-.023	-.077	1			
RS1DS	-.170	-.063	.223*	.140	1		
RS2DF	.101	-.030	.131	-.066	.030	1	
RS1DF	-.067	-.044	.187	.291	.550***	-.100	1

* $p<.05$; ** $p<.01$; *** $p<0.01$

Nota: ASDI: Actitudes hacia la sexualidad de las personas con discapacidad intelectual; RS 2 DI: Actitudes hacia las Relaciones sexuales entre parejas formadas por dos personas con discapacidad intelectual, RS 1 DI: Actitudes hacia las Relaciones sexuales entre parejas formadas por una persona con discapacidad intelectual y otra persona sin discapacidad intelectual; RS 2 DS: Actitudes hacia las Relaciones sexuales entre parejas formadas por dos personas con discapacidad sensorial; RS 1 DS: Actitudes hacia las Relaciones sexuales formadas por una persona con discapacidad sensorial y otra persona sin discapacidad sensorial; RS 2 DF: Actitudes hacia las Relaciones sexuales entre parejas formadas por dos personas con discapacidad física; RS 1 DF: Actitudes hacia las Relaciones sexuales entre parejas formadas por una persona con discapacidad física y otra persona sin discapacidad física.

6.3.2.2. Actitudes del subgrupo de profesionales

Como se puede observar en la tabla 8 existe una elevada cohesión en cuanto al modo en que se valora la idoneidad de que las personas con discapacidad tengan relaciones sexuales y esto ocurre independientemente del tipo de discapacidad (DF, DS o DI), y tanto si la relación se ha establecido entre dos personas discapacitadas o entre una persona discapacitada y otra que no lo es. La prueba de ello es la existencia de

correlaciones fuertemente significativas y positivas entre todas las variables de que se compone el cuestionario de actitudes hacia las relaciones sexuales de parejas de personas con discapacidad. Las actitudes hacia la sexualidad en general de las personas con discapacidad intelectual, sin embargo, no se relacionan con las variables mencionadas.

Tabla 8

Análisis de correlación entre las actitudes en el grupo de profesionales

	ASDI	RS2DI	RS1DI	RS2DS	RS1DS	RS2DF	RS1DF
ASDI	1						
RS 2 DI	.136	1					
RS 1 DI	-.077	.512***	1				
RS 2 DS	.047	.585***	.633	1			
RS 1 DS	-.004	.252*	.469***	.450***	1		
RS 2 DF	.041	.637***	.688***	.866***	.502***	1	
RS 1 DF	.026	.576***	.636***	.617***	.513***	.761	1

*p<.05; **p<.01; p***<0.01

Nota: ASDI: Actitudes hacia la sexualidad de las personas con discapacidad intelectual; RS 2 DI: Actitudes hacia las Relaciones sexuales entre parejas formadas por ambas personas con discapacidad intelectual, RS 1 DI: Actitudes hacia las Relaciones sexuales entre parejas formadas por una persona con discapacidad intelectual y otra persona sin discapacidad intelectual; RS 2 DS: Actitudes hacia las Relaciones sexuales entre parejas formadas por ambas personas con discapacidad sensorial; RS 1 DS: Actitudes hacia las Relaciones sexuales formadas por una persona con discapacidad sensorial y otra persona sin discapacidad sensorial; RS 2 DF: Actitudes hacia las Relaciones sexuales entre parejas formadas por ambas personas con discapacidad física; RS 1 DF: Actitudes hacia las Relaciones sexuales entre parejas formadas por una persona con discapacidad física y otra persona sin discapacidad física

6.3.2.3. Actitudes del subgrupo de la población general

En este caso, como podemos ver en la tabla 9, no solo existen correlaciones positivas y significativas entre todas las variables del cuestionario de actitudes frente a las relaciones sexuales entre personas con discapacidad sino también con el cuestionario

de actitudes hacia la sexualidad de las personas con DI en el caso de las relaciones entre personas con DI, tanto entre parejas en las que ambos son DI ($r=.410^{***}$) como en las que solo uno lo es ($r=.412^{***}$) así como en el caso, aunque la correlación no es tan fuerte, de personas con DS ($r=.218^*$ en el caso de que lo sean ambos; y $r=.246^*$ cuando solo uno lo es).

Tabla 9

Análisis de correlación entre las actitudes en el grupo de población general

	ASDI	RS2DI	RS1DI	RS2DS	RS1DS	RS2DF	RS1DF
ASDI	1						
RS 2 DI	.410 ^{***}	1					
RS 1 DI	.412 ^{***}	.826 ^{***}	1				
RS 2 DS	.218 [*]	.712 ^{***}	.588 ^{***}	1			
RS 1 DS	.246 [*]	.589 ^{***}	.727 ^{***}	.816 ^{***}	1		
RS 2 DF	.152	.476 ^{***}	.396 ^{***}	.563 ^{***}	.481 ^{***}	1	
RS 1 DF	.181	.366 ^{***}	.463 ^{***}	.494 ^{***}	.616 ^{***}	.892 ^{***}	1

* $p<.05$; ** $p<.01$; p^{***} <0.01

Nota: ASDI: Actitudes hacia la sexualidad de las personas con discapacidad intelectual; RS 2 DI: Actitudes hacia las Relaciones sexuales entre parejas formadas por dos personas con discapacidad intelectual, RS 1 DI: Actitudes hacia las Relaciones sexuales entre parejas formadas por una persona con discapacidad intelectual y otra persona sin discapacidad intelectual; RS 2 DS: Actitudes hacia las Relaciones sexuales entre parejas formadas por dos personas con discapacidad sensorial; RS 1 DS: Actitudes hacia las Relaciones sexuales formadas por una persona con discapacidad sensorial y otra persona sin discapacidad sensorial; RS 2 DF: Actitudes hacia las Relaciones sexuales entre parejas formadas por dos personas con discapacidad física; RS 1 DF: Actitudes hacia las Relaciones sexuales entre parejas formadas por una persona con discapacidad física y otra persona sin discapacidad física.

6.4 Análisis de la calidad de vida de las personas con discapacidad intelectual.

En el *segundo objetivo*, el análisis se centra en la calidad de vida de las personas con DI, considerando las variables que pueden estar modulando dicha calidad. Por este motivo, en primera instancia estableceremos comparaciones en función de una serie de

variables independientes tales como el sexo, la edad, el nivel intelectual, el tipo de vivienda, la orientación sexual y las relaciones de pareja, en los ocho indicadores de la calidad de vida, así como en el índice general de calidad de vida. Los indicadores que se han evaluado son el bienestar emocional, las relaciones interpersonales, el desarrollo personal, la autodeterminación, los derechos, el bienestar material, el bienestar físico y la inclusión social valorados tanto por los/as propios/as usuarios/as como por los/las profesionales que trabajan con ellos/as diariamente.

6.4.1 Análisis de la relación entre calidad de vida y sexo, edad, cociente intelectual, tipo de vivienda, orientación sexual y relación de pareja.

Los análisis de comparación realizados no muestran diferencias entre hombres y mujeres en ninguno de los indicadores de la calidad de vida ni tampoco en el índice global como se puede observar en la tabla 10, tanto cuando son informados por los propios usuarios cuando lo son por los profesionales.

Tabla 10

Análisis diferenciales en cuanto a la calidad de vida en función del sexo

	Hombres (N=180) \bar{x} (DT)	Mujeres (N=180) \bar{x} (DT)	t
ICVA	68.89(5.47)	70.03(5.91)	-.231
ICVP	71.81(5.47)	72.82(5.67)	-1.72
BEA	21.06(3.3)	21.11(3.21)	-.146
BEP	21.92 (3.)	22.16(3.29)	-.72
RIA	20.69 (3.08)	21.14(3.22)	-1.34
RIP	18.21 (3.8)	18.57(3.51)	-.953
DPA	21.44 (2.53)	21.63(2.49)	-.713
DPP	21.66(2.83)	22.10(2.89)	-1.473
AUA	17.73(4.10)	17.73(3.49)	.000
AUP	19.45(3.63)	19.79(3.21)	-.938
DEA	21.13(2.66)	21.47(2.54)	-1.23
DEP	22.77(3.07)	23.18(3.16)	-1.25
BMA	24.14(2.86)	24.37(3.11)	-.722
BMP	23.72(2.89)	23.87(2.82)	-.497
BFA	25.24(2.53)	25.50(2.59)	-.945
BFP	24.32(2.41)	24.51(2.47)	-.733
INA	22.43(2.71)	22.79(2.75)	-1.27
INP	23.42(2.58)	23.31(2.64)	.423

Nota: ICVA: Índice de calidad de vida Autoinformado; ICVP: Índice de calidad de vida por Profesionales; BEA: Bienestar emocional Autoinformado; BEP: Bienestar emocional por Profesional; RIA: Relaciones interpersonales Autoinformado; RIP: Relaciones interpersonales; DPA: Desarrollo personal Autoinformado; DPP: Desarrollo personal por Profesionales; AUA: Autodeterminación Autoinformada; AUP: Autodeterminación por Profesionales; DEA: Derechos Autoinformada; DEP: Derechos por Profesionales; BMA: Bienestar material Autoinformado; BMP: Bienestar material por Profesionales; BFA: Bienestar físico Autoinformado; BFP: Bienestar físico por Profesionales; INA: Inclusión social Autoinformada; INP: Inclusión social por Profesionales.

Sin embargo, sí aparecen diferencias en algunos indicadores por lo que respecta a la comparación entre personas con DI leve y con DI moderada. Las personas con DI leve, es decir, aquellas cuyo CI está entre 71 y 85 muestran un Bienestar Emocional en opinión de los profesionales significativamente superior al que muestran las personas con un CI inferior ($t=-1.97^*$) aunque esto no coincide con la valoración que hacen los

propios usuarios de su bienestar emocional ya que en este caso aunque las medias guardan una relación similar no llegan a alcanzar el grado de significación estadística. Existe otro indicador donde también aparecen diferencias significativas, el Desarrollo Personal ($t=-2.10^*$), sin embargo en este caso las diferencias aparecen cuando es valorado por ellos mismos y no cuando quienes lo valoran son los profesionales con quienes están, como se puede observar en la tabla 11.

Tabla 11

Análisis diferenciales en cuanto a la calidad de vida en función del grado de discapacidad

	CI LEVE (N=157) \bar{x} (DT)	CII MODERADO (N=203) \bar{x} (DT)	t
ICV-A	69.77(5.57)	70.22(5.87)	-.73
ICV-P	72.11(5.34)	72.60(5.93)	-.81
BEM-A	20.85 (3.13)	21.41 (3.38)	-1.62
BEM-P	21.77(3.16)	22.43(3.09)	-1.97*
RIN-A	20.85(3.09)	21.01(3.27)	-.48
RIN-P	18.49(3.50)	18.24(3.86)	.63
DPE-A	21.31(2.53)	21.87(2.45)	-2.10*
DPE-P	21.91(2.85)	21.84(2.99)	.221
AUT-A	18.04(3.78)	17.29(3.81)	1.84
AUT-P	19.56(3.61)	19.70(3.15)	-.38
DER-A	21.27(2.58)	21.35(2.64)	-.29
DER-P	22.94(3.21)	23.03(2.99)	-.28
BMA-A	24.27(3.05)	24.22(2.89)	.15
BMA-P	23.57(2.78)	24.12(2.93)	-1.80
BFI-A	25.42(2.46)	25.30(2.70)	.46
BFI-P	24.42(2.40)	24.41(2.50)	.02
INC-A	22.69(2.75)	22.49(2.72)	.68
INC-P	23.20(2.57)	23.60(2.64)	-1.44

* $p < .05$; *Nota:* ICVA: Índice de calidad de vida Autoinformado; ICVP: Índice de calidad de vida por Profesionales, BEA: Bienestar emocional Autoinformado; BEP: Bienestar emocional por Profesional; RIA: Relaciones interpersonales Autoinformado; RIP: Relaciones interpersonales; DPA: Desarrollo personal Autoinformado; DPP: Desarrollo personal por Profesionales; AUA: Autodeterminación Autoinformada; AUP: Autodeterminación por Profesionales; DEA: Derechos Autoinformada; DEP: Derechos por Profesionales; BMA: Bienestar material Autoinformado; BMP: Bienestar material por Profesionales; BFA: Bienestar físico Autoinformado; BFP: Bienestar físico por Profesionales; INA: Inclusión social Autoinformada; INP: Inclusión social por Profesionales.

Por lo que respecta a la edad, las personas menores de 30 años mostraron puntuaciones significativamente más elevadas en autodeterminación en opinión de los profesionales que los que tenían una edad entre los 31 y los 44 años ($F=4.13^*$), no alcanzando el nivel de significatividad la comparación con los otros niveles de edad. En el caso del bienestar físico autoinformado, las personas menores de 30 años, obtuvieron puntuaciones significativamente inferiores ($F=4.13^*$) tanto a las de quienes están entre 31 y 44 como a los mayores de 45 años (ver Tabla 12), si bien esta valoración no es compartida por los profesionales que no encuentran diferencias entre los distintos niveles de edad en cuanto al bienestar físico. En el resto de las variables evaluadas, tanto en su propia opinión como en la de los profesionales, no se observaron diferencias estadísticamente significativas.

Si atendemos al lugar en el que residen vemos que según la valoración realizada por los profesionales existen diferencias estadísticamente significativas entre el bienestar emocional de los/as usuarios/as siendo superior en su opinión el de quienes viven en vivienda tutelada al de quienes viven en unidad familiar ($F=.32^*$) no mostrándose diferencias significativas con quienes viven en centro residencial (ver tabla 13). Hay que destacar, sin embargo, que la media del centro residencial estaría entre las medias de las dos anteriores siendo un poco superior a la de la unidad familiar pero un poco inferior a la de quienes viven en vivienda tutelada, si bien las diferencias no son significativas.

Tabla 12

Análisis diferenciales en cuanto a la calidad de vida en función de la edad

	(1)19-30 (N=93) \bar{x} (DT)	(2)31-44 (N=102) \bar{x} (DT)	(3)45-55 (N=165) \bar{x} (DT)	F	Post hoc
ICV-A	70.10(4.96)	70.09(5.88)	69.80(5.97)	.11	
ICV-P	72.72(4.93)	72.38(5.96)	72.04(5.72)	.44	
BEM-A	21.18 (3.4)	21.32 (3.2)	20.87 (3.16)	.66	
BEM-P	22.46(3.02)	21.75(3.13)	21.99(3.26)	1.31	
RIN-A	21.05(3.08)	20.82(3.01)	20.90(3.30)	.13	
RIN-P	18.26(3.78)	18.65(3.74)	18.30(3.53)	.35	
DPE-A	21.35(2.39)	21.65(2.32)	21.58(2.69)	.36	
DPE-P	21.61(2.79)	22.03(2.79)	21.93(2.96)	.56	
AUT-A	17.78(3.60)	17.44(3.74)	17.88(3.97)	.437	
AUT-P	20.27(3.11)	19.90(3.37)	19.08(3.56)	4.13*	1>3
DER-A	21.51(2.64)	21.38(2.64)	21.14(2.56)	.65	
DER-P	23.42(3.27)	22.92(3.06)	22.76(3.06)	1.33	
BMA-A	24.14(2.95)	24.46(3.06)	24.19(2.97)	.35	
BMA-P	23.94(2.75)	23.52(2.67)	23.89(3.02)	.67	
BFI-A	24.71(2.51)	25.74(2.34)	25.52(2.66)	4.49*	1<2; 1<3
BFI-P	24.11(2.60)	24.58(2.35)	24.49(2.40)	1.04	
INC-A	22.72(2.49)	22.63(2.89)	22.54(2.78)	.13	
INC-P	23.54(2.51)	23.45(2.77)	23.21(2.56)	.54	

* $p < .05$; *Nota:* ICVA: Índice de calidad de vida Autoinformado; ICVP: Índice de calidad de vida por Profesionales, BEA: Bienestar emocional Autoinformado; BEP: Bienestar emocional por Profesional; RIA: Relaciones interpersonales Autoinformado; RIP: Relaciones interpersonales; DPA: Desarrollo personal Autoinformado; DPP: Desarrollo personal por Profesionales; AUA: Autodeterminación Autoinformada; AUP: Autodeterminación por Profesionales; DEA: Derechos Autoinformada; DEP: Derechos por Profesionales; BMA: Bienestar material Autoinformado; BMP: Bienestar material por Profesionales; BFA: Bienestar físico Autoinformado; BFP: Bienestar físico por Profesionales; INA: Inclusión social Autoinformada; INP: Inclusión social por Profesionales.

Los usuarios que viven en la unidad familiar muestran un bienestar físico superior significativamente a quienes viven en vivienda tutelada no mostrando diferencias con quienes viven en centro residencial.

Tabla 13

Análisis diferenciales en cuanto a la calidad de vida en función del tipo de vivienda

	1.VT (N=120) \bar{x} (DT)	2.CR (N=120) \bar{x} (DT)	3.UF (N=120) \bar{x} (DT)	F	Post hoc
ICV-A	69.79(5.37)	69.74(6.11)	70.34(5.59)	.40	
ICV-P	72.28(5.45)	71.68(5.98)	72.98(5.27)	1.63	
BEM-A	21.09(3.47)	20.90 (3.31)	21.25 (2.94)	.34	
BEM-P	22.52(3.02)	22.11(3.18)	21.50 (3.18)	.32*	1>3
RIN-A	20.94(3.01)	20.73(3.42)	21.08(3.06)	.35	
RIN-P	18.28(3.80)	18.00(3.65)	18,89 (3,46)	1.88	
DPE-A	21.68(2.40)	21.53(2.62)	21.54(2.53)	.361	
DPE-P	21.43(2.82)	21.62(2.98)	22.59(2.68)	5.87**	1<3, 2<3
AUT-A	17.59(3.56)	17.93(4.21)	17.68(3.64)	.261	
AUT-P	20.03(3.19)	19.28(3.42)	19.55(3.63)	1.50	
DER-A	21.42(2.65)	21.03(2.58)	21.47(2.57)	1.03	
DER-P	23.12(3.21)	22.82(3.19)	23.00(2.96)	.28	
BMA-A	24.26(2.94)	24.25(3.00)	24.25(3.04)	.00	
BMA-P	23.75(2.61)	23.56(3.05)	24.08(2.89)	1.03	
BFI-A	24.80(2.55)	25.49(2.69)	25.83(2.34)	5.10***	1<3
BFI-P	24.12(2.65)	24.45(2.54)	24.68(2.08)	1.63	
INC-A	22.59(2.54)	22.49(2.87)	22.75(2.79)	.27	
INC-P	23.42(2.59)	23.07(2.54)	23.61(2.68)	1.33	

*p<.05; **p<.01; p***<0.01, *Nota:* ICVA: Índice de calidad de vida Autoinformado; ICVP: Índice de calidad de vida por Profesionales, BEA: Bienestar emocional Autoinformado; BEP: Bienestar emocional por Profesional; RIA: Relaciones interpersonales Autoinformado; RIP: Relaciones interpersonales; DPA; Desarrollo personal Autoinformado; DPP: Desarrollo personal por Profesionales; AUA: Autodeterminación Autoinformada; AUP: Autodeterminación por Profesionales; DEA: Derechos Autoinformada; DEP: Derechos por Profesionales; BMA: Bienestar material Autoinformado; BMP: Bienestar material por Profesionales; BFA: Bienestar físico Autoinformado; BFP: Bienestar físico por Profesionales; INA: Inclusión social Autoinformada; INP: Inclusión social por Profesionales.

Por lo que se refiere a la orientación sexual, como se puede observar en la tabla 14, los análisis de comparación realizados no muestran diferencias entre las personas con DI que se definen como heterosexuales y quienes se definen como homosexuales

en ninguna de las variables de calidad de vida evaluadas ni por los profesionales ni por los propios usuarios/as.

Tabla 14

Análisis diferenciales en cuanto a la calidad de vida en función de la orientación sexual

	Heterosexuales (N=346) \bar{x} (DT)	Homosexuales (N=14) \bar{x} (DT)	t
ICV-A	44.93(6.13)	45.07(5.13)	-0,076
ICV-P	69.95(5.70)	70.07(5.60)	-0,079
BEM-A	21.09(3.27)	21.00 (2.28)	.098
BEM-P	22.05(3.16)	21.93(2.78)	.137
RIN-A	20.91(3.17)	21.14(2.98)	-.273
RIN-P	18.41(3.64)	17.93(4.00)	.481
DPE-A	21.56 (2.52)	21.00(2.28)	.818
DPE-P	21.82(2.83)	23.21(3.38)	-1.78
AUT-A	17.66(3.79)	19.43(3.93)	-1.70
AUT-P	19.60(3.43)	20.21(3.26)	-6.62
DER-A	21.26 (2.62)	22.29(1.93)	-1.44
DER-P	22.93(3.11)	24.14(3.20)	.142
BMA-A	24.29(2.98)	23.36(3.05)	1.14
BMA-P	23.85(2.85)	22.43(2.76)	1.83
BFI-A	25.36(2.60)	25.64(1.39)	-.402
BFI-P	24.44(2.45)	23.79(2.25)	.985
INC-A	22.60(2.37)	22.86(2.85)	-.343
INC-P	23.34(2.61)	24.00(2.44)	-.930

Nota: ICV-A: Índice de calidad de vida Autoinformado; ICV-P: Índice de calidad de vida por Profesionales; BEM-A: Bienestar emocional Autoinformado; BEM-P: Bienestar emocional por Profesional; RIN-A: Relaciones interpersonales Autoinformado; RIN-P: Relaciones interpersonales; DPE-A; Desarrollo personal Autoinformado; DPE-P: Desarrollo personal por Profesionales; AUT-A: Autodeterminación Autoinformada; AUT-P: Autodeterminación por Profesionales; DER-A: Derechos Autoinformada; DER-P: Derechos por Profesionales; BMA-A: Bienestar material Autoinformado; BMA-P: Bienestar material por Profesionales; BFI-A: Bienestar físico Autoinformado; BFI-P: Bienestar físico por Profesionales; INC-A: Inclusión social Autoinformada; INC-P: Inclusión social por Profesionales.

Tabla 15

Análisis diferenciales en cuanto a la calidad de vida en función de tener o no una relación de pareja

	Sin pareja (N=57)	Con pareja (N=303)	t
	\bar{x} (DT)	\bar{x} (DT)	
ICV-A	69.30(6.03)	70.08(5.62)	-.954
ICV-P	44.19(6.76)	45.08(5.97)	-1.01
BEM-A	21.11(3.04)	21.08(3.27)	.056
BEM-P	22.37(3.30)	21.98(3.11)	.855
RIN-A	21.23(2.96)	20.86(3.20)	.811
RIN-P	19.07(3.14)	18.26(3.72)	1.54
DPE-A	21.77(2.37)	21.50(2.54)	.763
DPE-P	21.75(2.60)	21.91(2.92)	-3.77
AUT-A	17.33(3.77)	17.81(3.81)	-.864
AUT-P	19.33(3.11)	19.67(3.49)	-.686
DER-A	21.12(2.35)	21.34(2.65)	-.568
DER-P	22.28(2.75)	23.11(3.17)	-1.84*
BMA-A	23.53(3.09)	24.39(2.95)	-2.00*
BMA-P	23.56(2.65)	23.84(2.90)	-.678
BFI-A	24.96(2.52)	25.45(2.56)	-1.30
BFI-P	24.44(2.45)	24.41(2.45)	.074
INC-A	22.79(2.79)	22.58(2.73)	.536
INC-P	22.91(2.55)	23.5(2.61)	-1.42

*p<.05; *Nota:* ICV-A: Índice de calidad de vida Autoinformado; ICV-P: Índice de calidad de vida por Profesionales; BEM-A: Bienestar emocional Autoinformado; BEM-P: Bienestar emocional por Profesional; RIN-A: Relaciones interpersonales Autoinformado; RIN-P: Relaciones interpersonales; DPE-A: Desarrollo personal Autoinformado; DPE-P: Desarrollo personal por Profesionales; AUT-A: Autodeterminación Autoinformada; AUT-P: Autodeterminación por Profesionales; DER-A: Derechos Autoinformada; DER-P: Derechos por Profesionales; BMA-A: Bienestar material Autoinformado; BMA-P: Bienestar material por Profesionales; BFI-A: Bienestar físico Autoinformado; BFI-P: Bienestar físico por Profesionales; INC-A: Inclusión social Autoinformada; INC-P: Inclusión social por Profesionales

Por último, las personas que tenían una relación de pareja en el momento de la investigación obtuvieron puntuaciones significativamente superiores a las de quienes no

tenían pareja en derechos informado por los profesionales, y en bienestar material, en este caso autoinformado (ver Tabla 15). En el resto de indicadores no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre quienes tienen pareja y quienes no la tienen ni en opinión de los profesionales ni en la suya propia.

6.4.2 Bienestar emocional y sexualidad

De entre todos los indicadores asociados a la calidad de vida el más relevante para nuestro estudio es el que mide el bienestar emocional, lo que nos ha llevado a profundizar más en su estudio. Para ello hemos establecido comparaciones entre los DI que muestran valores extremos en esta variable, esto es, los que puntúan por debajo del percentil 25 y los que puntúan por encima del percentil 75. En primer lugar ofreceremos los resultados referidos a los hombres y a continuación los referidos a mujeres.

6.4.2.1. Bienestar emocional y sexualidad en hombres

Los hombres con elevadas puntuaciones en bienestar emocional se caracterizan por tener una mayor autoestima y una mayor satisfacción sexual ($t=-4,147^{***}$ y $t=-9,483^{***}$ respectivamente). Por lo que se refiere a la sexualidad vemos que muestran una actitud más favorable hacia el sexo (erotofilia) ($t=-5,575^{***}$) mostrando una actividad sexual superior ($t=-4,652^{***}$). No existen diferencias, por el contrario, en cuanto a ansiedad social o a imagen corporal (ver tabla 16) y tampoco en cuanto a los indicadores de percepción y defensa ante los abusos sexuales (comprensión de los

límites de la intimidad, identificación de relaciones y/o situaciones sexuales inapropiadas y mecanismos de defensa).

Tabla 16

Análisis diferenciales en cuanto a aspectos relacionados con la sexualidad entre hombres con bajo y alto bienestar emocional

	BAJO BEM (N=40) \bar{x} (DT)	ALTO BEM (N=39) \bar{x} (DT)	t
AUT	23.32(6.97)	28.46(3.38)	-4.14***
SS	3.02(1.20)	6.35(1.85)	-9.48***
EF	71.25(16.3)	87.8(8.98)	-5.57***
PRS	3.02(1.04)	4.07(.95)	-4.65***
IMA	8.22(1.31)	7.61(1.61)	1.84
ANS	14.65(2.32)	15.84(4.03)	-.53
C.LIM	3.33(.89)	3.56(.75)	-1.22
I.R.S	5.85(1.29)	6.07(.70)	-.96
I.S.I	2.22(.65)	2.33(.66)	-.72
MEC.DEF	4.46(.82)	4.64(.62)	-1.08

***p<.001;

Nota: BAJO BEM: Puntuación inferior al percentil 25 en bienestar emocional; ALTO BEM: Puntuación superior al percentil 75 en bienestar emocional; AUT: Autoestima; SS: Satisfacción sexual; EF: Erotofilia; PRS: Prácticas sexuales; IMA: Imagen corporal; ANS: Ansiedad social; C.LIM.: Comprensión límites intimidad; I.R.S.: Identificación relaciones sexuales inapropiadas; I.S.I: Identificación situaciones inapropiadas; MEC.DEF: Mecanismos de defensa.

6.4.2.2. Bienestar emocional y sexualidad en mujeres

Las mujeres con puntuaciones elevadas en bienestar emocional tienen una mayor autoestima y una mayor satisfacción sexual ($t=-5.34^{***}$ y $t=-11.95^{***}$ respectivamente). También muestran una actitud más favorable hacia el sexo (erotofilia) ($t=-7.02^{***}$) manifestando una actividad sexual superior ($t=-7.10^{***}$). Las

mujeres con puntuaciones bajas en bienestar emocional mostraron mayor ansiedad social ($t= 4.62^{***}$) que las mujeres con puntuaciones altas en bienestar emocional. Por el contrario, no existen diferencias estadísticamente significativas en imagen corporal y tampoco en cuanto a los indicadores de percepción y defensa ante los abusos sexuales (comprensión de los límites de la intimidad, identificación de relaciones y/o situaciones sexuales inapropiadas y mecanismos de defensa)(ver Tabla 17).

Tabla 17

Análisis diferenciales en cuanto a aspectos relacionados con la sexualidad en mujeres con bajo y alto bienestar emocional

	BAJO BEM (N=40)	ALTO BEM (N=39)	
	\bar{x} (DT)	\bar{x} (DT)	t
AUT	21.0(67.8)	28.8(3.76)	-5.34***
SS	2.27(1.08)	6.68(2.02)	-11.9***
EF	65.2(17.2)	87.6(8.32)	-7.02***
PRS	2.57(1.21)	4.25(.74)	-7.10***
IMA	7.72(1.56)	7.91(1.82)	-.48
ANS	15.27(2.28)	12.31(3.22)	4.62***
C.LIM.	3.52(.64)	3.25(.91)	1.48
I.R.S	5.72(1.72)	6.22(.59)	-1.64
I.S.I	2.30(.72)	2.25(.65)	-.26
MEC.DEF	4.47(.81)	4.41(.74)	-.34

*** $p < .001$

Nota: BAJO BEM: Bajo bienestar emocional; ALTO BEM: Alto bienestar emocional; AUT: Autoestima; SS: Satisfacción sexual; EF: Erotofilia; PRS: Prácticas sexuales; IMA.: Imagen corporal; ANS.: Ansiedad social; C.LIM.: Comprensión límites intimidad; I.R.S.: Identificación relaciones sexuales inapropiadas; I.S.I: Identificación situaciones inapropiadas; MEC.DEF: Mecanismos de defensa.

6.4.3. Análisis de la implicación de distintas variables sexuales en el bienestar emocional

Con objeto de conocer qué variables son las responsables de que las personas con DI tengan una mejor calidad de vida hemos realizado en primer lugar un análisis de correlación con las principales variables evaluadas como punto de partida para seguidamente intentar explicar el bienestar emocional.

6.4.3.1. Análisis de correlación entre diferentes variables relacionadas con la calidad de vida

El primer nivel de análisis es la comparación entre informadores en cuanto a la calidad de vida. Como podemos observar en la tabla 18, los tres indicadores de calidad de vida, a saber, bienestar emocional, relaciones interpersonales y desarrollo personal evaluados por los profesionales y por los propios usuarios correlacionan positiva y significativamente entre sí, mostrando también una correlación significativa y positiva con aspectos como la autoestima, la satisfacción sexual, la erotofilia y la actividad sexual si bien no existe relación entre estas variables y la ansiedad social.

La satisfacción sexual, si bien se relaciona positiva y significativamente con las demás variables, se halla especialmente asociada al bienestar emocional ($r=.645^{***}$), a la actividad sexual ($r=.681^{***}$) y a la erotofilia ($r=.719^{***}$), así como a la autoestima ($r=.579^{***}$).

Tabla 18

Análisis de correlación en calidad de vida

	BEA	BEP	RIA	RIP	DPA	DPP	SS	AE	PS	EF	AS
BEA	1										
BEP	.316***	1									
RIA	.545***	.21***	1								
RIP	.245***	.065	.256***	1							
DPA	.432***	.130**	.402***	.118*	1						
DSP	.251***	.057	.278***	.046	.150***	1					
SS	.645***	.369***	.444***	.264***	.326***	.324***	1				
AE	.358***	.218***	.257***	.144***	.127**	.188***	.579***	1			
PS	.410***	.283***	.265***	.204***	.225***	.237***	.681***	.515***	1		
EF	.422***	.229***	.271***	.197***	.212***	.272***	.719***	.640***	.588***	1	
AS	-.048	-.031	-.036	-.060	-.021	.023	-.134*	-.080	-.164***	-.165***	1

*p<.05 **p<.01 ***p<.000

Nota: BEA: Bienestar emocional Autoinformado; BEP: Bienestar emocional por Profesional; RIA: Relaciones interpersonales Autoinformado; RIP: Relaciones interpersonales por Profesionales; DPA: Desarrollo personal Autoinformado; DPP: Desarrollo Personal por Profesionales; SS: Satisfacción Sexual; AE: Autoestima; PS: Prácticas sexuales; EF: Erotofilia; AS: Ansiedad Social.

6.4.3.2. Análisis de regresión para explicar el bienestar emocional autoinformado

El análisis de regresión llevado a cabo para explicar el bienestar emocional desde el punto de vista de los propios usuarios ofrece una ecuación de regresión que permite explicar el 52% de la varianza (ver tablas 19 y 20) mediante tres variables: Satisfacción sexual, Relaciones Interpersonales y Desarrollo Personal.

Tabla 19

Resumen del modelo de Regresión para explicar el Bienestar emocional

Modelo	R	R ²	R ² ajust.	E.E.E.
1	.640	.417	.415	2.48
2	.707	.500	.498	2.30
3	.724	.525	.521	2.25

Nota: R cuad.ajust: R cuadrado ajustado; E.E.E: Error Estándar de la Estimación

Tabla 20

Análisis de regresión de Bienestar Emocional

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	
	B	E.E.	Beta	t
1.(constante)	16.50	.314		52.57
SS	1.039	.065	.646	16.00
2.(constante)	10.56	.823		12.84
SS	.809	.067	.503	12.04
RIA	.332	.043	.322	7.720
3.(constante)	7.17	1.134		6.326
SS	.758	.067	.471	11.36
RIA	.275	.044	.267	6.242
DPA	.223	.053	.172	4.243

Nota: E.E: Error Estandarizado; SS: Satisfacción sexual; RIA: Relaciones interpersonales Autoinformado; DPA: Desarrollo personal Autoinformado

6.4.4. Análisis de la implicación de distintas variables en la satisfacción sexual

Con objeto de conocer qué variables son las responsables de que las personas con DI tengan una mejor satisfacción sexual hemos realizado en primer lugar un análisis de correlación con las principales variables evaluadas como punto de partida para seguidamente intentar explicar dicha variable.

6.4.4.1. Análisis de correlación entre los principales indicadores de calidad de vida y la satisfacción sexual

Una elevada satisfacción sexual se asocia con altas puntuaciones en el Índice de Calidad de Vida tanto valorada por el propio usuario ($r=.928^{**}$) como por el profesional ($r=.826^{***}$), así como con los principales indicadores de calidad de vida (el bienestar emocional, las relaciones interpersonales y el desarrollo personal (ver tabla 21). También es destacable su correlación positiva y significativa con la erotofilia ($r=.601^{***}$) y con las prácticas sexuales ($r=.681^{***}$).

Tabla 21

Análisis de correlación entre variables relacionadas con la satisfacción sexual

	SS	ICVP	ICVA	EF	BEA	RIA	DPA
SS	1						
ICVP	.826***	1					
ICVA	.928***	.890***	1				
EF	.601***	.482***	.575***	1			
BEA	.645***	.623***	.674***	.391***	1		
RIA	.444***	.441***	.442***	.256***	.545***	1	
DPA	.326***	.268***	.305***	.247***	.433***	.402***	1

Nota: SS: Satisfacción sexual; CVP: Calidad de vida informada por Profesionales; CVA: Calidad de vida Autoinformada; EF: Erotofilia; BEA: Bienestar emocional Autoinformado; RIA: Relaciones interpersonales Autoinformado; DPA: Desarrollo Personal Autoinformado.

6.4.4.2. Análisis de regresión para explicar la satisfacción sexual

El análisis de regresión realizado para explicar la satisfacción sexual referida por los propios usuarios ofrece una ecuación de regresión que permite explicar el 73% de la varianza (ver tablas 22 y 23) mediante las siguientes variables: Erotofilia, Bienestar Emocional, Prácticas sexuales, Relaciones Interpersonales y Autoestima.

Tabla 22

Resumen del modelo de regresión para explicar la Satisfacción sexual

Modelo	R	R ²	R ² ajust.	E.E.E.
1	.721	.520	.519	1.40
2	.813	.660	.659	1.18
3	.848	.719	.716	1.08
4	.851	.725	.722	1.07
5	.853	.728	.724	1.06

Nota: E.E.E: Error Estándar de la Estimación

Tabla 23

Análisis de regresión de satisfacción sexual

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	
	B	E.E.	Beta	t
1.(constante)	-2.935	.380		-7.725
ER	.094	.005	.721	19.67
2.(constante)	-6.590	.440		-14.98
ER	.071	.004	.546	16.02
BEA	.258	.021	.413	12.12
3.(constante)	-6.13	.404		-15.16
ER	.051	.005	.392	10.89
BEA	.220	.020	.354	11.09
PS	.558	.065	.306	8.565
4.(constante)	-6.697	.449		-14.93
ER	.051	.005	.389	10.91
BEA	.190	.022	.305	8.476
PS	.552	.065	.302	8.546
RIA	.060	.021	.093	2.798*
5.(constante)	-6.777	.448		-15.13
ER	.046	.005	.350	8.766
BEA	.188	.022	.301	8.396
PS	.523	.066	.287	7.973
RIA	.058	.021	.090	2.705
AU	.026	.012	.080	2.135

Nota: E.E:Error Estimación; ER: Erotofilia; BEA: Bienestar emocional Autoinformado; PS: Prácticas sexuales realizadas; RIA: Relaciones interpersonales Autoinformado; AU: Autoestima.

6.5 Abuso sexual

Para abordar el *tercer objetivo* que consiste en analizar el alcance del abuso sexual así como sus posibles secuelas emocionales, físicas, psicológicas y sexuales vamos

a contar con dos muestras. Por un lado hubo 22 personas que señalaron haber sido víctimas de abuso sexual. En adelante para referirnos a ellas utilizaremos el acrónimo “ASA” (Abuso Sexual Autoinformado) y, por otro, sabemos que existen 103 personas de las que hay constancia de que fueron víctimas de abuso si bien no lo han informado, en adelante nos referiremos a ellas utilizando el acrónimo “ASD” (Abuso Sexual Documentado).

Teniendo en cuenta ambos subgrupos vemos que en el 64.5% de los casos existe coincidencia entre profesionales y autoinforme en cuanto a la no existencia de abuso sexual, en el 25.5% existe una certeza por parte de los profesionales de que ha existido abuso si bien los usuarios no lo han informado como tal y en un 3.7% de los casos los usuarios han informado haber sido víctimas de abuso si bien a los profesionales no les consta que así haya sido. Solo en un 1.9% de los casos han coincidido profesionales y autoinforme (ver Gráfico 15).

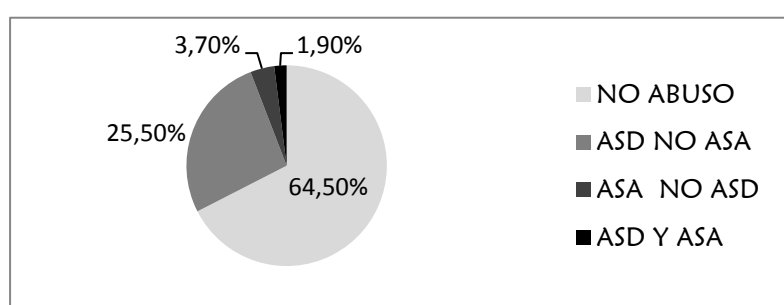


Gráfico 15: Abuso sexual documentado (ASD) y autoinformado (ASA)

Seguidamente explicamos el procedimiento seguido para identificar cada uno de los dos grupos.

6.5.1. Procedimiento de identificación de grupos de víctimas de abuso sexual

El abuso sexual documentado (ASD) se ha establecido a partir de los informes emitidos por los profesionales. Las fuentes de las que se han servido para identificar a los usuarios han sido en un 37.2% de los casos información consultada en el expediente, en el 43.3% de información conocida por ellos mismos u obtenida de otros profesionales, en el 13.6% de los familiares y en el 5.8% de amigos del/de la usuario/a (ver Gráfico 16).

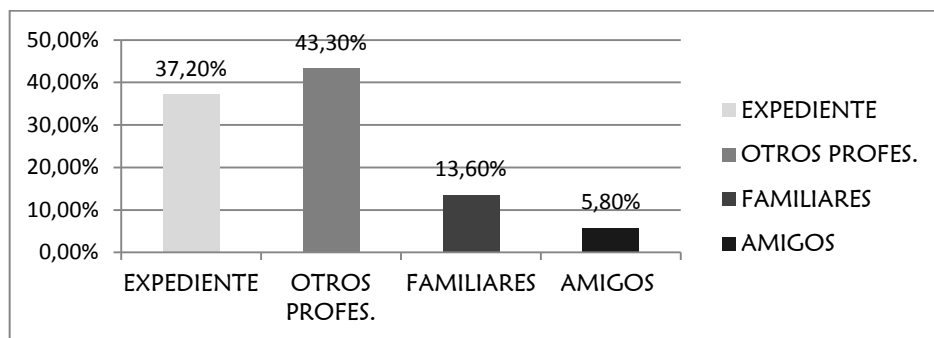


Gráfico 16: Fuentes de información utilizadas para identificar los casos de abuso sexual

Los profesionales que han colaborado en la identificación de los casos de abuso han sido, por orden de frecuencia: trabajadores sociales, TS, (30.6%), auxiliares de enfermería, AUX, (20.0%), psicólogos, PSI, (14.2%), terapeutas ocupacionales, TO, (11.4%), maestros de educación física, MEF, (9.7%), encargados de taller, ET, (6.1%), integradores sociales, IS, (3.3%) y fisioterapeutas, FIS, (1.4%) (ver Gráfico 17) .

CONSTRUCCION DE LA SALUD SEXUAL Y ANÁLISIS DE SU INFLUENCIA EN LA CALIDAD DE VIDA Y PREVENCIÓN DE ABUSOS SEXUALES EN PERSONAS ADULTAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL

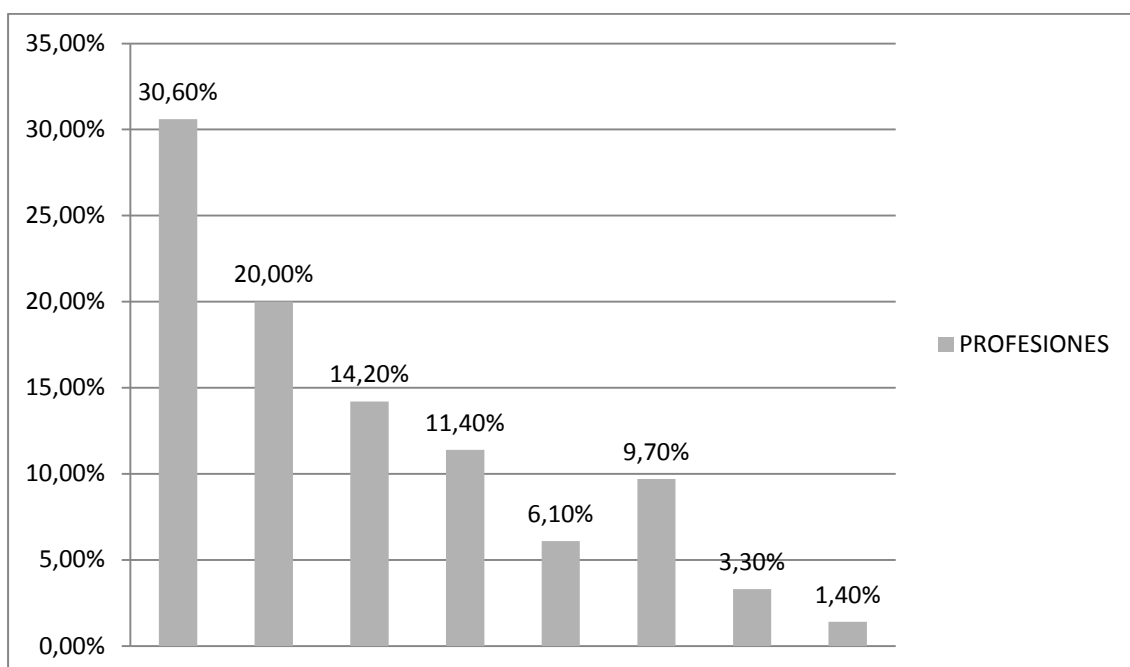


Gráfico 17: Perfil profesional de los profesionales que han participado en la identificación de los casos de abuso sexual

El 80% de estos profesionales se relacionan con ellos de lunes a viernes y el 20% todos los días de la semana, incluidos los fines de semana. El 81,5% se relacionan con los DI en horario diurno y el 18,5% en ambos turnos, diurno y nocturno. El 15,9% conocen al usuario/a que han evaluado más de 10 años, el 57,5% más de cinco años, el 24,7% más de 2 años y solo el 1,9% menos de dos años, y el 100% afirman conocer bien la historia vital del/de la usuario/a evaluado.

A continuación vamos a analizar en detalle las características de los y las usuarios/as que informan haber padecido abuso sexual en algún momento de su vida (ASA), para seguidamente analizar en estos mismos aspectos en los/as usuarios/as de los que los profesionales tienen conocimiento de haber experimentado abuso sexual a

pesar de que los usuarios no lo informan por diversos motivos (no ser conscientes de que fueron abusados, temer decirlo, etc.) (ASD). Tanto en un caso como en otro vamos a observar la existencia de condiciones de tipo físico y psicológico que son frecuentes en las personas que han sido víctimas de abuso sexual.

6.5.2. Análisis de la muestra que ha tenido un abuso sexual autoinformado (ASA)

En la caracterización de esta población podemos señalar que de las 22 personas que afirmaron haber sufrido abusos sexuales cuando se les entrevistó el 22.7% eran hombres y el 77.3% mujeres. El 80% de los hombres tenía un grado de discapacidad leve y un 20% de los hombres un grado de discapacidad moderado. En el caso de las mujeres, el 41.24% tenían una discapacidad intelectual leve y el 58.76% moderada.

Por lo que se refiere a la edad, en el caso de los hombres, un 20% eran menores de 30 años y otro 40% tiene entre 31 y 44 años, y otro, 40% de los mayores de 45 años había sido víctima de abuso. Sin embargo, ocurre lo contrario en las mujeres, donde fue más frecuente haber padecido abusos sexuales en las mayores de 45 años (64.7%).

Por lo que respecta al modo en que viven en estos momentos, el 40% de los hombres con ASA viven en la actualidad en una vivienda tutelada y también el 40% en la unidad familiar. En el caso de las mujeres 41.17% viven en un centro residencial e igual en unidad familiar, seguido de 16.6% que viven en la unidad familiar (ver Tabla 24)

Tabla 24

Datos sociodemográficos de las personas con DI que informan que han padecido abusos sexuales

	Hombre (N=5)	Mujer (N=17)
CI =50-70	20%	58.8%
CI =71-85	80%	41.2%
19-30 años	20%	11.8%
31-44 años	40%	23.5%
45-55 años	40%	65%
VT	40%	16%
CR	20%	41.17%
UF	40%	41.17%

Nota: CI: Cociente intelectual; VT: Vivienda Tutelada; CR: Centro Residencial ;UF: Unidad Familiar

Este grupo constituye el 6.1% de la muestra total y el 86.4% de estas personas que señalan haber sido víctimas de abuso señaló que les habían hecho daño. El 45.6% de estas personas no se lo dijo a nadie y de los que lo hicieron el 22.7% el agente elegido mayoritariamente fue el educador (ver Gráfico 18). Solo el 27.3% de las personas a quienes se le denunció el abuso les dijeron que no se preocupasen porque ellos/as lo solucionarían, mientras que al 18.2% les riñeron después de contárselo. Desde entonces el 40.9% de las víctimas de abuso sentía que había cambiado.

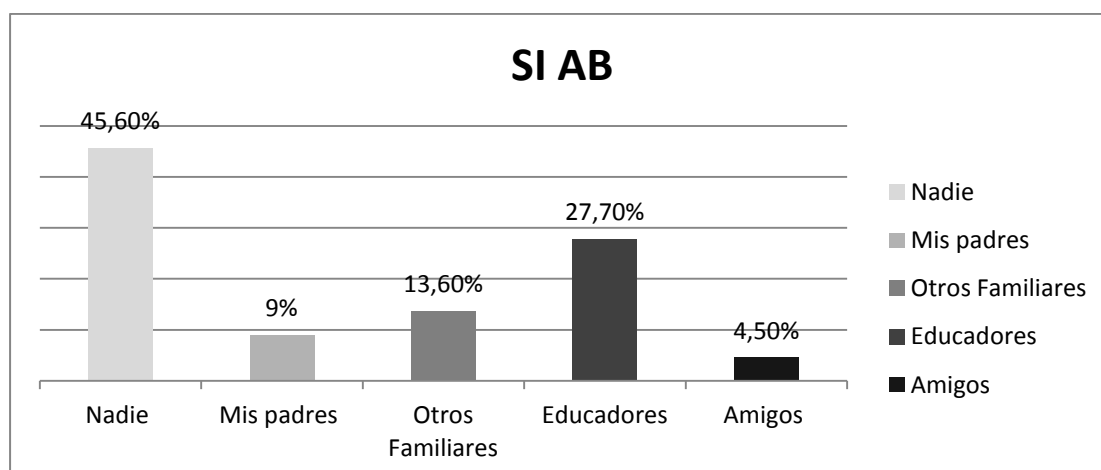


Gráfico 18: Agentes a los que acude tras haber padecido un abuso sexual

A continuación vamos a analizar las secuelas de diverso tipo que se han podido seguir de esos episodios de abuso padecido a lo largo de su vida. Para ello vamos a comparar esta población con el grupo de personas que no han sido víctimas de abuso en aspectos físicos, psicológicos y sexuales así como en la calidad de vida y su capacidad para identificar el riesgo de nuevos abusos sexuales.

6.5.2.1. Aspectos Físicos

El 9.1% de los ASA muestran problemas en el control de los esfínteres frente al 4.1% que experimenta la población sin abuso. Concretamente, el 4.5% de los ASA presentan enuresis y el 4.5% encopresis frente al 2.7% de enuresis en el grupo sin abuso y el 0.3% de encopresis en ese mismo grupo. Las diferencias no son significativas en el caso de la enuresis ($\chi^2=.271$; $p=.603$) pero sí en el de la encopresis ($\chi^2=6.752$; $p=.009$). Por otra parte, el 9.1% de los ASA tienen problemas de sueño (pesadillas reiteradas) según informan los profesionales frente al 3.3% de la población que no informa de abuso, si bien las diferencias no alcanzan significación estadística ($\chi^2=2.021$; $p=.155$).

6.5.2.2. Aspectos psicológicos

El 13.6% de los ASA tienen miedo a dormir solos frente al 9.2% de las personas que dicen no haber sido víctimas de abuso, si bien las diferencias no son significativas

($\chi^2=.481$; $p=.488$) y las medias son prácticamente iguales por lo que se refiere al miedo a estar solos (18.6% en los ASA y 18.2% en los demás). También son muy cercanas las medias por lo que se refiere al miedo a quedarse solos con alguien (18.2% en ASA y 15.7% en los no ASA). Un poco mayores, pero sin llegar a alcanzar significación estadística ($\chi^2=.438$; $p=.508$), son las diferencias entre las medias por lo que se refiere al miedo a las personas del sexo opuesto (31.8% en el grupo ASA frente al 25.4% en el no ASA) (ver Gráfico 19).

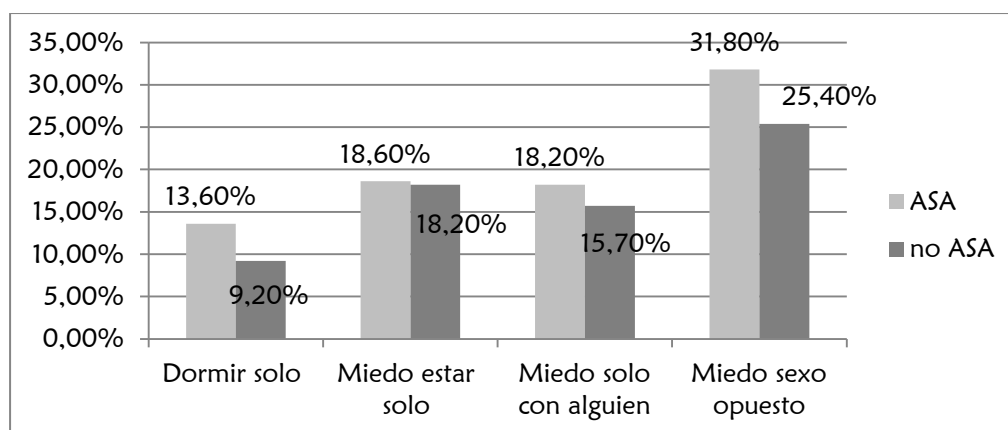


Gráfico 19: Miedos en ASA y no ASA

Las autoagresiones, sin embargo, a pesar de no alcanzar significatividad estadística ($\chi^2=2.982$; $p=.084$) son superiores entre los ASA (36.4%) que entre los no ASA (20.7%). Si bien estas autoagresiones son más frecuentes en el grupo ASA, no llegan a convertirse en conductas suicidas ya que solo han sido observadas en una persona no existiendo diferencias en cuanto a la frecuencia de estas conductas entre ambos grupos ($\chi^2=.251$; $p=.617$); y lo mismo ocurre con la ansiedad ($\chi^2=.210$; $p=.646$) que es igualmente prevalente en ambos grupos (68.3% entre los no ASA y

63.6% entre los ASA). El aislamiento social es un poco más frecuente entre los ASA (22.7%) que entre los no ASA (13.0%) si bien las diferencias no alcanzan la significatividad estadística ($\chi^2=1.656$; $p=.198$); y lo mismo ocurre con la inestabilidad emocional identificada en el 45.5% de los ASA frente al 57.4% de los no ASA ($\chi^2=1.200$; $p=.273$); y con la baja autoestima/rechazo de su cuerpo que aparece en el 22.7% de los ASA y en el 17.2% de los no ASA ($\chi^2=.443$; $p=.505$)(ver Tabla 25).

Tabla 25

Comparación en las frecuencias en secuelas psicológicas en ASA y NO ASA

	NO ASA		ASA	
	F	%	F	%
SAUG	8	36.4%	70	20.7%
NAUG	14	63.6%	268	79.3%
SCSU	1	4.5%	25	7.4%
NCSU	21	92.6%	313	95.5%
SANS	14	63.6%	231	68.3%
NANS	8	36.4%	107	31.7%
SAIS	5	22.7%	44	13. %
NAIS	17	77.3%	294	87. %
SINE	10	45.5%	194	57.4%
NINE	12	54.5%	144	42.6%
SBAU	5	22.7%	58	17.2%
NBAU	17	77.3%	280	82.8%

Nota: ASA: Abuso sexual Autoinformado; NO ASA: NO Abuso sexual Autoinformado; SAUG: Si Autoagresiones; NAUG: No Autoagresiones; SCSU: Si Conductas suicidas; NCSU: No Conductas suicidas; SANS: Si Aislamiento social; NANS: No Aislamiento social; SINE: Si Inestabilidad emocional; NINE: No Inestabilidad emocional; SBAU: Si Baja autoestima; NO BAJA AUTO: No Baja autoestima.

6.5.2.3. Aspectos sexuales.

El 22.7% de los ASA muestra conductas exhibicionistas frente al 18.6% de los no ASA no mostrándose significativas las diferencias entre ambos grupos ($\chi^2=.225$; $p=.635$). Menores todavía son las diferencias entre los grupos en cuanto a la realización de conductas sexuales inapropiadas ($\chi^2=.122$; $p=.727$) siendo el porcentaje en el que se han identificado del 9.1% en los ASA y del 7.1% en los no ASA.

6.5.2.4. Calidad de vida y actitud hacia el sexo (erotofilia)

Se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre los ASA y los no ASA en cuanto al bienestar autoinformado, donde los no ASA ($\bar{x}= 21.22$, $DT=3.26$) obtuvieron puntuaciones más elevadas que los ASA ($\bar{x}= 19.0$, $DT=2.$); en cuanto a las relaciones interpersonales autoinformadas ($\bar{x}_{no\ ASA}= 21.01$, $DT=3.13$ y $\bar{x}_{ASA}=19.55$, $DT=3.32$); y por último, en referencia a la erotofilia, donde los no ASA obtienen medias superiores ($\bar{x}= 79.42$, $DT=14.6$) a los ASA($\bar{x}= 57.5$, $DT=15.05$). No se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en cuanto al desarrollo personal autoinformado ni tampoco en cuanto al índice de calidad de vida autoinformado (ver Tabla 26).

Tabla 26

Análisis diferenciales en cuanto a calidad de vida y erotofilia entre ASA y no ASA

	NO ASA (N=338)	ASA (N=22)	t
	\bar{x} (DT)	\bar{x} (DT)	
BEA	21.22 (3.26)	19.(2.0)	3.142**
RIA	21.01(3.13)	19.55(3.32)	2.112*
DPA	21.57(2.50)	21.09(2.70)	.863
ICVA	44.8(6.1)	47.04(5.61)	-1.673
EF	79.42(14.6)	57.5(15.05)	6.806***

Nota: ASA: Abusos sexuales Autoinformados; no ASA: No Abusos sexuales Autoinformados, BEA: Bienestar emocional Autoinformado; RIA: Relaciones Interpersonales Autoinformado; DPA: Desarrollo Personal Autoinformado; ICVA: Índice Calidad de vida Autoinformado; EF: Erotofilia.

6.5.2.5. Identificación de riesgos de abuso sexual y mecanismos de defensa.

Las personas no ASA obtuvieron puntuaciones superiores en la identificación de situaciones de riesgo (\bar{x} =8.55; DT=1.01) que las ASA (\bar{x} =3.59; DT=1.09). Por el contrario, no hemos encontrado diferencias estadísticamente significativas ni en la identificación de riesgos ni en los mecanismos de defensa (ver Tabla 27).

Tabla 27

Análisis diferenciales en cuanto a identificación de situaciones de riesgo entre ASA y no ASA

	ASA (N=338) x̄ (DT)	no ASA (N=22) x̄ (DT)	t
CLIM	3.42 (.78)	3.5(.67)	-.462
I. S.I	8.55(1.01)	3.59(1.09)	22.159***
MEC.DEF	4.58(.72)	4.36(.95)	1.325

***p<.000

Nota: ASA: Abusos sexuales Autoinformado; no ASA: No Abusos sexuales Autoinformado; CLIM: Conocimiento Limites intimidad; I.S.I.: Identifica Situaciones de riesgo; MEC.DEF: Mecanismos de defensa.

6.5.3. Análisis de la muestra que ha tenido un abuso sexual documentado (ASD)

Como hemos indicado anteriormente, la información proporcionada por los profesionales que trabajan diariamente con los usuarios y usuarias señaló que 103 personas con discapacidad intelectual habían sufrido algún episodio de abuso sexual a lo largo de su vida. En concreto, 53 hombres y 50 mujeres, el 28.61% de la muestra, porcentaje más elevado que en los autoinformados. El 41.50% de los hombres tenía un grado de discapacidad leve y un 58.5% un grado de discapacidad moderado. En el caso de las mujeres el 54% tenía un grado de discapacidad leve y el 46% una discapacidad moderada.

Por lo que se refiere a la edad, en el caso de los hombres, un 24.52% eran menores de 30 años, el 22.64% tiene entre 31-44 años, y el 52.83% de los mayores de 45 años había sido víctima de abusos. En el caso de las mujeres, el 24% era menor de 30 años, el 28% tiene entre 31-44 años y el 48% de las mayores de 45 años había sido víctima de abusos sexuales.

Por lo que respecta al modo en que viven en la actualidad, el 35.84% de los hombres con ASD viven en la actualidad en una vivienda tutelada, y también el 35.84% vive en un centro residencial. El 28.30% de los hombres vive en la unidad familiar. En el caso de las mujeres el 30% vive en vivienda tutelada, el 36% vive en un centro residencial y el 34% reside en la unidad familiar (ver Tabla 28).

Tabla 28

Datos sociodemográficos de las personas con DI de las que se tiene constancia que han padecido abusos sexuales

	Hombre (N=53)	Mujer (N=50)
CI =50-70	41.5%	54%
CI =71-85	58.5%	46%
19-30 años	24.52%	24%
31-44 años	22.64%	28%
45-55 años	52.83%	48%
VT	35.84%	30%
CR	35.84%	36%
UF	28.30%	34%

Nota: CI: Cociente intelectual; VT: Vivienda Tutelada; CR: Centro Residencial; UF: Unidad Familiar

6.5.3.1. Aspectos Físicos

El 12.6% de los ASD tienen problemas de control de esfínteres frente al 1.2% de los no ASD siendo significativas las diferencias entre ambos grupos ($\chi^2=22.715$; $p=.000$). No existen diferencias significativas por lo que se refiere a enuresis ($\chi^2=2.304$; $p=.129$) pero sí en encopresis ($\chi^2=5.018$; $p=.02$) siendo superior el número de afectados en el grupo ASD (1.9% frente a 0%). Tampoco existen diferencias significativas entre ambos grupos por lo que se refiere a los problemas de sueño

(pesadillas) ($\chi^2=2.032$; $p=.154$), si bien la prevalencia es mayor entre los ASD (5.8%) frente a los no ASD (2.7%).

6.5.3.2. Aspectos Psicológicos

El 11.7% de los ASD tiene miedo a dormir solo frente al 8.6% de los no ASD. Estas diferencias no son estadísticamente significativas ($\chi^2=.821$; $p=.365$) en cambio sí alcanzan significación estadística las diferencias entre ambos grupos en cuanto al miedo a estar solos ($\chi^2=17.174$; $p=.000$). Así, un 32% de los ASD manifiesta este temor frente a un 13.2% de los no ASD. No son significativas, sin embargo, las diferencias entre grupos por lo que respecta al miedo a quedarse solo con alguien ($\chi^2=2.246$; $p=.134$) si bien la prevalencia es mayor en el grupo ASD (20.4% frente a 14% en el grupo no ASD) (ver Gráfico 20).

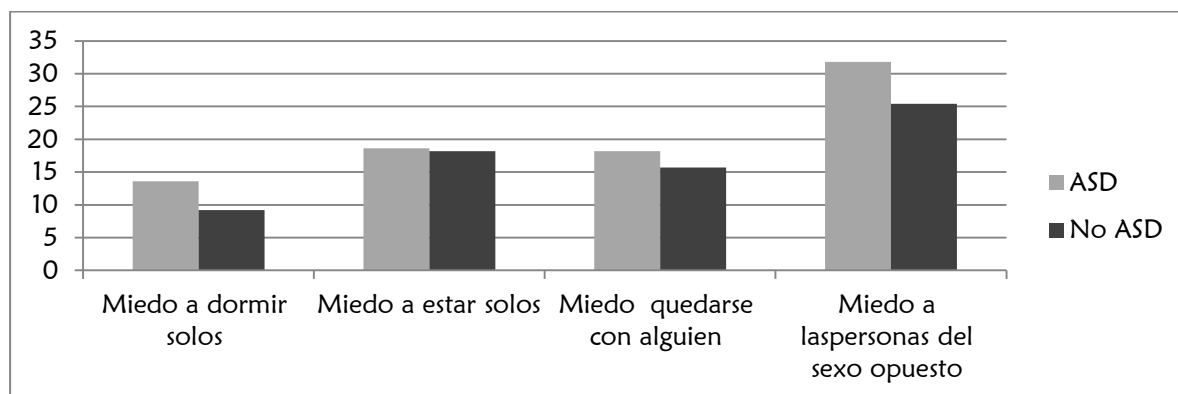


Gráfico 20: Miedo en ASD y No ASD

Tampoco existen diferencias en cuanto a los cambios bruscos de conducta ($\chi^2=2.399$; $p=.121$) pero sí en cuanto a las autoagresiones, AG, siendo mucho más frecuentes en el grupo ASD (62.1%) que en el no ASD (5.4%) ($\chi^2=139.22$; $p=.000$) así como los intentos de suicidio, IT, que son también más frecuentes entre los ASD

(14.6%) que entre los no ASD (4.3%) siendo dicha diferencia significativa al uno por mil ($\chi^2=11.603$). También la ansiedad, AN, es superior en el grupo de los ASD (72.8%) frente al 66.1% del grupo no ASD si bien las diferencias en este caso no alcanzan la significatividad estadística ($\chi^2=1.504$; $p=.220$). Sí lo son, sin embargo, en lo relativo al aislamiento social, AIS, siendo superior también en el caso de los ASD (26.2%) que en el de los no ASD (8.6%), diferencia que es significativa ($\chi^2=19.488$; $p=.000$). Por último, no existen diferencias en cuanto a la inestabilidad emocional, IEM, entre los grupos ($\chi^2=1.189$; $p=.276$) si bien el porcentaje es mayor en el grupo ASD (61.2%) que en el de los no ASD (54.9%). Y lo mismo ocurre con la baja autoestima/rechazo a su cuerpo, BAU, ($\chi^2=.367$; $p=.544$) donde los porcentajes son muy similares (19.4% en ASD y 16.7% en no ASD) (ver Gráfico 21).

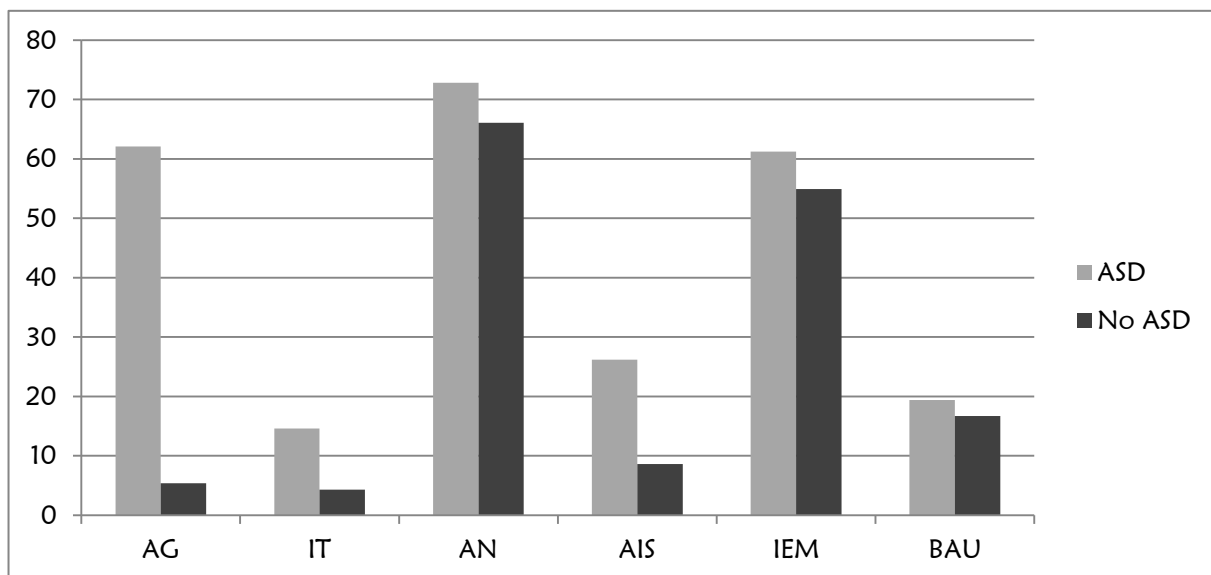


Gráfico 21: Aspectos psicológicos en ASD y No ASD

6.5.3.3. Aspectos Sexuales

No existen diferencias entre los grupos en lo referido a la realización de conductas exhibicionistas ($\chi^2 = .188$; $p = .665$), ni a la realización de conductas sexuales inapropiadas ($\chi^2 = .039$; $p = .843$) siendo, en ambos casos, los porcentajes prácticamente iguales.

6.5.3.4. Calidad de vida y actitudes hacia el sexo

Tampoco en este caso existen diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las dimensiones evaluadas en los ASD y los No ASD (ver Tabla 29).

Tabla 29

Análisis diferenciales en cuanto a calidad de vida entre los no ASD y los ASD

	NO ASD (N=257) \bar{x} (DT)	ASD (N=103) \bar{x} (DT)	t
BEA	21.35(3.06)	20.66(3.64)	1.559
RIA	21.02(2.99)	20.66(3.52)	.976
DPA	21.6(2.43)	21.38(2.70)	.765
ICVA	45.05(6.09)	44.67(6.11)	1.700
EF	79.96(16.71)	75.89(16.71)	.521

Nota: ASD: Abusos sexuales Documentados; no ASD: Abusos sexuales no Documentados; BEA: Bienestar Emocional Autoinformado; RIA: Relaciones interpersonales Autoinformado; DPA: Desarrollo personal Autoinformado; ICVA: Índice de calidad de vida Autoinformado; EF: Erotofilia.

6.5.3.5. Identificación de riesgos y mecanismos de defensa

En los grupos no ASD y ASD no se han encontrado diferencias estadísticas significativas ni en los límites de intimidad ni en la identificación de situaciones de riesgo ni en los mecanismos de defensa (ver Tabla 30).

Tabla 30

Análisis diferenciales en cuanto a mecanismos de defensa e identificación de las situaciones de riesgo entre ASD y no ASD

	NO ASD (N=257) \bar{x} (DT)	ASD (N=103) \bar{x} (DT)	t
C.LIM	3.42(.754)	3.42(.837)	.064
I.S.I	8.30(1.50)	8.10(1.70)	1.099
MEC.DEF	4.56(.765)	4.58(.696)	-.266

Nota: ASA: Abusos sexuales Autoinformado; no ASA: No Abusos sexuales Autoinformado; CLIM: Conocimiento Limites intimidad:

I.S.I.: Identifica Situaciones de riesgo; MEC.DEF: Mecanismos de defensa.

CAPÍTULO 7.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

7. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El primer objetivo de esta investigación ha sido el *estudio de los conocimientos, comportamientos y actitudes hacia la sexualidad de las personas adultas con DI*. El primer aspecto a destacar en esta caracterización es el elevado número de personas que afirma sentir atracción sexual por otras personas llegando a ser casi el 85% de las personas entrevistadas. Esta proporción no dista de los porcentajes identificados en población sin discapacidad en otros estudios como el realizado por Insta en 2005 por lo cual coincidimos con este autor cuando constata que el desarrollo sexual y las necesidades de la población sin discapacidad son los mismos que los de la población con discapacidad.

La mayoría de las personas entrevistadas tenían o habían tenido pareja alguna vez y, en su defecto, lo desearían. Como señala López (2012), las personas sentimos la necesidad de tocar y ser tocados, estimular y ser estimulados y esa necesidad de contacto corporal la resolvemos generalmente cuando abandonamos la infancia buscando una pareja con la que compartir los afectos. Nuestros resultados, por tanto, nos permiten concluir, en la línea de estas aportaciones, que las personas con discapacidad tienen las mismas necesidades de afecto que las personas sin discapacidad. El problema, a veces, está en la capacidad de autodeterminación de estas personas. Munro (2011) llevó a cabo una revisión a partir de la cual llegó a la conclusión de que las personas con discapacidad intelectual pueden tener pareja e incluso llegar a casarse, el problema suele estar en la escasez de profesionales que les preparen para ello. O'Toole y Doe (2002), por su parte, destacan la dependencia de otras personas a la

hora de tomar decisiones muy personales sobre sus propias vidas. Son esas personas quienes evalúan si es adecuado o no, toman decisiones en su nombre sin siquiera preguntarles a ellos/as. Y esto a pesar de que las propias personas con DI (con menores necesidades de apoyo) estén demandando y expresando su deseo de establecer una relación amorosa, casarse o incluso formar una familia (Brown, 2014; Riera, 2003; Servais, 2006). En esta línea cabe destacar que el 35% de los participantes de nuestra investigación no podían tener pareja puesto que sus padres no les dejaban y para el 31.4% era algo impensable ya que habían interiorizado que esto estaba mal pues ellos/as tenían discapacidad intelectual.

La orientación sexual en las personas con discapacidad intelectual es un tema que genera mucha controversia en la sociedad ya que sigue ligada a mitos y falsas creencias. Se tiende a adjudicar una determinada orientación sexual en base a una serie de comportamientos, desconociendo que éstos no siempre son reflejo de su orientación (Gil y Díaz, 2014). Es habitual observar que se tiende a atribuir estereotipos homosexuales o bisexuales como una devaluación de su comportamiento sexual.

La discriminación que en la población general sufren las personas con una orientación sexual distinta a la heterosexual se extiende también al colectivo de personas con DI. Efectivamente, en algunos sectores sociales la heterosexualidad sigue siendo considerada como la norma legítima y natural, por lo que quienes se apartan de esta norma general experimentan problemas tales como depresión, culpa, intentos y pensamientos autolíticos, entre otros (Faulkner y Craston, 1998; Fergusson, Horwood y Beautrais, 1999; Garofalo, Wolf, Kessel et al., 1998, Remadefi, French, Story et al., 1998; citados en Oliver y Rodríguez, 2006). Estos problemas pueden agravarse en el

caso de que sufran DI, ya que a veces para ellos/as es más difícil encontrar el apoyo dentro de la comunidad LGTBIQ (Lesbianas, gays, transexuales, bisexuales y queers), debido a que dentro de esta comunidad también existe un sector en el que siguen prevaleciendo las creencias erróneas hacia la sexualidad de las personas con DI. Por tanto, tienen aún más dificultades para asumir y reconocer públicamente su orientación sexual y su situación de exclusión es mucho más grave (García, 2011). Este puede ser el motivo de que hayamos obtenido porcentajes de heterosexualidad superiores al 96% en este colectivo, resultados que coinciden con los obtenidos por Smith (2013), cifrados en el 97.6%, en una muestra de personas con discapacidad intelectual con edades comprendidas entre 21 y 59 años. También en el estudio realizado por Gil y Díaz (2014) con una muestra de 78 personas con discapacidad leve o moderada y edades comprendidas entre los 18 y 55 años igualados en cuanto al sexo, se observó que prácticamente la totalidad de la muestra se definía como heterosexual identificándose como homosexuales solo el 3.8%.

La aceptación y expresión de la orientación sexual se ve afectada por el hecho de que las personas con discapacidad intelectual no suelen participar en la vida social y comunitaria, por lo que no cuentan con experiencias previas que les permitan tomar decisiones como lo hace el resto de la población. Como afirman Nooman y Gómez (2010), las personas con discapacidad intelectual, sufren una doble estigmatización, por el hecho de tener discapacidad y por el hecho de expresar una condición sexual homosexual en un ambiente social que aún sigue considerando la homosexualidad como una conducta no deseable y susceptible de ser reprimida. Las expresiones públicas

de cariño, como ir cogidos de la mano o darse un beso, siguen sin estar socialmente aceptadas (Hosseinkhanzadeh, Taher y Esapoor, 2012).

Los comportamientos sexualmente inapropiados en público se consideran a menudo como problemas, evocan reacciones emocionales negativas y asientan creencias erróneas sobre la sexualidad de las personas con discapacidad intelectual, pero en muchas ocasiones no son otra cosa que expresión de necesidades, o demanda de información. Las prácticas sexuales, como la masturbación realizada por el 90% de nuestra muestra, es prácticamente el único medio de expresión sexual para muchas personas con discapacidad intelectual que tienen limitadas las oportunidades sociales para explorar su propia sexualidad (Eastgate, 2008). La edad de inicio en la práctica de la masturbación, oscila entre los 7-20 años, siendo la más frecuente en nuestro estudio los 15 años (26.4%). Estos datos no distan prácticamente en nada de los obtenidos por el resto de la población (Lennox, 2005), en los que edad de inicio más frecuente suele ser 13-15 años. En el estudio realizado por Gil y Díaz (2014), se encontró que la edad más frecuente eran los 15 años, si bien el rango de edad en el que se iniciaba era entorno a los 11-17 años. La práctica de la masturbación es la más frecuente, y la que tradicionalmente es más aceptable en este colectivo. Sin embargo, otras como el sexo vaginal (realizado por el 84.4% de nuestra muestra), el sexo oral (practicado en un 80.3% de los casos) y el sexo anal (este mucho menos frecuente: 8.6%), están muy mal consideradas (Parchomiuk, 2012). En un reciente estudio realizado por nuestro equipo al que ya nos hemos referido anteriormente (v.g. Gil y Díaz, 2014), el sexo vaginal se mostró como la práctica más frecuente siendo el sexo anal la más infrecuente, en la línea de los resultados obtenidos por Parchomiuk (2012). El coito suele llevar asociado

el temor a embarazos no deseados, unido a la frecuente creencia de que las personas con discapacidad necesariamente van a tener hijos con discapacidad. Ambos temores hacen que no sea socialmente aceptable. Pero diversos estudios, ponen de manifiesto que tan solo el 30% de los hijos/as de padres/madres con DI nacen con una afectación cognitiva moderada o severa (Verdugo et al., 2012). La falta de autodeterminación hace que la práctica de la masturbación sea en el mejor de los casos la más accesible, cuando no la única permitida pero los resultados demuestran que no es la única práctica realizada, pues se constata que mantienen relaciones sexuales coitales, orales y, en menor medida, también anales.

El uso de los métodos anticonceptivos genera controversia dentro de la sociedad y dentro del ámbito clínico. Se continúa apelando a la discapacidad intelectual para justificar el control del comportamiento sexual y, sobre todo, de la fertilidad de estas personas, sin tener en cuenta sus deseos ni sus derechos reproductivos (Ayllot 2015), haciendo uso de procedimientos de control reproductivo como los parches anticonceptivos que si bien previenen los embarazos no deseados no protegen de las infecciones de transmisión sexual (Ramírez 2008). Los resultados en nuestra investigación muestran que algo más de la mitad de la muestra usa el preservativo y un número considerable las pastillas y los parches anticonceptivos, resultados que van en la línea de los obtenidos en estudios previos (Gil y Díaz, 2014). En el caso de las mujeres la práctica habitual es que, los padres al inicio de la pubertad y ante la llegada de la menstruación, soliciten pastillas anovulatorias como medio de prevención de embarazos no deseados, sin proporcionar ningún tipo de información en materia de sexualidad a sus hijas (Varas, 2010).

Los principales agentes de educación sexual que se han mostrado en este estudio son los familiares distintos de padres/madres seguido de los educadores/as. En el estudio que realizaron Gil y Díaz (2014), los principales informadores fueron los/as educadores/as seguidos de otros familiares, y en último lugar los/as padres/as. Debido a las características de socialización de las personas con discapacidad intelectual y a las dificultades de aprendizaje asociadas, debemos entender el gran protagonismo que a nivel educativo tienen los profesionales de los centros y la familia. En no pocos casos, la persona con discapacidad intelectual pasa su vida entre el centro de apoyo y el hogar familiar, teniendo por tanto un mayor impacto estos agentes en la educación. El acceso a otros canales de información y formación en muchos casos es restringido. En este sentido coincidimos con García (2009) en la existencia de una unidad diádica educativa en el ámbito de la educación sexual en las personas con discapacidad intelectual que estaría compuesta por la familia y el centro (García, 2009). Además, los centros de atención a personas con DI, los medios de comunicación y las redes sociales tienen una enorme influencia en los jóvenes y adultos con DI, por lo que también una parte de esta responsabilidad es compartida (Seoane, 2012).

Hay que destacar, sin embargo, que en esa unidad diádica los padres quedan relegados a un último lugar. Preguntar a los padres sobre cuestiones relacionadas con la sexualidad no se encuentran entre las primeras opciones para las personas con DI pero tampoco suele serlo en la población general. Los padres muestran reticencias cuando se trata de hablar de sexualidad y tienden a considerar en mucha mayor medida las precauciones que el disfrute por lo que sus dudas en cuanto a lo que llamamos la sexualidad en positivo no suelen ir dirigidas a ellos. Los/as padres/madres de los/as

participantes de nuestra investigación son personas muy mayores, en algunos casos de pequeñas poblaciones de Castilla La Mancha con escaso acceso a diferentes recursos sociales, en ambientes de privación cultural y cuya población mayor de 60 años es más del 80% de la misma, en sus casas los temas o manifestaciones sexuales ni se exteriorizan ni se habla sobre ellos. Por otro lado, la población de Andalucía, también son personas muy mayores, con un nivel socio económico bajo y en otros caso medio, pero muy condicionados por el hecho de tener un hijo/a con discapacidad intelectual que no ha tenido acceso a atención temprana, ni a políticas activas de integración cuando eran más jóvenes (pues la corriente científica en ese momento era otra) y parece que tienen menos habilidades de las que podrían haber tenido.

Sin embargo, en términos generales si bien siguen existiendo importantes carencias por lo que se refiere a la educación afectivo-sexual de las personas con discapacidad intelectual, parece que la situación está empezando a cambiar. Esto seguramente se debe a que desde las instituciones y organizaciones tanto públicas como privadas se ha estado abordando la inclusión en diversos ámbitos como el laboral incrementándose la concienciación social (Cobo, 2010). Como señala este autor (Cobo, 2012) la “doble-conflictividad” de la asociación sexo y discapacidad hace que, por un lado, la sociedad vea los temas sexuales como algo complicado, conflictivo, tabú, algo especial, problemático, que requiere, por tanto, un tratamiento especial y, por otro lado, la discapacidad es algo que se sale de lo ordinario.

Más allá de estos aspectos generales que nos han permitido realizar una primera caracterización de las necesidades del colectivo y la respuesta social que obtienen vamos a profundizar en la interpretación de los resultados relativos a la comparación

entre hombres y mujeres, jóvenes y mayores, con discapacidad leve y moderada y con estilos de vida más o menos autónomos, con objeto de comprobar en qué grado se han cumplido nuestras hipótesis en relación con este objetivo.

Por lo que respecta al *género*, la masturbación es la conducta sexual más realizada por los hombres. Estos datos son coincidentes con los obtenidos por Amor (2007) quien realizó un estudio con 130 personas adultas con discapacidad intelectual concluyendo que la masturbación era más frecuente en hombres (69.2%) que en mujeres. Coincidimos, en este sentido con Torices y Bonilla (2003) quienes realizaron un estudio con personas con discapacidad intelectual a través de un inventario de experiencias y respuestas sexuales. En él se encuestaron 609 personas de las cuales 308 eran hombres y 301 mujeres. El análisis mostró que el 81.7% de los hombres se masturbaban y el 76.9% de las mujeres.

La práctica sexual más practicada por los hombres fue el sexo vaginal seguido del sexo oral. Estos datos coinciden con los obtenidos en el estudio realizado por Navarro (2012), para conocer los hábitos sexuales de una muestra de 90 personas con discapacidad intelectual. Sus resultados mostraron que más de la mitad había tenido alguna práctica de sexo oral; llegando al 76% en varones y al 66% en mujeres. Entre el 68% y el 83% de los hombres habían realizado sexo vaginal.

El sexo anal, sin embargo, es ligeramente más frecuente en mujeres que en hombres. Estos resultados van en la línea de los obtenidos por Rodríguez, Navas, Pastor, Jarana y León Rubio (1999) quienes encontraron que el 15% de las mujeres lo habían practicado frente al 12% de los hombres. Probablemente esta leve diferencia se

deba a que en algunos contextos se puede utilizar como medio de prevención de embarazos no deseados.

Las diferencias entre hombres y mujeres halladas en todas las prácticas sexuales comentadas pueden ser debidas a la educación que aunque carente de contenidos sexuales, sí ha sido más represiva en el caso de las mujeres, intentando desalentar el comportamiento sexual apelando a estereotipos tales como que aquellas que tienen prácticas sexuales dejan de ser “puras”, “decentes” ya que están cometiendo actos “pecaminosos” (palabras textuales extraídas de las entrevistas con los/as participantes). Un estudio realizado por Lucero y Muñoz (2006) en el que llevó a cabo la revisión de 6 programas de intervención sexual para personas adultas con discapacidad intelectual, concluye que en todos ellos se subraya la importancia de ofrecer una educación sexual a personas con discapacidad intelectual con el objetivo fundamental de enseñarles a adecuar su comportamiento sexual al contexto social, esto es, en público o en privado, ya que éste uno de los principales problemas que presentan las personas que carecen de una educación sexual suficiente y normalizada.

Por lo que respecta al *grado de discapacidad*, las personas con discapacidad intelectual leve obtienen mayores puntuaciones en conocimientos sobre sexualidad que las personas que tienen un grado de discapacidad intelectual moderado, como queda patente también en otros estudios (Alcedo, 2006). Debido a su discapacidad intelectual presentan limitaciones cognitivas, por lo que cabe esperar que las personas con discapacidad leve tengan más facilidades para adquirir información y consolidar nuevos conceptos para llegar a un aprendizaje óptimo y duradero de conceptos que aquellas cuyo grado de discapacidad es mayor. Por otro lado, quizás también al tener un grado

menor de discapacidad intelectual, presentan más inquietudes y tienen más estrategias para buscar información y preguntar sobre temas de interés para ellos/as. Sin embargo, en lo referido a los comportamientos las personas con DI leve utilizan en menor medida los métodos anticonceptivos que las personas con DI moderada. Godoy (2007) realizó un estudio con 280 personas con discapacidad intelectual leve o moderada sobre el conocimiento de los métodos anticonceptivos concluyendo que la información con que cuentan es muy limitada ya que la mayoría solo conocía el preservativo, y solo de nombre ya que muy pocos lo habían observado de cerca. Asimismo, se concluye en este estudio que su uso, cuando se producía, no era fiable, a menos que las personas con discapacidad intelectual tuvieran un alto grado de iniciativa, capacidad de entender y destreza manual. En nuestra investigación, el hecho de que las puntuaciones obtenidas sean superiores en el caso de las personas con DI moderada puede deberse a que entre las personas con DI leve está muy extendida la práctica de la “marcha atrás” o coito interrumpido, para la que no los utilizan.

Por lo que respecta a las personas a las que acuden cuando necesitan información de tipo sexual, vemos que en uno y otro grupo son los familiares distintos de los padres/madres a los primeros a los que se recurre, pero en el caso de las personas con DI leve en segundo lugar se recurre a los/as educadores/as mientras que las personas con DI moderada recurren a sus padres/madres. Esto parece indicar que a mayor grado de dependencia (entendiendo que ésta será mayor cuanto mayor sea el grado de discapacidad), en mayor medida se recurre a los padres mientras que cuando se poseen mayores recursos se buscan fuentes que ofrezcan visiones menos negativas de la sexualidad, como es el caso de los educadores en relación con los padres. Otra

variable a tener en cuenta en la interpretación de estas diferencias está en que las personas de nuestro estudio que tenían un grado de DI moderado eran más jóvenes en proporción que las personas con DI leve, y, en esa medida, sus padres/madres también lo eran, lo que puede estar influyendo en esa diferencia en cuanto a accesibilidad en lo referente a información sexual.

En cualquier caso, unos y otros mostraron bajos niveles de conocimientos. Estos resultados coinciden con los obtenidos por Boluarte (2006) en los que concluyó tras realizar un estudio sobre las habilidades psicosexuales de personas con DI leve y moderada, que sólo el 28.6% de los participantes admitían conocer algo sobre sexualidad, aunque no eran capaces de precisar con claridad qué era lo que sabían. Según este estudio (Boluarte, 2006) sólo el 27.7% habían hablado con otras personas (padres, hermanos/profesionales y/o amigos) de temas relacionados con la sexualidad. En conclusión, podemos dar por confirmada la primera hipótesis ya que no se han mostrado significativas las diferencias entre hombres y mujeres ni entre personas con DI leve y moderada en conocimientos, actitudes ni prácticas sexuales.

Los tres grupos de *edad* de nuestra muestra presentan diferencias en cuanto a los conocimientos sobre los cambios corporales, siendo los jóvenes menores de 30 años quienes tienen un mayor nivel de conocimientos que los demás grupos. La causa de esta diferencia a favor de los más jóvenes podría estar en que éstos ya han asistido al instituto psicopedagógico donde la normativa vigente les exige que den programas específicos sobre la materia, y hace relativamente poco, alrededor de unos 9 años que dejaron la etapa escolar.

Sin embargo, en cuanto a la actitud, son las personas mayores de 45 años las que presentan actitudes más abiertas hacia la sexualidad que los menores. Esto podría deberse a que la mayor parte de nuestra muestra mayor de 45 años lleva varios años institucionalizada bien en residencias o en viviendas tuteladas, donde la sexualidad se ha entendido como un desafío al que se han ido enfrentando los/as profesionales, pues al ser espacios de convivencia mixtos tanto de personas de diferente sexo como de personas del mismo sexo que han compartido habitación, han surgido parejas y prácticas afectivas y sexuales.

En cuanto a la tolerancia ante las prácticas homosexuales son los jóvenes menores de 30 años los que obtienen mayores puntuaciones que los demás grupos. Esto puede ser debido a un factor educacional, en la sociedad actual la tolerancia ante las diferentes orientaciones sexuales es un tema en el que la sociedad ha ido evolucionando hacia una mayor aceptación y apertura, siendo los jóvenes los principales propulsores. Efectivamente, en los últimos años se ha producido una notable mejora no solo en cuanto a la tolerancia hacia orientaciones diferentes a la heterosexual sino también una mejora en la percepción y aceptación de la propia orientación sexual en este colectivo. En un estudio de revisión de la literatura especializada entre los años 2000 y 2013, realizado por Sinclair (2015) subraya que en uno de los trabajos revisados, el realizado por Bedard, Xhang, & Zucker (2010), al preguntarles a los/as participantes sobre su orientación sexual, se comprobó que las puntuaciones de los/as participantes que se identificaban como heterosexuales y homosexuales se correspondían con la Escala sobre Orientación sexual, lo cual demuestra que conocen y aceptan perfectamente su orientación sexual.

Respecto al uso del preservativo, son los mayores de 45 años quienes lo hacen en mayor medida seguidos de los que tienen entre 31-44 años y por último, los jóvenes menores de 30 años. Una de las posibles causas, puede ser que, como hemos comentado anteriormente, los mayores de 45 años son los que mayoritariamente conviven en viviendas tuteladas y en centros residenciales, donde el uso del preservativo o al menos el acceso a ellos es más normalizado que entre los que conviven en unidad familiar. Además del acceso, las posibilidades de mantener relaciones donde utilizarlos son mucho mayores en las viviendas tuteladas y en los centros residenciales que en la unidad familiar.

Los principales agentes sobre información sexual, en los tres grupos de edad, fueron otros familiares, lo cual podría ser debido a que la gran mayoría tiene hermanos/as, o primos/as que son los principales transmisores de información.

Así pues se confirma que los más jóvenes y los más mayores no difieren entre sí en cuanto a conocimientos, ni prácticas sexuales pero sí en actitudes, tal y como se había planteado en la hipótesis 2.

Finalmente, en lo que respecta al *tipo de vivienda*, que como se recordará podía ser en vivienda tutelada, en centro residencial o en unidad familiar, quienes viven en viviendas tuteladas muestran mayor nivel de conocimientos sobre cambios corporales que los restantes grupos. Estos resultados coinciden con los obtenidos por Gil y Díaz (2014), donde se encontró que quienes vivían en viviendas tuteladas eran quienes poseían mejor nivel de conocimientos sobre prácticas sexuales y los que residían en la unidad familiar los que mostraron actitudes más favorables hacia la sexualidad.

El porcentaje de personas que utilizan el preservativo es superior entre quienes viven en centros residenciales que quienes viven en viviendas tuteladas o en su unidad familiar, posiblemente porque es más fácil dado que se cuenta con mayor libertad que en el ambiente familiar que es mucho más restrictivo. Los agentes de información sexual preferidos siguen siendo familiares cercanos pero no los padres en todos los tipos de vivienda.

A partir de todos estos resultados, por tanto, podemos concluir que la hipótesis 3 que señala que las personas que viven en vivienda tutelada tendrán un nivel superior de conocimientos, más comportamientos sexuales y actitudes más erotofílicas que quienes viven en residencias o en la unidad familiar, se cumple parcialmente ya que las actitudes más erotofílicas han aparecido en el grupo de personas que viven en la unidad familiar contrariamente a lo esperado.

Otro de los objetivos perseguidos en este trabajo ha sido evaluar las actitudes que poseen los familiares, los profesionales y la población general hacia la sexualidad de las personas con discapacidad física o intelectual, siendo nuestra hipótesis de partida que *los profesionales* tendrán una actitud más positiva hacia la sexualidad de los DI que la población general, y éstos más positiva que la de los padres. Nuestros resultados apoyan esta hipótesis ya que por lo que se refiere a la tolerancia hacia la sexualidad de las personas con discapacidad intelectual, las actitudes evaluadas presentan grandes discrepancias en función del grupo analizado; los familiares poseen actitudes conservadoras-moderadas, la población general manifiesta actitudes moderadas-liberales y los profesionales de la salud poseen actitudes muy liberales. Los análisis estadísticos determinan que los familiares constituyen el grupo con actitudes más

conservadoras, seguidos de la población general y los profesionales con actitudes más liberales que favorecen la igualdad de oportunidades y la adopción de los derechos indicados por la Convención de la ONU sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (Olavarrieta et al., 2013). Nuestros hallazgos son congruentes con diversos estudios recientes que concluyen que los familiares de personas con discapacidad intelectual presentan actitudes hacia la sexualidad muy conservadoras, mientras que los profesionales de la salud poseen actitudes mucho más liberales (Aunos y Feldman, 2002; Bazzo et al., 2007; Cuskelly y Bryde, 2004).

Hay que señalar que estas actitudes, dependen en gran medida del tipo de discapacidad que padezca la persona. Diversos estudios, demuestran que existe una mayor aceptación de manifestaciones físicas y psicosociales si la discapacidad es solo física y no intelectual. Esta mayor aceptación también se extiende a las relaciones sexuales entre dos personas con el mismo tipo de discapacidad (Parchomiuk, 2012).

En cuanto a las actitudes hacia la sexualidad de las personas con discapacidad intelectual, física o sensorial, son el grupo de profesionales los que muestran una actitud más positiva y liberal. Esto puede ser debido a la formación específica que cuentan para la realización de su trabajo, vinculados normalmente a profesiones sanitarias Kazanowski (2011) por lo que presentan menos barreras actitudinales para favorecer la igualdad de oportunidades. En nuestro estudio, las actitudes están relacionadas con la edad y nivel educativo, y no específicamente con el sexo de la persona que responde, siguiendo los resultados obtenidos por Olavarrieta, Darin, Suarez, Tur, Besteiro & Gómez-Jarabo (2013). En otros estudios previos también se ha demostrado que, en general, hombres y mujeres tienen actitudes hacia la sexualidad y discapacidad

similares, encontrándose diferencias entre personas con distintos rangos de edad y también en función del nivel educativo (Gilmore & Chmbers, 2010). Es interesante que nuestra muestra de población general demuestre actitudes positivas en casi todos los aspectos planteados. Estos resultados van en la línea de los obtenidos en estudios anteriores (Aunos & Feldman, 2002; Gilmore & Chambers, 2010), señalando que se trata de una muestra heterogénea en cuanto a sexo, con una edad y nivel educativo medio. El grupo de familiares, por su parte, es el que tiende a mantener una postura más conservadora. En recientes estudios se ha demostrado que a pesar de que muchas de las madres de personas con discapacidad consideraban necesaria una educación sexual, la mayor parte de ellas no hablaba sobre sexualidad con sus hijos/as por vergüenza, por ser un tema tabú o por la sensación de que no va a ser de utilidad (Güroll, Polat & Oran, 2014). Tienen una visión protectora (o sobreprotectora) de sus familiares con discapacidad (Pownall, Jahoda & Hastings, 2012), y opinan, en mayor medida que los profesionales y que la población general que no están preparados para una relación de pareja. Aunque en el caso de tenerla, prefieren que sea con una persona con discapacidad y edad similar.

Analizando específicamente el tipo de actitudes observadas, la mayor parte de las personas evaluadas poseen actitudes más liberales hacia la diversidad afectivo-sexual, la masturbación y la necesidad de proferir y recibir muestras de cariño. Las actitudes más conservadoras se manifiestan en relación a la maternidad/paternidad, la incapacidad para controlar los impulsos sexuales, la necesidad de supervisión por un adulto tutor y la incapacidad para utilizar métodos anticonceptivos correctamente. Esta tendencia va en la línea de los resultados encontrados por Cuskelly y Gilmore (2007) quienes

afirman que las actitudes hacia la sexualidad de las personas DI son más favorables cuando se trata de aspectos generales y más conservadoras cuando se alude a temas más específicos. Diversos estudios destacan que los aspectos relacionados con la maternidad/paternidad de las personas con DI son el tema donde se observan actitudes más conservadoras (Cuskelly y Bryde, 2004; Gilmore y Chambers, 2010). Según Olavarrieta y cols. (2013) una posible explicación es que por su complejidad y su carga afectiva este tema ha sido un aspecto poco tratado y, por tanto, muy invisibilizado.

Por último, comprobaremos el grado de cumplimiento de la quinta hipótesis del primer objetivo que hace referencia a la tolerancia hacia las relaciones sexuales de las personas con diversidad funcional según la cual el grado de tolerancia variará en función del tipo de discapacidad siendo más aceptadas las relaciones entre personas con discapacidad sensorial, seguidas de las relaciones entre personas con discapacidad física siendo las peor consideradas las relaciones entre personas con discapacidad intelectual. Nuestros resultados permiten confirmar esta hipótesis ya que las actitudes son mejores hacia la discapacidad física y la sensorial. Esto puede deberse a que las personas con DI no tienen preservadas sus capacidades cognitivas mientras que en DF y DS sí lo están, lo que provoca una mayor aceptabilidad en tanto en cuanto a estas personas se les atribuye la capacidad de controlar su impulso sexual.

En este caso de nuevo vemos que el grupo de padres muestra puntuaciones significativamente inferiores a las presentadas por los otros dos grupos cuando ambos son discapacitados. Por su parte, las actitudes de los profesionales son más favorables a las relaciones entre personas ambas discapacitadas que las de la población general. Y el mismo patrón ocurre cuando uno de los miembros de la pareja no muestra

discapacidad intelectual. En el caso de las actitudes hacia parejas en las que ambos miembros presentan discapacidad sensorial el patrón es semejante al anterior. Siguiendo a Caballero, Gil-Llario, Morell, Fernández y Gil (2017), en general la población tiene buenas actitudes hacia las relaciones sexuales en personas con discapacidad. Estos datos confirman la misma tendencia observada en otros estudios (Cuskelly & Gilmore, 2007; Diaz-Rodríguez et al., 2016).

Por último, ante las relaciones sexuales entre personas con discapacidad física, tanto en el caso de que ambas lo sean como cuando uno de los dos miembros de la pareja no tenga ninguna discapacidad, el grupo de profesionales muestra actitudes significativamente más favorables que el grupo de población general y que el grupo de padres/madres.

Nuestros resultados nos permiten concluir que, en general, la población tiene buenas actitudes hacia las relaciones sexuales en personas con discapacidad. Estos datos confirman la misma tendencia observada en otros estudios (Cuskelly & Gilmore, 2007; Diaz-Rodríguez et al., 2016).

Nuestro segundo objetivo consistió en *analizar la influencia de las vivencias de la sexualidad en la calidad de vida de las personas con discapacidad intelectual, y en este sentido*. Haciendo una caracterización general de la calidad de vida de las personas con DI debemos destacar que no hemos encontrado diferencias en este sentido entre hombres y mujeres con DI. Es probable que esto se deba a que el trabajo realizado con ellos en los diferentes centros o viviendas desde hace años, haya contribuido a la

consecución de los mismos derechos, haciéndoles implicarse activamente en su desarrollo personal, capacidad de autodeterminación y establecimiento de relaciones interpersonales. Estos resultados contradicen los obtenidos en otros estudios que sí ponen de manifiesto la existencia de diferencias en cuanto al sexo (Olivarreta, Darín, Suárez, Tur, Besteiro y Gómez-Jarabo, 2013). Estos autores encontraron que las mujeres con discapacidad sufrían en mayor medida los mitos, prejuicios y miedos por parte de la sociedad, llevándolas, por ejemplo, en muchas ocasiones a la esterilización, lo cual incide directamente en su calidad de vida.

Por lo que respecta al grado de discapacidad, las personas con DI leve en opinión de los profesionales tienen más bienestar emocional que las personas con DI moderada, aspecto no replicado cuando la valoración la realizan ellos mismos. Lo contrario ocurre cuando el indicador es el desarrollo personal. En este caso ellos/as mismos/as consideran que tienen un mayor desarrollo personal que las personas con DI moderada, si bien estas diferencias no son observadas por los evaluadores externos. Estas discrepancias entre evaluadores (ellos mismos vs profesionales que trabajan con ellos) han aparecido también en otros estudios semejantes en los que se ha comparado la calidad de vida autopercebida con la que perciben los profesionales y familiares. En un estudio llevado a cabo por Gil, Morell, Díaz, Giménez y Ruíz (2016) se obtuvieron valores superiores por parte de los profesionales en las áreas de autodeterminación, bienestar emocional y relaciones interpersonales. Las diferencias en el área de autodeterminación se han atribuido a cierto paternalismo por parte de los/as profesionales, mientras que las personas con DI consideran que no tienen un grado

suficiente de autonomía, privacidad, libertad para tomar decisiones y para escoger objetivos y metas (Gil et al., 2016).

En nuestro estudio los menores de 30 años tenían, según los/as profesionales, mayor bienestar emocional que el resto de los grupos de edad, aunque las personas entre los 31 y los 44 años, autopercebían un mayor bienestar físico. Mirón, Alonso, Serrano y Sáez (2008) encontraron que esta valoración observada tanto en personas con DI como en la población general era un reflejo de que en las personas de mayor edad, las dimensiones físicas (función física, rol físico y dolor corporal) son las que más afectan a la salud debido al aumento de trastornos crónicos y restrictivos. Pero no sería en el caso de las personas menores de 30 años, pues estos tienen un bienestar físico autopercebido peor, hecho que puede también explicarse por el tipo de discapacidad que les genera diferentes restricciones de salud y en las actividades básicas de la vida diaria.

En cuanto al tipo de residencia, el bienestar emocional era superior entre quienes residían en viviendas tuteladas, lo que muestra que las personas que residen en espacios pensados como viviendas similares a las que tiene otra familia, constituyen una alternativa idónea a las grandes instituciones siendo una opción normalizadora para las personas con DI (Rojas, 2004).

Las hipótesis 6, 7 y 8 de nuestro estudio señalan que las personas con DI que muestren mayor satisfacción sexual, mayores niveles de actividad sexual y actitudes más favorables hacia la sexualidad tendrán un mejor bienestar emocional (6), mejores relaciones interpersonales (7), y mejor desarrollo personal (8). Estas hipótesis se

confirman, ya que tanto hombres como mujeres, que habían obtenido puntuaciones elevadas en bienestar emocional mostraban una mayor satisfacción sexual, mayores niveles de actividad sexual y una actitud más favorable hacía la sexualidad. Hemos obtenido una alta correlación positiva con los principales indicadores de calidad de vida, a saber, bienestar emocional, relaciones interpersonales y desarrollo personal. Siguiendo los resultados obtenidos por Rodríguez (2010), la satisfacción sexual no puede limitarse al funcionamiento sexual físico, sino que deben considerarse el bienestar emocional como el resultado de la satisfacción sexual. En nuestro estudio, concluimos que las personas que muestren un mayor nivel de satisfacción sexual, tendrán un mayor bienestar emocional. Rodríguez y Hernández, 2005, citados en Rodríguez, 2010, reconocen la satisfacción sexual con un incremento en las prácticas sexuales y las relaciones interpersonales. En este marco suele dividirse la satisfacción sexual, por un lado en física cuando se remite a la interacción erótica y placentera , y por otro, al bienestar emocional, que reporta una pareja estable. Havioo-Manila & Kontula, 1997, citados en Rodríguez, 2010.

Kedde & Berlo 2006, encontraron que una mayor comunicación en la pareja, estaba directamente relacionado con un mayor desarrollo personal y mayor bienestar en las relaciones interpersonales, siendo elementos claves para una mayor actividad sexual.

Es importante destacar que hemos obtenido una ecuación de regresión que es capaz de explicar el 52% de la varianza del bienestar emocional mediante tres variables, dos de ellas constituyen los otros indicadores de calidad de vida analizados, esto es las relaciones interpersonales y el desarrollo personal, pero la satisfacción sexual es la variable que mayor peso tiene en la ecuación de regresión. Esto nos demuestra

una asociación clara entre satisfacción sexual y calidad de vida en este colectivo, confirmando de este modo la hipótesis 9 según la cual la satisfacción sexual se presenta como una variable importante en la predicción del bienestar emocional de las personas con DI.

En vista de la relevancia de esta variable pretendimos conocer qué aspectos se ven asociados en mayor medida a la satisfacción sexual encontrando que en este colectivo la erotofilia, el bienestar emocional, las prácticas sexuales, las relaciones interpersonales y las autoestima son capaces de explicar el 73% de la varianza. En este sentido, nuestros resultados muestran que estas hipótesis se confirman ya que los tres indicadores, esto es, el bienestar emocional, las relaciones interpersonales y el desarrollo personal, todos ellos indicadores fundamentales de la calidad de vida, correlacionan positivamente con la autoestima, la satisfacción sexual, la erotofilia y la actividad sexual, valorados estos aspectos no solo por parte de los profesionales sino también por ellos/as mismos/as. Estos resultados, siguen la línea de los obtenidos en la población general, tal y como muestra la investigación realizada por Benavides, Moreno y Calvache (2015), en la que de una muestra de 80 personas adultas concluyeron que el bienestar emocional presenta una alta correlación positiva con la satisfacción sexual, el autoconcepto y la actitud ante la sexualidad. El bienestar emocional y subjetivo, el autoconcepto tanto la autoestima como la autoimagen, en el ámbito sexual están estrechamente relacionados como ponen de manifiesto diversos estudios (Barbón y Beato, 2002; citados en García-Viniegras et al., 2007).

El tercer y último objetivo centrado en *el análisis de las dimensiones e implicaciones del abuso sexual y sus posibles secuelas emocionales, físicas, psicológicas y sexuales* se concretó en varias hipótesis. En la hipótesis 10 se refiere a que la frecuencia de abusos sexuales será más frecuente en mujeres que en hombres, y las personas que vivan en vivienda tutelada presentarán menor frecuencia de abusos sexuales que los que conviven en otros emplazamientos. Esta hipótesis se cumple parcialmente, ya que si es cierto que es más frecuente en el caso de que las mujeres autoinformen del abuso sexual pero no en el caso de los hombres, pues cuando era abuso sexual documentado, aquellos que residían en instituciones públicas, tanto en residencias como en viviendas tuteladas, mostraron mayor frecuencia en los abusos sexuales.

Según un estudio realizado por Ryerson (1984) citado por Gutiérrez (2010) y González (2015), se estimó que sólo un 20% de los abusos son percibidos o existe miedo a denunciar, debido a las consecuencias que el mismo pueda suponer, como no ser creídos por su entorno. En nuestra investigación, las personas que habían padecido abusos sexuales informaron a educadores/as o a algún familiar de lo que había sucedido y afirmaron que tras esta información su relación con ellos/as había cambiado. Siguiendo a Giménez, Gil-Llario, Ruíz y Díaz, (2017) concluyeron que los porcentajes obtenidos, pueden ser mayores si se tiene en cuenta que una parte de las personas con DI no llegan a identificar posibles situaciones de riesgo e incluso experiencias de abuso sexual como tal.

En la hipótesis 11 se plantea que *las personas que informen de haber sido víctimas de abuso sexual mostrarán un perfil diferente del que muestren las personas de las que se tenga constancia de abuso* si bien no lo hayan informado. Esta hipótesis

también se comprueba ya que las personas que señalan haber sido víctimas de abuso son principalmente mujeres con un grado de discapacidad moderado y residentes en centro residencial y unidad familiar, mientras que los que han sido víctimas de abusos sexuales sin haber informado sobre ello se caracterizan por ser hombres con un grado de discapacidad moderado y residentes principalmente en vivienda tutelada y en centros residenciales.

La hipótesis 12 hace referencia a que tanto el grupo formado por personas con abuso sexual autoinformado como las que hayan sido víctimas de abuso pero no hayan informado de ello presentarán *secuelas emocionales, físicas, psicológicas y sexuales* que los diferenciarán del grupo de personas que no ha sido víctima de abuso. Esta hipótesis se confirma ampliamente ya que ambos grupos presentan mayores secuelas en todas las dimensiones evaluadas que el grupo que no ha padecido abusos sexuales. Entre las principales consecuencias físicas halladas en nuestra investigación destacan el miedo a quedarse solo, las pesadillas y la pérdida de control de esfínteres comunes en los dos grupos. Siguiendo a Latzman & Latzman (2013), la enuresis es más frecuente que la encopresis, dentro de las secuelas físicas de las víctimas de abusos sexuales. En general, a lo largo del ciclo vital se produce un tránsito de la sintomatología hacia formas de manifestación típicas de cada etapa evolutiva (Lameiras, 2002 citado en Cantón y Cortés, 2015). De este modo, durante la infancia los principales efectos parecen ser los problemas somáticos (enuresis, encopresis, dolores de cabeza y dolores estomacales), pero que suelen manifestarse también en personas con DI debido al retraso psicomotor y del desarrollo que suele ir asociado a algunos tipos de DI. Las alteraciones del sueño y los problemas de sueño reiterados tales como pesadillas, fueron otras de las

consecuencias más frecuentes en las personas con DI que habían padecido abusos sexuales. Sequeira y Hollins (2008) encontraron que las alteraciones del sueño son unas de las consecuencias que más perduran en el tiempo, si no son tratadas adecuadamente. En general, cualquier situación de abuso tiene unas graves consecuencias físicas y/o psicológicas en la persona que es víctima de tal agresión. En este sentido, la situación de abuso sexual a personas con discapacidad intelectual supone una serie de consecuencias en las mismas, cuyos síntomas pueden servir como predictores que ayuden a la detección de una situación así (Schalock, Borthwick-Duffy, et al., 2010; Schalock, Luckasson et al, 2012). Entre las principales consecuencias que sufre la víctima se encuentran una serie de trastornos tales como la depresión, sentimiento de culpa, agresividad o rabia, impulsividad, delincuencia, ansiedad, confusión, entre otros, tanto a corto como a largo plazo, provocando un enorme daño en su salud mental (Ammerman et al., 1994 citado en Verdugo, 2002).

Hay escasas publicaciones concernientes a las posibles consecuencias psicológicas que el abuso puede dejar específicamente en personas con DI (Sequeira y Hollins, 2008). El miedo a estar solos o a quedarse solos es más frecuente entre las personas que han padecido abusos sexuales y éstos son documentados, que también ocurre en el caso de las autoagresiones, intentos autolíticos, ansiedad y aislamiento social. Estas consecuencias y secuelas no son muy diferentes entre las personas con DI y la población general (Echeburúa y De Corral, 2006). La mayoría de los estudios acerca de las posibles consecuencias psicológicas que el abuso sexual deja en las personas con DI muestran pocas diferencias con respecto a la población general aunque la ansiedad, el trastorno de estrés postraumático, la depresión y los problemas de conducta (entre los

que destacan la agresividad, las conductas autolíticas y los comportamientos sexualizados problemáticos) son los síntomas más persistentes en la población con DI (Sequeira & Hollins, 2008). En cuando a los abusos sexuales, los síntomas que con mayor frecuencia pueden aparecer son la presencia de problemas de conductas relacionados con un estilo de apego desorganizado (Cirilo, 2013), el trastorno de estrés postraumático (O´Callaghan y Murphy, 2003), que frecuentemente aparece en forma de trastorno de la conducta (Hollins y Sinason, 2000; Focht-New, Clements, Barol, Faulkner y Pekala, 2008), especialmente en las personas con discapacidad moderada y grave (Murphy, O´Callaghan y Clare, 2007), la ansiedad y la depresión (Barudy, 1998), los problemas en la autoestima y los problemas de aprendizaje (Perrone y Nannini, 2007) que, como es de esperar en el colectivo que nos ocupa, estos últimos difícilmente se detectan, ya que frecuentemente se asocian al mismo diagnóstico de DI.

En relación a esto último, en el colectivo de personas con DI sorprende el tan frecuente “efecto eclipsador” (Reiss, Levitan, Szysko, 1982, citado en Cendra 2014), por medio del cual la hipótesis de la discapacidad acaba siendo protagonista. Así, es frecuente que ante una depresión, un rechazo constante a una persona, una alteración conductual significativa, un comportamiento sexualizado desviado, etc. se atribuyan estos síntomas a la discapacidad misma, sin considerar que los mismos puedan estar respondiendo a un malestar que debe ser atendido. Y no sólo ante la presencia de síntomas, es frecuente que ante las revelaciones de abusos, se ponga en duda a la persona con DI en mucha mayor medida que si lo contara otra persona sin DI.

En la hipótesis 13, se afirma *que las mujeres con discapacidad intelectual de mayor edad serían más vulnerables de haber padecido abusos sexuales*. Esta hipótesis se

cumple cuando los abusos sexuales son autoinformados, pues son las mujeres las que padecen mas abusos sexuales. En cuanto al género, tal y como apuntaban Díaz, Gil, Ballester, Morell y Molero (2014), la situación de abuso suele afectar en mayor medida a las mujeres No hay duda de que ser mujer entraña un mayor riesgo para ser víctimas de abusos sexuales, para la comisión del abuso se utiliza la violencia o intimidación, se emplea la manipulación, el engaño o a la superioridad. González (2015) afirma que estas mujeres tienen problemas en las distancias sociales por lo que la persona abusadora puede “justificarse” y acusarlas de que el contacto sexual es consentido, buscado e incluso provocado. Otra posible justificación es la tradicional educación de “obedecer y someterse a las indicaciones de las personas adultas” que se hace más patente en mujeres con discapacidad intelectual. Ellas, suelen ser percibidas por los agresores/abusadores como personas menos poderosas, vulnerables e incapaces de revelar los abusos y acusarlos, lo que aumenta su sensación de impunidad. Sin embargo, como hemos comentado anteriormente esto es solo en el caso de las mujeres que han padecido abusos sexuales y lo autoinforman, pues cuando los abusos sexuales son autoinformados, era más frecuente en el caso de los hombres, a pesar de que las diferencias son muy pequeñas, el rango de edad es el mismo que el de las mujeres. González (2015) afirma que las diferencias entre sexos, también pueden estar condicionadas por una mayor promiscuidad en el caso de los varones, que unido a no disponer de suficiente información sobre educación sexual, les hace ser un objetivo más vulnerable para los abusadores. En la mayoría de los casos, los abusadores suelen ser varones (McCarthy y Thompson, 1997 citado en Couwenhoven, 2013) por lo tanto, no levantarían tantas sospechas a la hora de perpetrar los abusos sexuales. Siguiendo los

resultados obtenidos por Giménez, Gil-Llario, Ruíz y Díaz, (2017) quienes concluyeron que los hombres con discapacidad intelectual parecerían informar menos de los episodios de abuso sexual sufridos, con las posibles consecuencias que podría derivar para su salud. Quizá, las reacciones negativas por parte del entorno ante la comunicación del abuso sexual, los estereotipos sobre la masculinidad o un menor conocimiento sobre su sexualidad, tal y como recogían Díaz y cols. (2014) podrían explicar esta falta de autoinforme.

En la hipótesis 14, *las personas que residan en instituciones públicas, serán más propensas a padecer abusos sexuales que las personas que convivan en su unidad familiar.* Esta hipótesis se cumple en cierto modo, en el caso de las personas que autoinforman, pues son personas que residen en centros residenciales y en unidad familiar. En el caso de los abusos documentados sí se cumple, pues las personas que los habían padecido eran residentes en instituciones públicas. Respecto al lugar donde los abusos suelen ser perpetrados, y de acuerdo con los datos presentados por Gutiérrez (2010) se ha visto que por lo general que el perpetrador de tal abuso suele ser una persona del entorno familiar o un conocido muy cercano, lo que supone el 92% de los casos miembros de la propia familia (progenitores, hermanos/as, primos/as..), o de la familia política, de adopción, amigos/as de los padres, vecinos, e incluso los/as profesionales de los servicios que se prestan a la persona, que tienen un fácil acceso a él o ella, ya sea en el ámbito de la educación, sanidad, familiar (Hewitt, 2014).

Ha quedado de manifiesto que las necesidades y el desarrollo sexual de las personas con discapacidad son las mismas que las de la población general. El problema es que a veces, la propia condición de discapacidad les genera más discapacidad. La

autoprotección y el arraigo de ciertos mitos y costumbres hacen que este colectivo se vuelva aún más vulnerable al no poder participar en muchas de las decisiones que diariamente les atañen. Quizás debamos invertir más recursos en generar planes de intervención diseñados específicamente para el colectivo que proporciona los cuidados y apoyos directamente a las personas con discapacidad intelectual, y no al contrario. De este modo parece más probable lograr los objetivos planteados de manera satisfactoria, a saber, dotar de mayor capacidad de autodeterminación a las personas con discapacidad intelectual.

Es cierto que se observa una tendencia positiva de mayor apertura hacia este colectivo, de visualización de sus necesidades individuales que poco a poco va provocando un cambio de actitud. Por este motivo, los programas de educación afectivo sexual deben seguir perfeccionándose y sobre todo realizándose de forma sistemática y generalizada pues ha quedado demostrado que pueden ser una potente herramienta para la prevención de los abusos sexuales en las personas con DI.

CAPÍTULO 8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abbott, D. & Burns, J. (2007). What's love got to do with it? Experiences of lesbian, gay, and bisexual people with intellectual disabilities in the United Kingdom and views of the staff who support them. *Sexuality Research & Social Policy, Journal of NRSC* 4, 27-39. doi:10.1525/srsp.2007.4.1.27
- Aunos, M. y Feldman, M.A. (2002). Attitudes towards Sexuality, Sterilization and Parenting Rights of Persons with Intellectual Disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 15, 285-296.
- Alcedo, M. A., Aguado, A. L. y Arias, B. (2006). Eficacia de un programa de educación sexual en jóvenes con discapacidad intelectual. *Análisis y Modificación de Conducta*, 32 (142), 217-239.
- Alcedo, M., León, A. y Martínez, B. (2006). Eficacia de un programa de educación sexual en jóvenes con discapacidad intelectual. *Análisis y Modificación de Conducta*. Vol-32, NR 142.
- American Psychiatric Association. (2014). DSM-5. American Psychiatric Association. Retrieved July 18, 2016, from <https://psicovalero.files.wordpress.com/2014/11/dsm-v-ingles-manual-diagnostico-y-estadistico-de-los-trastornos-mentales.pdf>
- Amor JR. (2000). *Afectividad y sexualidad en la persona con deficiencia mental*. Univ Pontifica Comillas.
- Arias, B., Ovejero, A., & Morentin, R. (2009). Love and emotional well-being in people with intellectual disabilities. *The Spanish Journal of Psychology*, 12(1), 204–216.
- Barudy, J. (1998). *El dolor invisible de la infancia. Una lectura ecosistémica del maltrato infantil*. Paidós Terapia Familiar.
- Bazzo, G., Nota, L., Soresi, S., Ferrari, L. y Minnes, P. (2007). Attitudes of Social Service Providers towards the Sexuality of Individuals with Intellectual Disability. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 20, 110-115

- Bernert, D. J. (2010). Sexuality and Disability in the Lives of Women with Intellectual Disabilities. *Sexuality and Disability*, 29(2), 129–141. <https://doi.org/10.1007/s11195-010-9190-4>
- Bernert, D. J., & Ogletree, R. J. (2013). Women with intellectual disabilities talk about their perceptions of sex. *Journal of Intellectual Disability Research: JIDR*, 57(3), 240–249. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2011.01529.x>
- Borawska-Charko, M., Rohleder, P., & Finlay, W. M. L. (2016). The Sexual Health Knowledge of People with Intellectual Disabilities: a Review. *Sexuality Research and Social Policy*, 1–17. <https://doi.org/10.1007/s13178-016-0267-4>
- Scalon, D. (2013) *Boston College Education and Training in Autism and Developmental Disabilities*, 50(1), 3–16.
- Caballero, L., Gil-Llario, MD., Morell, V., Fernández, O. y Gil, B. (2017, abril). Actitudes de la población general hacía las relaciones sexuales de las personas con diversidad funcional: variables moduladoras. Comunicación presentada en el *XXIV Congreso Internacional de Psicología INFAD “La psicología hoy. Retos, logros y perspectivas de futuro.”* Almería, España.
- Campo, M. I. (2003). Aspectos de las relaciones afectivas y sexuales en personas con discapacidad intelectual. *Información Psicológica*, 83, 15-19
- Cantón-Cortés, D; y Cortés, MR.(2015). Consecuencias del abuso sexual infantil: una revisión de las variables intervinientes *Anales de Psicología*, vol. 31, núm. 2, mayo, 2015, pp. 552-561 Universidad de Murcia.
- Cendra, J. (2014). *Escuela de Bienestar. Para familias con personas con discapacidad intelectual*. Unidad de Atención a Víctimas con Discapacidad Intelectual (UAVDI). [http:// discapacidad.fundacionmapfre.org](http://discapacidad.fundacionmapfre.org).
- Cirilo, S. (2012). Malos padres. *Modelos de intervención para a recuperación de la capacidad de ser madre y ser padre*. Gedisa.
- Civit, G. V., & Galindo, L. (2012). Discapacidad intelectual y violencia de género: programa integral de intervención. *Acción Psicológica*, 9 (1), 101–114.

- Cobo, C. (Coord.). (2012). *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* [versión electrónica]. Recuperado el 17 de enero de 2014 de: http://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/Personas_Discapacidad_Protocolo_sobre_relaciones_interpersonales_y_sexualidad_pdint.pdf
- Coleman, J. M., Brunell, A. B., & Haugen, I. M. (2015). Multiple Forms of Prejudice: How Gender and Disability Stereotypes Influence Judgments of Disabled Women and Men. *Current Psychology*, 34 (1), 177–189. <https://doi.org/10.1007/s12144-014-9250-5>
- Cuskelly, M., y Bryde, R. (2004). Attitudes towards the sexuality of adults with an intellectual disability: Parents, support staff, and a community sample. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 29, 255-264.
- Cuskelly, M., y Gilmore, L. (2007). Attitudes of sexuality Questionnaire (Individuals with an intellectual disability): Scale development and community norms. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 32, 214-221.
- De la Cruz, C. (2003). Educación de las Sexualidades: los puntos de partida de la educación sexual. *Revista Española de Sexología*, Nº119. Madrid: Instituto de sexología.
- Díaz, I., Gil, M.D., Ballester, A., Morell, V. y Molero, R. (2014). Conocimientos, comportamiento y actitudes sexuales en adultos con discapacidad intelectual. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(3), 415-422.
- Díaz-Rodríguez, I., Gil-Llario, M. D., Morell-Mengual, V., Salmerón-Sánchez, P., & Ruiz-Palomino, E. (2016). Actitudes hacia la sexualidad: ¿difieren las personas con discapacidad intelectual de la población general? *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(1), 8.
- Eastgate, G. (2008). Sexual health for people with intellectual disability. *Salud pública de México*, 50, 255-259.

- Echeburúa, E. y De Corral, P. (2006). Secuelas emocionales en víctimas de abuso sexuales en la infancia. *Cuadernos de Medicina Forense*, 12 (43-44).
- Esterle, M., Sastre, M. T. M., & Mullet, E. (2008). Judging the Acceptability of Sexual Intercourse Among People with Learning Disabilities: French Laypeople's Viewpoint. *Sexuality and Disability*, 26(4), 219–227. <https://doi.org/10.1007/s11195-008-9093-9>
- Faulkner, A. H & Craston, K. (1998). Correlates of same-sexsexual behavior in a random sample of Massachusetts high school students. *American Journal of Public Health*, 88, 262-266.
- Fergusson, D.M., Horwood, J. & Beautrais, A.L. (1999). Is sexual orientation related to mental health problems and suicidality in young people? *Archives of general Psychiatry*, 56, 876-880.
- Fierro, A. (2000). El sexo de los ángeles. En J. R. Amor (Ed.), *Sexualidad y personas con discapacidad psíquica*. II Conferencia Nacional (pp. 51-64). Madrid: FEAPS.
- Fitzgerald, C., & Withers, P. (2013). “I don”t know what a proper woman means’: what women with intellectual disabilities think about sex, sexuality and themselves. *British Journal of Learning Disabilities*, 41(1), 5–12. <https://doi.org/10.1111/j.1468-3156.2011.00715.x>
- Foch-New, G., Clements, P.T., Barol, B., Faulkner, M.J y Pekala, K. (2008). Persons with developmental disabilities exposed to interpersonal violence and crime: strategies and guidance for assessment. *Perspectives in Psychiatric Care*, 44 (1), 3-13.
- Franco, D. G., Cardoso, J., & Neto, I. (2012). Attitudes Towards Affectivity and Sexuality of People with Intellectual Disability. *Sexuality and Disability*, 30(3), 261–287. <https://doi.org/10.1007/s11195-012-9260-x>
- Galea, J., Butler, J., Iacono, T. y Leighton, D. (2004). The assessment of sexual knowledge in people with intellectual disability. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 29 (4), 350-365.

- García, J.L. (2006). Síndrome de Down y Homosexualidad. *Revista Española de Síndrome de Down*, 32,38-39.
- García, M. (2011). Educación sexual y mediación. Recuperado el 25 de febrero de 2017 del sitio web del instituto de sexología: <http://www.institutodesexologia.org/es.html>
- García Ruiz, M. (2009). *Guía de educación sexual y discapacidad*.
- García-Viniegras C., González M. (2007). Bienestar psicológico y cáncer de mama. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 27: 72-80.
- Garofalo, R., Wolf, C., Kessel, S., et al. (1998). R. The association between health risk behaviours and sexual orientation among a school-based sample of adolescent. *Pediatrics*, 101, 895-902.
- Gil-Llario, M.D. y Díaz-Rodríguez, I. (2013). *Análisis del comportamiento sexual, así como de las necesidades y los deseos sexuales de un colectivo de discapacitados intelectuales adultos*. Publicaciones de la Universitat de València.
- Giménez, C., Gil-Llario, MD., Ruíz, E. y Díaz, I. (2017, abril). Abuso sexual y discapacidad intelectual: como identifican y valoran la experiencia las personas con discapacidad intelectual y los profesionales que les atienden. Comunicación presentada en el *XXIV Congreso internacional de psicología INFAD "La psicología hoy. Retos, logros y perspectivas de futuro"*. Almería, España.
- Gilmore, L., & Chambers, B. (2010). Intellectual disability and sexuality: Attitudes of disability support staff and leisure industry employees. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 35(1), 22–28. <https://doi.org/10.3109/13668250903496344>
- Gómez L. E., Verdugo M. A., Arias B, & Irurtia M. J. (2011). *Evaluación de los derechos de las personas con discapacidad intelectual: estudio preliminar*, 19, 207–222.
- Gorgueta Pi, I. (2008). *Comportamiento sexual humano*. Editorial Oriente, Santiago de Cuba.

- Guadarrama, N. Z. N., & González, A. I. H. (2013). Influencia de las actitudes de los padres ante la educación sexual y la discapacidad intelectual. *Psicología y Salud*, 22 (2), 195–203.
- Gürol, A., Polat, S., & Oran, T. (2014). Views of Mothers Having Children with Intellectual Disability Regarding Sexual Education: A Qualitative Study. *Sexuality and Disability*, 32(2), 123–133. <https://doi.org/10.1007/s11195-014-9338-8>
- Gust, D. A., Wang, S. A., Grot, J., Ransom, R. y Levine, W. C. (2003). National survey of sexual behavior and sexual behavior policies in facilities for individuals with mental retardation/developmental disabilities. *Mental Retardation*, 41 (5), 365-373.
- Hasson-Ohayon, I., Hertz, I., Vilchinsky, N. y Kravetz, S. (2014). Attitudes toward the sexuality of persons with physical versus psychiatric disabilities. *Rehabilitation Psychology*, 59(2), 236-241.
- Haavio-Manilla, E. y Kontula, O. (1997). Correlates of increased sexual satisfaction. *Archives of Sexual Behavior*, 26, 399-418
- Heinz, L. C. & Grant, P. R. (2003). A process evaluation of a parenting group for parents with intellectual disabilities. *Evaluation & Program Planning*, 26, 263-274. doi: 10.1016/S0149-7189(03)00030-2
- Hollins, S. y Sinason, Vv. (2000). *Psychotherapy, learning disabilities and trauma: new perspectives*, 176, 32-36.
- Instituto nacional de Estadística (2008). Encuesta sobre Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia EDAD). Recuperado el 13 de marzo de 2017 de <http://www.ine.es/prensa/np524.pdf>
- Isler, A., Beytut, D., Tas, F., & Conk, Z. (2009). A study on sexuality with the parents of adolescents with intellectual disability. *Sexuality & Disability*, 27, 229-237. doi: 10.1007/s11195-009-9130-3.
- Jinnah, H. A. & Stoneman, Z. (2008). Parents' experiences in seeking child care for school age children with disabilities—where does the system break down? *Child & Youth Services Review*, 30, 967-977. doi: 10.1016/j.chilyouth.2007.11.020

- Kazanowski Z.: (2011). Przemiany pokoleniowe postaw wobec osób upośledzonych umysłowo (*Generational transformations of attitudes towards intellectually disabled persons*). UMCS, Lublin.
- Katz, S., Shemesh, T. y Bizman, A. (2000). Attitudes of university students towards the sexuality of persons with mental retardation and persons with paraplegia. *British Journal Developmental Disabilities*, 46: 109-117.
- Kedde, H. & Berlo, W. (2006). Sexual satisfaction and sexual self images of people with physical disabilities in the Netherlands. *Sexuality and Disability*, 24, 53-68.
- Kok, G., & Akyuz, A. (2015). Evaluation of Effectiveness of Parent Health Education About the Sexual Developments of Adolescents with Intellectual Disabilities. *Sexuality and Disability*, 33(2), 157–174. <https://doi.org/10.1007/s11195-015-9400-1>
- Latzman, N. E. y Latzman, R. D. (2013). Exploring the link between child sexual abuse and sexually intrusive behaviors: the moderating role of caregiver discipline strategy. *Journal of Child and Family Studies*, 1-11.
- Lennox, N., et al. (2005) Management Guidelines: Developmental Disability, 2nd edn. *Therapeutic Guidelines Ltd.*, Melbourne, Australia.
- Löfgren-Martenson, L. (2004). May I? About sexuality and love in the new generation with intellectual disabilities. *Sexuality and Disability*, 22 (3), 197-207.
- Löfgren-Martenson, L. (2004). May I? About sexuality and love in the new generation with intellectual disabilities. *Sexuality and Disability*, 22 (3), 197-207.
- Löfgren-Mårtenson, L. (2008). The Invisibility of Young Homosexual Women and Men with Intellectual Disabilities. *Sexuality and Disability*, 27(1), 21–26. <https://doi.org/10.1007/s11195-008-9101-0>
- López, F. (2002). *Sexo y afecto en personas con discapacidad*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- López F. (2009). *Educación sexual y discapacidad*. Presentado en el III Congreso “La Atención a la Diversidad en el Sistema Educativo,” Universidad de Salamanca. Instituto Universitario de Integración en la Comunidad (INICO).

- López F. (2011). Guía para el desarrollo de la afectividad y de la sexualidad de las personas con discapacidad intelectual. Recuperado el 18 de julio de 2016, July <http://sid.usal.es/idocs/F8/FDO26070/Gu%C3%ADa%20afectividad%20felix%20lopez.pdf>
- Lund, E. M., & Johnson, B. A. (2015). Asexuality and Disability: Strange but Compatible Bedfellows. *Sexuality and Disability*, 33(1), 123–132. <https://doi.org/10.1007/s11195-014-9378-0>
- Masters, W. H., Johnson, V. E., & Kolodny, R. C. (1997). *La sexualidad humana*. Grijalbo.
- Mayoral, J. M., López, F., Morentin, R., & Arias, B. (2012). Afectividad y sexualidad en personas con discapacidad intelectual. Una propuesta de trabajo. Recuperado el 14 de septiembre de 2016 de , <http://riberdis.cedd.net/handle/11181/3127>
- McCarthy, M. (2010). Exercising choice and control – women with learning disabilities and contraception. *British Journal of Learning Disabilities*, 38(4), 293–302. <https://doi.org/10.1111/j.1468-3156.2009.00605>.
- McGuire, B. E., & Bayley, A. A. (2011). Relationships, sexuality and decision-making capacity in people with an intellectual disability. *Current Opinion in Psychiatry*, 24(5), 398–402. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e328349bbcb>
- Miron, J.A., Alonso, M., Serrano, A. y Saenz, M.C. (2008). Calidad de vida relacionada con la salud en personas con discapacidad intelectual en España. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 24 (5): 336–44.
- Morales, G. E., López, E. O., Charles, D. J., Tuero, Z. del C., & Mullet, E. (2011). Actitudes hacia la sexualidad de las personas con discapacidad intelectual. *CIENCIA-UANL*, 15 (4), 436–444.
- Morentin, R., Arias, B., Rodríguez, J. M. y Aguado, A. L. (2006). Pautas para el desarrollo de programas eficaces de educación afectivo-sexual en personas con discapacidad intelectual. *Siglo Cero*, 37 (217), 41-58.

- Murphy, G.H., O'Callaghan, A.C. & Clare, I.C.H. (2007). The impact of alleged abuse on behavior in adults with severe intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 31, 175-180.
- Munro, J. D. (2011). A positive couple therapy model: improving relationships for people with intellectual disabilities. *Advances in Mental Health and Intellectual Disabilities*, 5(5), 34–39.
<https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1108/20441281111180646>
- Murúa F. (2015). El derecho a la toma de decisiones en materia de salud sexual de las mujeres con discapacidad desde la óptica de la violencia y la opresión de grupo; algunos avances en *C.A.B.A.*, 12, 116–130.
- Noonan, A., & Gomez, M. T. (2010). Who's Missing? Awareness of Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender People with Intellectual Disability. *Sexuality and Disability*, 29(2), 175–180. <https://doi.org/10.1007/s11195-010-9175-3>
- Olavarrieta, S., Darín, L., Suárez, P., Tur, N., Besteiro, B. y Gómez-Jarabo, G. (2013). Actitudes hacia la sexualidad, esterilización, maternidad/paternidad y habilidades de crianza de personas con discapacidad intelectual: un estudio preliminar. *Siglo Cero*, 44 (4), 55-69.
- O'Callaghan, A., Murphy, G., & Clare, I. (2003). The impact of abuse on men and women with severe learning disabilities and their families. *British Journal of Intellectual Disability Research*, 51, 741-749.
- Oliva, L., y Calderon, M. (2010). Elaboración de una escala de actitudes respecto a la sexualidad de personas con discapacidad mental. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 13 (4).
- Oliver, S. y Rodriguez, E. (2006). Ser Homosexual y vivir con discapacidad. La doble exclusión. Recuperado el 28 de febrero de 2017 de: <http://lgtbdiscapacidad.blogspot.com.es/2008/12/ser-homosexual-y-yvivir-con-discapacidad.html>
- Organización Mundial de la Salud (2011). Informe mundial sobre la discapacidad. Recuperado el 13 de marzo de 2017 de

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70672/1/WHO_NMH_VIP_11.03_spa.pdf

Organización Mundial de la Salud (2006). Defining sexual health. Report of a technical consultation on sexual health. Retrieved July 18, 2016, from http://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/defining_sexual_health.pdf

Parchomiuk, M. (2012a). Model of Intellectual Disability and the Relationship of Attitudes Towards the Sexuality of Persons with an Intellectual Disability. *Sexuality and Disability*, 31(2), 125–139. <https://doi.org/10.1007/s11195-012-9285-1>

Parchomiuk, M. (2012b). Specialists and Sexuality of Individuals with Disability. *Sexuality and Disability*, 30(4), 407–419. <https://doi.org/10.1007/s11195-011-9249-x>

Parchomiuk, M. (2013). Model of Intellectual Disability and the Relationship of Attitudes Towards the Sexuality of Persons with an Intellectual Disability. *Sexuality and Disability*, 31 (2), 125–139. <http://doi.org/10.1007/s11195-012-9285-1>

Parra, N. y Oliva, M. (2015). Sexualidades diversas. *Manual para la atención de la diversidad sexual en las personas con discapacidad intelectual o del desarrollo*. Canarias: FEAPS.

Perrone, R. y Nannini, M. (2007). *Violencia y abusos sexuales en la familia. Una visión sistémica de las conductas sociales violentas*. Paidós Terapia Familiar.

Polo, M. y López-Justicia, M. (2006). Actitudes hacia las personas con discapacidad de estudiantes de la Universidad de Granada. *Revista Española de Orientación y Psicopedagogía*, 17 (2), 165-211.

Powell, R. M., Parish, S. L., & Akobirshoev, I. (2016). Health of Young Children Whose Mothers Have Intellectual Disability. *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities*, 121(4), 281–294. <https://doi.org/10.1352/1944-7558-121.4.281>

- Pownall, J. D., Jahoda, A., & Hastings, R. P. (2012). Sexuality and sex education of adolescents with intellectual disability: mothers' attitudes, experiences, and support needs. *Intellectual and Developmental Disabilities, 50*(2), 140–154. <https://doi.org/10.1352/1934-9556-50.2.140>
- Pozueta Fernández I, Ibáñez Espinal R. *Sexualidad infantil y del adolescente como elemento de salud*. En: AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría 2005. Madrid: Exlibris Ediciones; 2005. p. 245-251.
- Rodríguez , O. (2010). Relación entre satisfacción sexual, ansiedad y prácticas sexuales. *Pensamiento psicológico, vol.7*, 41-52.
- Rodríguez, O. y Hernández, E. (2005). Estudio exploratorio del comportamiento sexual de los estudiantes de la Universidad Nacional de Colombia –Sede Bogotá-. (Informe de investigación proyecto Campus como Espejo de la Dirección Nacional de Bienestar). Bogotá: Universidad Nacional de Colombia
- Satchidanand, N., Gunukula, S. K., Lam, W. Y., McGuigan, D., New, I., Symons, A. B., et al. (2012). Attitudes of healthcare students and professionals toward patients with physical disability: A systematic review. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation, 91*(6), 533-545.
- Saxe, A., & Flanagan, T. (2013). Factors That Impact Support Workers' Perceptions of the Sexuality of Adults with Developmental Disabilities: A Quantitative Analysis. *Sexuality and Disability, 32*(1), 45–63. <https://doi.org/10.1007/s11195-013-9314-8>
- Seoane, J. (2012). *Es parte de la vida* [versión electrónica]. Recuperado el 24 de febrero de 2014 de: http://www.unicef.org/uruguay/spanish/Es_parte_de_la_vida_tagged.pdf
- Sequeira, H. y Hollins, S. (2008) Clinical effects of sexual abuse on people with learning disabilities. *British Journal of Psychiatry 182*, 13-19.
- Servais, L., Jacques, D., Leach, R., Conod, L., Hoyois, P., Dan, B. y Roussaux, J. P. (2002). Contraception of women with intellectual disabilities: Prevalence and determinants. *Journal of Intellectual Disability Research, 46*(2), 108-119

- Servais, L. (2006). Sexual health care in persons with intellectual disabilities. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 12, 48-56.
- Sierra, J.C., Rojas, A., Ortega, V. y Marín, J.D. (2007). Evaluación de actitudes sexuales machistas en universitarios: primeros datos psicométricos de las versiones españolas de la Double Standard Scale (DSS) y de la Rape Supportive Attitude Scale (RSAS). *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 7(1), 41-60
- Sinclair, J., Unruh, D., & Lindstrom, L. (2015). Barriers to Sexuality for Individuals with Intellectual and Developmental Disabilities: *A Literature Review* University of Oregon.
- Suriá, R. (2011). Comparative analysis of attitudes toward their classmates with disabilities. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 9, 197-216
- Schaafsma, D., Kok, G., Stoffelen, J. M., & Curfs, L. M. (2015). Identifying effective methods for teaching sex education to individuals with intellectual disabilities: A systematic review. *The Journal of Sex Research*, 52, 412-432. doi: 10.1080/00224499.2014.919373
- Scanlon, D. (2015). *Division on Autism and Developmental Disabilities*.
- Scullion, P.: (1999) Conceptualizing disability in nursing: some evidence from students and their teachers. *J. Adv. Nurs.* 29, 648–657
- Scullion, P.A.: (2010) Models of disability: their influence in nursing and potential role in challenging discrimination. *J. Adv. Nurs.* 66, 697–707
- Stoffelen, J., Kok, G., Hospers, H., & Curfs, L. M. (2013). Homosexuality among people with a mild intellectual disability: an explorative study on the lived experiences of homosexual people in the Netherlands with a mild intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 57 (3). Retrieved from <http://search.proquest.com/psychology/docview/1285206686/728C89CB3C244AAAPQ/55>

- Szollos, A. A. y McCabe, M. P. (15). The sexuality of people with mild intellectual disability: perceptions of clients and caregivers. *Australia and New Zealand Journal of Developmental Disabilities*, 20(3), 205-222.
- Remafedi, G.; French, S., Story, M., et al (1998). The relationship between suicide risk and sexual orientation: results of population-based study. *American Journal of Public Health*, 88,57-60.
- Rodríguez, J. M., López, F., Morentin, R. y Arias, B. (2006). Afectividad y sexualidad en personas con discapacidad intelectual. Una propuesta de trabajo. *Siglo Cero*, 37(217), 23-40.
- Rojas, S. (2004). Autodeterminación y calidad de vida en personas discapacitadas. Experiencias desde un hogar de grupo. Universidad Autónoma de Barcelona.
- Rushbrooke, E., Murray, C. D., & Townsend, S. (2014b). What difficulties are experienced by caregivers in relation to the sexuality of people with intellectual disabilities? *A qualitative meta-synthesis. Research in Developmental Disabilities*, 35, 871-776. doi: 10.1016/j.ridd.2014.01.012
- Tisne, L. (2010). Adolescentes con discapacidad psíquica: *Salud sexual y reproductiva. Revista Obstetricia y Ginecología, Hospital Santiago de Chile* Vol. 5(2):139-144.
- Tuero. (2010). *Propiedades algebraicas de la percepción que tienen los padres y maestros de personas con discapacidad intelectual acerca de su sexualidad (tesis de maestría)*. (Tesis de maestría). Universidad autónoma de Nuevo León, Monterrey, NL, México. Recuperado el 18 de septiembre de 2016, de, <http://cdigital.dgb.uanl.mx/te/1080194584.pdf>
- Tugut, N., Golbasi, Z., Erenel, A. S., Koc, G., & Ucar, T. (2016). A Multicenter Study of Nursing Students' Perspectives on the Sexuality of People with Disabilities. *Sexuality and Disability*, 34(4), 433–442. <https://doi.org/10.1007/s11195-016-9455-7>
- Tsang, H., Chan, F., y Chan, C. C. H. (2004) Attitudes of occupational therapy students toward placement of treatment facilities in the community: A conjoint analysis. *American Journal of Occupational Therapy*, 58, 426-434.

- Vázquez, B. (2015) Abuso sexual infantil. Evolución de la credibilidad del testimonio. *Estudio de 100 casos, Madrid, Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia, 2004*, 6, p.81.
- Verdugo, M. ángel, Alcedo, M. ángeles, Bermejo, B., & Aguado, A. L. (2002). El abuso sexual en personas con discapacidad intelectual. *Psicothema*, 14(Suplemento), 124–129.
- Wells, J., Clark, K., & Sarno, K. (2014). An interactive multimedia program to prevent HIV transmission in men with intellectual disability. *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities*, 119(3), 276–286. <https://doi.org/10.1352/1944-7558-119.3.276>
- Zárate, L. O., & Calderón Vidal, M. (2010). Elaboración de una escala de actitudes respecto a la sexualidad de personas con discapacidad mental. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 13(4). Retrieved from <http://www.revistas.unam.mx/index.php/rep/article/view/22584>

CAPÍTULO 9. Anexos

ANEXO I.

CUSEXDI

Cuestionario sobre sexualidad para personas con discapacidad intelectual
(Gil-Llario y Díaz-Rodríguez, 2013)

CÓD

SEXO: H M

EDAD:

CI:

SITUACIÓN:

CENTRO DE DÍA

RESIDENCIA

PISO TUTELADO

1. ¿Te has sentido alguna vez sexualmente atraído/a por alguien?	No Alguna vez Muchas veces
2. ¿Qué sueles hacer?	Decírselo a esa persona Decírselo a un educador Decírselo a un familiar (indicar cuál) Nada
3. ¿Has tenido pareja alguna vez? ¿Ahora tienes?	a) Sí No b) Sí No
4. ¿Cuántas parejas has tenido?	
5. ¿Cuánto tiempo has durado como máximo?	
6. ¿Te gusta alguien ahora?	Sí No
7. ¿Te suelen gustar personas del otro sexo o del tuyo?	Del otro sexo De mi mismo sexo

8. ¿Has tenido despierto/a o dormido/a fantasías o sueños sexuales?	No No me acuerdo Algunas veces Muchas veces
9. ¿Puedes contar una fantasía o un sueño que hayas tenido hace poco?	
10. ¿Te has masturbado alguna vez?	Sí No
11. ¿A qué edad empezaste?	
12. ¿Con qué frecuencia lo haces?	Una vez al día o más Muchas veces a la semana (3-5) Algunas veces a la semana (1-2) Algunas veces al mes (1-2) Algunas veces al año (3-4) Nunca
13. ¿Has tenido alguna vez relaciones sexuales?	Sí No
14. ¿De qué tipo? (se puede señalar más de una)	Besos Caricias en genitales (se incluye pecho) Sexo oral Sexo vaginal Sexo anal Otro (indicar)
15. ¿Sabes qué son los anticonceptivos?	Sí No

<p>16. ¿Alguien te ha dicho que debes utilizarlos si tienes relaciones sexuales? ¿Quién?</p>	<p>Nadie</p> <p>Mis padres</p> <p>Otros familiares (indicar quién)</p> <p>Educadores</p> <p>Compañeros/Amigos</p>
<p>17. ¿Utilizas anticonceptivos? ¿Cuál?</p>	<p>No</p> <p>No lo sé</p> <p>Preservativos</p> <p>Pastillas</p> <p>Parche</p> <p>Me ponen una inyección</p> <p>DIU</p> <p>Otro:</p>
<p>18. ¿Alguien te ha hablado sobre sexualidad sin que tú le preguntaras? ¿Quién?</p>	<p>Nadie</p> <p>Mis padres</p> <p>Otros familiares (indicar quién)</p> <p>Educadores</p> <p>Compañeros/Amigos</p> <p>Otro:</p>
<p>19. ¿Qué edad tenías cuando alguien te habló por primera vez de sexualidad?</p>	
<p>20. ¿Le has preguntado a alguien sobre sexualidad? ¿A quién?</p>	<p>A nadie</p> <p>A mis padres</p> <p>A otros familiares (indicar quién)</p> <p>A educadores</p>

	A compañeros/amigos
21. ¿Cómo te sentiste?	-Bien, volveré a preguntar -Me dio mucha vergüenza preguntar pero volvería a hacerlo porque me convenció de que no estaba mal preguntar -No volveré a preguntar porque me dijo que eran cosas sucias y no debía pensar en eso
22. ¿Te gustaría hablar más sobre sexualidad?	Sí No
23. ¿Alguna vez alguien ha intentado tener relaciones sexuales contigo a pesar de que tú no quisieras?	Sí No
24. ¿Te hizo daño?	Sí No
25. ¿Se lo dijiste a alguien?	Sí No
26. ¿A quién?	A mi madre A mi padre A otro familiar: _____ A un/a educador/a A un/a amigo/a
27. ¿Cómo reaccionó?	Me riñó y dijo que yo tenía la culpa Me dijo que no me preocupara y lo arregló todo No se lo creyó

28. ¿Desde entonces has cambiado? ¿Sientes miedo, enfado, etc. cuando sale el tema del sexo?	Sí No Siento _____
29. ¿Tus padres te dejarían tener novio/a? ¿Por qué?	Sí No Porque yo no puedo hacer esas cosas Porque está mal Claro que sí, como todo el mundo
30. ¿Te gustaría tener novio/a?	Sí Nunca Más adelante quizá
31. ¿Tienes alguna pregunta que quieras hacer sobre sexualidad?	
32. Edad primera menstruación	
33. Edad inicio primeros síntomas de pubertad	
34. ¿Cuál es tu nivel de satisfacción sexual?	1-2 Nada satisfactorio 3-4 Poco satisfactorio 5-6 Ni satisfactorio/Ni no satisfactorio 7-8 Bastante Satisfactorio 9-10 Completamente satisfactorio

ANEXO II.

POS. PERCEPCIÓN DE LA SEXUALIDAD

(Bowman, Morris, Scotti and Slack, 1996).

1)No aceptable en absoluto 2) Nada aceptable 3) No estoy seguro se si es o no es aceptable
4)Aceptable 5)Muy aceptable

- 1.) Abrazarse en público con una pareja del sexo opuesto.
- 2.) Abrazarse en privado con una pareja del sexo opuesto.
- 3.) Abrazarse en público con una pareja del mismo sexo.
- 4.) Abrazarse en privado con una pareja del mismo sexo.
- 5.) Beso breve (pico) en público con una pareja del sexo opuesto.
- 6.) Beso breve (pico) en privado con una pareja del sexo opuesto.
- 7.) Beso breve (pico) en público con una pareja del mismo sexo.
- 8.) Beso breve (pico) en privado con una pareja del mismo sexo.
- 9.) Beso largo (con lengua) en público con una pareja del sexo opuesto
- 10.) Beso largo (con lengua) en privado con una pareja del sexo opuesto
- 11.) Beso largo (con lengua) en público con una pareja del mismo sexo
- 12.) Beso largo (con lengua) en privado con una pareja del mismo sexo
- 13.) Acariciar a una pareja del sexo opuesto
- 14.) Acariciar a una pareja del mismo sexo.
- 15.) Masturbación mutua con una pareja del sexo opuesto.
- 16.) Masturbación mutua con una pareja del mismo sexo.
- 17.) Penetración vaginal con preservativo con una pareja del sexo opuesto.
- 18.) Penetración vaginal sin preservativo con una pareja del sexo opuesto.
- 19.) Penetración vaginal con preservativo con una pareja del mismo sexo.
- 20.) Penetración vaginal sin preservativo con una pareja del mismo sexo.
- 21.) Sexo oral con preservativo con una pareja del sexo opuesto .
- 22.) Sexo oral sin preservativo con una pareja del sexo opuesto.
- 23.) Sexo oral con preservativo con una pareja del mismo sexo.
- 24.) Sexo oral sin preservativo con una pareja del mismo sexo.
- 25.) Sexo anal con preservativo con una pareja del sexo opuesto
- 26.) Sexo anal sin preservativo con una pareja del sexo opuesto
- 27.) Sexo anal con preservativo con una pareja del mismo sexo.
- 28.) Sexo anal sin preservativo con una pareja del sexo opuesto.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28

ANEXO III.

DASH-II
(Novell, 1999).

SUJETO			
ANSIEDAD			
4. Busca protección en el personal asistencial o en personas conocidas cuando se enfrenta a ciertos objetos o situaciones			
15. Huye o se esconde ante determinados objetos o situaciones			
25. Lloro cuando se enfrenta a ciertos objetos o situaciones.			
35. Se agita o llora cuando se le separa de gente conocida.			
63. Tiembla o se agita sin razón aparente.			
67. La respiración se vuelve más fuerte o agitada cuando se enfrenta a determinados objetos o situaciones			
71. Tiembla o se agita cuando se enfrenta a ciertos objetos o situaciones.			
74. Suda visiblemente cuando se enfrenta a ciertos objetos o situaciones.			
DEPRESION			
6. Manifiesta quejas psíquicas.			
9. Está inquieto o agitado.			

14. Tiene dificultad para mantenerse despierto durante el día.			
18. Tiene poco apetito.			
19. Se despierta frecuentemente durante la noche.			
24. Se queja cuando no tiene cosas para hacer o entretenerse.			
26. Está quejoso o irritable			
34. El habla o la producción de sonidos está enlentecida o faltada de emoción.			
39. Tiene dificultad para conciliar el sueño			
48. Tiene un gran apetito			
53. Responde con más lentitud que habitualmente (por ejemplo respuesta retardada o se mueve lentamente).			
57. Ha perdido el interés por su actividad u objeto favorito.			
70. Manifiesta quejas físicas sin causa justificada.			
72. Se queja por la ausencia de determinadas personas.			
80. Llora fácilmente o sin razón aparente.			
CONDUCTA AUTO-AGRESIVA			
2. Golpea su cabeza contra objetos.			
54. Se hurga en llagas o heridas			
61. Se muerde a sí mismo.			
81. Se arranca el pelo.			

84. Se pega a sí mismo.			
TRASTORNOS DEL SUEÑO			
14. Tiene dificultad para mantenerse despierto durante el día.			
19. Se despierta frecuentemente durante la noche.			
39. Tiene dificultad para conciliar el sueño			
40. Es sonámbulo.			
79. Se despierta llorando o gritando			
TRASTORNOS DE LA CONDUCTA SEXUAL			
3. Se desnuda o se exhibe en público deliberadamente.			
27. Toca o acaricia inapropiadamente a otros.			
46. Se masturba en público			

ANEXO IV.

ESCALA INICO-FEAPS. Evaluación integral de la calidad de vida de personas con discapacidad o del desarrollo.

(Verdugo et al., 2013)

	Día	Mes	Año
Fecha de aplicación			
Fecha de nacimiento			

DATOS DE LA PERSONA EVALUADA

Nombre y Apellidos :

Dirección :

Localidad :

Código postal:

Provincia:

Teléfono:

DATOS DEL INFORMADOR PRINCIPAL

Nombre de la persona que completa el cuestionario:

Puesto de trabajo:

Agencia/Afiliación:

Dirección:

E-mail:

Teléfono:

DATOS DE OTROS INFORMANTES

Nombre de otros informantes:

Relación con la persona:

INFORME DE OTRAS PERSONAS

INSTRUCCIONES

CLAVE DE RESPUESTA

“N” = Nunca; “A” = Algunas veces; “F” = Frecuentemente; “S” = Siempre

AUTODETERMINACIÓN

	N	A	F	S
1. Utiliza el transporte público (autobús, tren, taxi...) por sí mismo/a (sin supervisión)	1	2	3	4
2. Decide quién entra en sus espacios de intimidad	1	2	3	4
3. Participa en las decisiones que toman en su casa	1	2	3	4
4. Elige la ropa que se compra	1	2	3	4
5. Otra persona decide la ropa que se pone cada día	4	3	2	1
6. Otra persona elige las actividades que hace en su tiempo libre	4	3	2	1
7. Valora las posibles consecuencias antes de tomar una decisión	1	2	3	4
8. Carece de metas, objetivos e intereses personales	4	3	2	1
9. Expresa sus preferencias, de modo verbal o gestual, cuando le permiten elegir	1	2	3	4

DERECHOS

	N	A	F	S
10. Le permiten participar en el diseño de su plan individual	1	2	3	4
11. Vulnera la propiedad y los derechos de otras personas	4	3	2	1
12. Las personas que le rodean respetan su intimidad (e.g., llaman a la puerta antes de entrar)	1	2	3	4
13. Dispone de un lugar donde puede estar solo/a si quiere	1	2	3	4
14. Cogen sus cosas sin pedirle permiso	4	3	2	1
15. En el centro se protege la confidencialidad de forma adecuada	1	2	3	4
16. Le proporcionan información acerca de las actividades de su programa individual	1	2	3	4
17. Se le ha informado sobre sus derechos	1	2	3	4
18. Le resulta difícil saber cuando sus acciones pueden causarle problemas legales	4	3	2	1

BIENESTAR EMOCIONAL

	N	A	F	S
19. Presenta síntomas de depresión	4	3	2	1
20. Se muestra sin ganas de hacer nada	4	3	2	1
21. Presenta síntomas de ansiedad	4	3	2	1
22. Tiene problemas de comportamiento	4	3	2	1
23. Se muestra seguro/a de sí mismo/a	1	2	3	4
24. Se muestra satisfecho/a con lo que puede hacer en el futuro	1	2	3	4
25. Se muestra orgulloso/a de sí mismo/a	1	2	3	4
26. Manifiesta deseos de cambiar su modo de vida	4	3	2	1

27. Disfruta de las cosas que hace	1	2	3	4
------------------------------------	---	---	---	---

INCLUSION SOCIAL

	N	A	F	S
28.Participa en conversaciones con otras personas sobre temas de interés compartido	1	2	3	4
29.Acude sin problemas a lugares de su comunidad (e.g.,bares, tiendas, piscina..)	1	2	3	4
30.Tiene amigos/as que no tienen ninguna discapacidad	1	2	3	4
31.Está excluido/a en su grupo de trabajo, de ocio o de amigos/as	4	3	2	1
32.Le resulta difícil realizar actividades con personas sin discapacidad	4	3	2	1
33.Recibe los apoyos que necesita para hacer bien su trabajo/tarea	1	2	3	4
34.Hay pocas personas dispuestas a ayudarle cuando lo necesita	4	3	2	1
35.Se reconocen sus méritos, capacidades, aportaciones y habilidades	1	2	3	4
36.Las personas que le rodean tienen una imagen negativa de él/ella	4	3	2	1

DESARROLLO PERSONAL

	N	A	F	S
37.Tiene posibilidad de aprender aquello que le interesa	1	2	3	4
38.Tiene un programa individual adaptado a sus preferencias	1	2	3	4
39.Se le proporcionan actividades de formación que fomentan su autonomía	1	2	3	4
40.Carece de oportunidades para aprender cosas nuevas	4	3	2	1
41.Desarrollo su trabajo/tarea de modo competente y responsable	1	2	3	4
42.Muestra dificultades para resolver problemas	4	3	2	1
43.Maneja su propio dinero	1	2	3	4
44.Se viste de forma apropiada, dependiendo de la ocasión	1	2	3	4
45.Carece de las ayudas técnicas personales que necesita	4	3	2	1

RELACIONES INTERPERSONALES

	N	A	F	S
46.Muestra dificultades para tener o mantener una pareja	4	3	2	1
47.Manifiesta tener dificultades para mantener relaciones sexuales-afectivas	4	3	2	1
48.Tiene pocos amigos/as con los que salir a divertirse	4	3	2	1
49.Tiene amigos/as que le escuchan cuando tiene algún problema	1	2	3	4
50.Muestra emociones/sentimientos de manera adecuada	1	2	3	4
51.Sus relaciones con los compañeros del centro/trabajo son buenas	1	2	3	4
52.Tiene buena relación con personas de distintas edades	1	2	3	4
53.La mayoría de las personas disfrutan de su compañía	1	2	3	4
54. Llama, escribe o visita a las personas que aprecia	1	2	3	4

BIENESTAR MATERIAL

	N	A	F	S
55. Carece de dinero para comprar las cosas que necesita	4	3	2	1
56. Ahorra para poder comprar cosas especiales (e.g., un regalo, ropa especial, etc)	1	2	3	4
57. El lugar donde vive en incómodo o peligroso	4	3	2	1
58. El lugar donde trabaja (o donde realiza algún tipo de actividad) es incómodo o peligroso	4	3	2	1
59. Tiene acceso a la información que le interesa (periódico, televisión, internet, revistas..)	1	2	3	4
60. Tiene acceso a nuevas tecnologías (e.g., teléfono móvil, internet..)	1	2	3	4
61. Tiene las cosas que necesita para desarrollar sus aficiones	1	2	3	4
62. Carece de lo necesario para vivir de forma digna	4	3	2	1
63. Dispone de los servicios y apoyos que necesita	1	2	3	4

BIENESTAR FÍSICO

	N	A	F	S
64. Descansa lo suficiente	1	2	3	4
65. Lleva ropa sucia	4	3	2	1
66. Tiene malos hábitos de higiene	4	3	2	1
67. Realiza deporte o actividades de ocio	1	2	3	4
68. Toma la medicación como se le indica	1	2	3	4
69. Cuando no se encuentra bien, se lo dice a otras personas	1	2	3	4
70. Recibe una atención adecuada en los servicios de salud	1	2	3	4
71. Se realiza reconocimientos médicos (e.g., dentista, oculista..)	1	2	3	4
72. Cuida su peso	1	2	3	4

AUTOINFORME

INSTRUCCIONES

Hola (nombre de la persona), quiero que pienses sobre tu vida en general, en los lugares en los que vives, trabajas y te diviertes, sobre tu familia, tus amigos y los profesionales que conoces.

Después me vas a decir cómo te sientes en la relación con todo ello.

Ten en cuenta que no hay respuestas correctas ni incorrectas.

Sólo quiero saber cómo te sientes y en qué piensas sobre estos aspectos y que respondas sinceramente.

Antes de comenzar con las preguntas, vamos a dedicar algo de tiempo a las opciones de respuesta que puedes utilizar.

Para responder a cada pregunta, puedes elegir cuatro posibilidades:

“Nunca”: si ningún día te ocurre lo que se dice en la pregunta.

“Algunas veces”: Si lo que se dice en la frase te ocurre alguna vez, pero no la mayoría de las veces (es decir, con poca frecuencia; por ejemplo, algún día que otro).

“Frecuentemente”: Si lo que dice en la frase te ocurre la mayoría de las veces (es decir, con mucha frecuencia; por ejemplo, casi todos los días).

“Siempre”: si lo que dice la pregunta te ocurre siempre (por ejemplo, todos los días).

Una vez entendidas las opciones de respuesta, te presentamos una serie de preguntas acerca de tu vida. Tacha con una cruz la respuesta que consideras que mejor te describe.

Recuerda que no existen respuestas correctas o incorrectas, y que tus respuestas se utilizarán solo con el objetivo de tratar de mejorar aquellas cosas que te disgustan.

Por favor, no dejes ninguna pregunta en blanco.

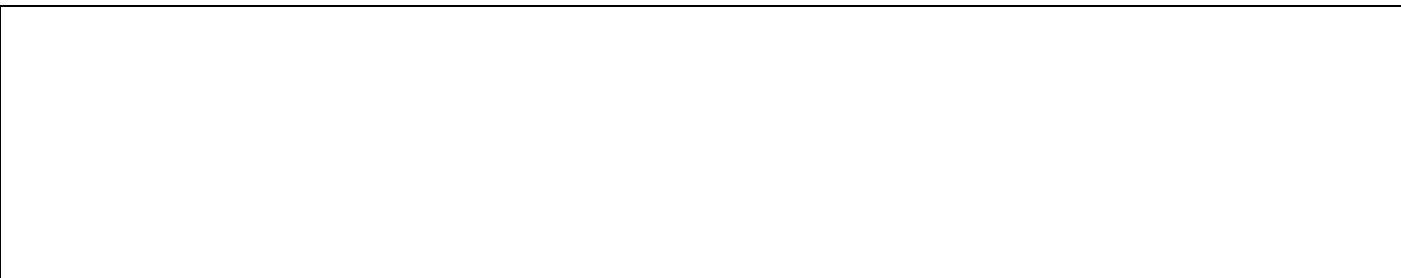
CLAVE DE RESPUESTA

“N” = Nunca; “A” = Algunas veces; “F” = Frecuentemente; “S” = Siempre

AUTODETERMINACIÓN	N	A	F	S
1. Utilizo el transporte público (autobús, tren, taxi...) por sí mismo/a (sin supervisión)	1	2	3	4
2. Decido quién entra en sus espacios de intimidad	1	2	3	4
3. Participo en las decisiones que se toman en su casa	1	2	3	4
4. Elijo la ropa que me compra	1	2	3	4
5. Otra persona decide la ropa que me pongo cada día	4	3	2	1
6. Otra persona elige las actividades que hago en mi tiempo libre	4	3	2	1
7. Valoro las posibles consecuencias antes de tomar una decisión	1	2	3	4
8. Hago planes para llevar a cabo los proyectos que me interesan	1	2	3	4
9. Expreso mis preferencias, cuando me permiten elegir	1	2	3	4
DERECHOS	N	A	F	S
10. Me permiten participar en el diseño de mi plan individual	1	2	3	4
11. Respeto la propiedad y los derechos de otras personas	1	2	3	1
12. Las personas que me rodean respetan mi intimidad (e.g., llaman a la puerta antes de entrar)	1	2	3	4
13. Dispongo de un lugar donde puedo estar solo/a si quiero	1	2	3	4

14. Cogen mis cosas sin pedirme permiso	4	3	2	1
15. Mis monitores cuentan a otras personas las cosas que les digo(comentarios privados que les hago)	4	3	2	1
16. Me proporcionan información acerca de las actividades de mi programa individual	1	2	3	4
17. Me han explicado cuáles son mis derechos	1	2	3	4
18. Me resulta difícil saber cuando mis acciones pueden causarme problemas legales	4	3	2	1
BIENESTAR EMOCIONAL	N	A	F	S
19. Tengo ganas de llorar	4	3	2	1
20. Me siento sin ganas de nada	4	3	2	1
21. Me encuentro demasiado inquieto/a nervioso/a	4	3	2	1
22. Tengo problemas de comportamiento	4	3	2	1
23. Me siento seguro/a de sí mismo/a	1	2	3	4
24. Me siento bien cuando pienso en lo que puedo hacer en el futuro	1	2	3	4
25. Me siento orgulloso/a de sí mismo/a	1	2	3	4
26. Me gustaría cambiar mi forma de vida	4	3	2	1
27. Disfruto de las cosas que hago	1	2	3	4
INCLUSION SOCIAL	N	A	F	S
28. Participo en conversaciones con otras personas sobre temas interesantes	1	2	3	4
29. Acudo sin problemas a lugares de mi comunidad (e.g., bares, tiendas, piscina..)	1	2	3	4
30. Tengo amigos/as que no tienen ninguna discapacidad	1	2	3	4
31. Me siento excluido/a en mi grupo de trabajo, de ocio o de amigos/as	4	3	2	1
32. Me resulta difícil realizar actividades con personas sin discapacidad	4	3	2	1
33. Recibo los apoyos que necesito para hacer bien mi trabajo/tarea	1	2	3	4
34. Hay pocas personas dispuestas a ayudarme cuando lo necesito	4	3	2	1
35. Cuando hago las cosas bien me lo dicen	1	2	3	4
36. Las personas que me rodean tienen una imagen negativa de mi	4	3	2	1
DESARROLLO PERSONAL	N	A	F	S
37. Me enseñan cosas que me interesan	1	2	3	4
38. Tengo un programa individual adaptado a mis preferencias	1	2	3	4
39. Aprendo cosas que me hacen ser más independiente	1	2	3	4
40. Tengo oportunidades para aprender cosas nuevas	1	2	3	4
41. Desarrollo mi trabajo/tarea de modo competente y responsable	1	2	3	4
42. Soy incapaz de resolver problemas	4	3	2	1
43. Manejo mi propio dinero	1	2	3	4
44. Me visto de forma apropiada, dependiendo de la ocasión	1	2	3	4
45. Tengo los apoyos técnicos (teclado adaptado, ratón adaptado, pictogramas, etc.) que me hacen falta	1	2	3	4

RELACIONES INTERPERSONALES	N	A	F	S
46.Tengo problemas para tener o mantener una pareja	4	3	2	1
47.Me resulta difícil mantener relaciones sexuales-afectivas	4	3	2	1
48.Tengo pocos amigos/as con los que salir a divertirse	4	3	2	1
49.Tengo amigos/as que me escuchan cuando tengo algún problema	1	2	3	4
50.Expreso mis emociones delante de mis amigos/as	1	2	3	4
51.Me llevo bien con mis compañeros/as de trabajo (o centro al que acudo)	1	2	3	4
52.Tengo buena relación con personas de distintas edades	1	2	3	4
53.A la mayoría de las personas les disgusta estar conmigo	4	3	2	1
54. Llamo, escribo o visito a las personas que aprecio	1	2	3	4
BIENESTAR MATERIAL	N	A	F	S
55.Tengo dinero para comprar las cosas que necesito	1	2	3	4
56.Ahorro para poder comprar cosas especiales (e.g., un regalo, ropa especial, etc)	1	2	3	4
57.El lugar donde vivo es incómodo o peligroso	4	3	2	1
58.El lugar donde trabajo (o donde realizo algún tipo de actividad) es incómodo o peligroso	4	3	2	1
59.Tengo acceso a la información que me interesa (periódico, televisión, internet, revistas..)	1	2	3	4
60.Es imposible para mí acceder a las nuevas tecnologías (e.g., teléfono, internet, revistas)	4	3	2	1
61.Tengo las cosas que necesito para desarrollar mis aficiones	1	2	3	4
62.Tengo lo necesario para vivir de forma digna	1	2	3	4
63.Dispongo de los servicios y apoyos que necesito	1	2	3	4
BIENESTAR FÍSICO	N	A	F	S
64.Descanso lo suficiente	1	2	3	4
65.Llevo ropa sucia	4	3	2	1
66.Tengo malos hábitos de higiene	4	3	2	1
67.Realizo deporte o actividades de ocio	1	2	3	4
68.Tomo la medicación como se me indica	1	2	3	4
69.Cuando no me encuentro bien, se lo dice a otras personas	1	2	3	4
70.Estoy contento/a con la atención que recibo en los servicios de salud	1	2	3	4
71.Me hago reconocimientos médicos (e.g., dentista, oculista..)	1	2	3	4
72.Cuido mi peso	1	2	3	4

**RELACIONES INTERPERSONALES**

	N	A	F	S
46.Muestra dificultades para tener o mantener una pareja	4	3	2	1
47.Manifiesta tener dificultades para mantener relaciones sexuales-afectivas	4	3	2	1
48.Tiene pocos amigos/as con los que salir a divertirse	4	3	2	1
49.Tiene amigos/as que le escuchan cuando tiene algún problema	1	2	3	4
50.Muestra emociones/sentimientos de manera adecuada	1	2	3	4
51.Sus relaciones con los compañeros del centro/trabajo son buenas	1	2	3	4
52.Tiene buena relación con personas de distintas edades	1	2	3	4
53.La mayoría de las personas disfrutan de su compañía	1	2	3	4
54. Llama, escribe o visita a las personas que aprecia	1	2	3	4

BIENESTAR MATERIAL

	N	A	F	S
55.Carece de dinero para comprar las cosas que necesita	4	3	2	1
56.Ahorra para poder comprar cosas especiales (e.g., un regalo, ropa especial, etc)	1	2	3	4
57.El lugar donde vive en incómodo o peligroso	4	3	2	1
58.El lugar donde trabaja (o donde realiza algún tipo de actividad) es incómodo o peligroso	4	3	2	1
59.Tiene acceso a la información que le interesa (periódico, televisión, internet, revistas..)	1	2	3	4
60.Tiene acceso a nuevas tecnologías (e.g., teléfono móvil, internet..)	1	2	3	4
61.Tiene las cosas que necesita para desarrollar sus aficiones	1	2	3	4
62.Carece de lo necesario para vivir de forma digna	4	3	2	1
63.Dispone de los servicios y apoyos que necesita	1	2	3	4

BIENESTAR FÍSICO

	N	A	F	S
64.Descansa lo suficiente	1	2	3	4
65.Lleva ropa sucia	4	3	2	1
66.Tiene malos hábitos de higiene	4	3	2	1
67.Realiza deporte o actividades de ocio	1	2	3	4
68.Toma la medicación como se le indica	1	2	3	4
69.Cuando no se encuentra bien, se lo dice a otras personas	1	2	3	4
70.Recibe una atención adecuada en los servicios de salud	1	2	3	4
71.Se realiza reconocimientos médicos (e.g., dentista, oculista..)	1	2	3	4
72.Cuida su peso	1	2	3	4

AUTOINFORME

INSTRUCCIONES

Hola (nombre de la persona), quiero que pienses sobre tu vida en general, en los lugares en los que vives, trabajas y te diviertes, sobre tu familia, tus amigos y los profesionales que conoces.

Después me vas a decir cómo te sientes en la relación con todo ello.

Ten en cuenta que no hay respuestas correctas ni incorrectas.

Sólo quiero saber cómo te sientes y en qué piensas sobre estos aspectos y que respondas sinceramente.

Antes de comenzar con las preguntas, vamos a dedicar algo de tiempo a las opciones de respuesta que puedes utilizar.

Para responder a cada pregunta, puedes elegir cuatro posibilidades:

“Nunca”: si ningún día te ocurre lo que se dice en la pregunta.

“Algunas veces”: Si lo que se dice en la frase te ocurre alguna vez, pero no la mayoría de las veces (es decir, con poca frecuencia: por ejemplo, algún día que otro).

“Frecuentemente”: Si lo que dice en la frase te ocurre la mayoría de las veces (es decir, con mucha frecuencia; por ejemplo, casi todos los días).

“Siempre”: si lo que dice la pregunta te ocurre siempre (por ejemplo, todos los días).

Una vez entendidas las opciones de respuesta, te presentamos una serie de preguntas acerca de tu vida. Tacha con una cruz la respuesta que consideras que mejor te describe.

Recuerda que no existen respuestas correctas o incorrectas, y que tus respuestas se utilizarán solo con el objetivo de tratar de mejorar aquellas cosas que te disgustan.

Por favor, no dejes ninguna pregunta en blanco.

CLAVE DE RESPUESTA

“N” = Nunca; “A” = Algunas veces; “F” = Frecuentemente; “S” = Siempre

AUTODETERMINACIÓN

	N	A	F	S
1. Utilizo el transporte público (autobús, tren, taxi...) por sí mismo/a (sin supervisión)	1	2	3	4
2. Decido quién entra en sus espacios de intimidad	1	2	3	4
3. Participo en las decisiones que se toman en su casa	1	2	3	4
4. Elijo la ropa que me compra	1	2	3	4
5. Otra persona decide la ropa que me pongo cada día	4	3	2	1
6. Otra persona elige las actividades que hago en mi tiempo libre	4	3	2	1
7. Valoro las posibles consecuencias antes de tomar una decisión	1	2	3	4
8. Hago planes para llevar a cabo los proyectos que me interesan	1	2	3	4
9. Expreso mis preferencias, cuando me permiten elegir	1	2	3	4

DERECHOS

	N	A	F	S
10. Me permiten participar en el diseño de mi plan individual	1	2	3	4

11. Respeto la propiedad y los derechos de otras personas	1	2	3	1
12.Las personas que me rodean respetan mi intimidad (e.g., llaman a la puerta antes de entrar)	1	2	3	4
13.Dispongo de un lugar donde puedo estar solo/a si quiero	1	2	3	4
14.Cogen mis cosas sin pedirme permiso	4	3	2	1
15.Mis monitores cuentan a otras personas las cosas que les digo(comentarios privados que les hago)	4	3	2	1
16.Me proporcionan información acerca de las actividades de mi programa individual	1	2	3	4
17.Me han explicado cuáles son mis derechos	1	2	3	4
18. Me resulta difícil saber cuando mis acciones pueden causarme problemas legales	4	3	2	1

BIENESTAR EMOCIONAL

	N	A	F	S
19. Tengo ganas de llorar	4	3	2	1
20.Me siento sin ganas de nada	4	3	2	1
21.Me encuentro demasiado inquieto/a nervioso/a	4	3	2	1
22.Tengo problemas de comportamiento	4	3	2	1
23.Me siento seguro/a de sí mismo/a	1	2	3	4
24.Me siento bien cuando pienso en lo que puedo hacer en el futuro	1	2	3	4
25.Me siento orgulloso/a de sí mismo/a	1	2	3	4
26. Me gustaría cambiar mi forma de vida	4	3	2	1
27. Disfruto de las cosas que hago	1	2	3	4

INCLUSION SOCIAL

	N	A	F	S
28.Participo en conversaciones con otras personas sobre temas interesantes	1	2	3	4
29.Acudo sin problemas a lugares de mi comunidad (e.g.,bares, tiendas, piscina..)	1	2	3	4
30.Tengo amigos/as que no tienen ninguna discapacidad	1	2	3	4
31.Me siento excluido/a en mi grupo de trabajo, de ocio o de amigos/as	4	3	2	1
32.Me resulta difícil realizar actividades con personas sin discapacidad	4	3	2	1
33.Recibo los apoyos que necesito para hacer bien mi trabajo/tarea	1	2	3	4
34.Hay pocas personas dispuestas a ayudarme cuando lo necesito	4	3	2	1
35.Cuando hago las cosas bien me lo dicen	1	2	3	4
36.Las personas que me rodean tienen una imagen negativa de mi	4	3	2	1

DESARROLLO PERSONAL

	N	A	F	S
37.Me enseñan cosas que me interesan	1	2	3	4
38.Tengo un programa individual adaptado a mis preferencias	1	2	3	4
39.Aprendo cosas que me hacen ser más independiente	1	2	3	4
40.Tengo oportunidades para aprender cosas nuevas	1	2	3	4
41.Desarrollo mi trabajo/tarea de modo competente y responsable	1	2	3	4
42.Soy incapaz de resolver problemas	4	3	2	1
43.Manejo mi propio dinero	1	2	3	4
44.Me visto de forma apropiada, dependiendo de la ocasión	1	2	3	4
45.Tengo los apoyos técnicos (teclado adaptado, ratón adaptado, pictogramas, etc.)que	1	2	3	4

me hacen falta

RELACIONES INTERPERSONALES	N	A	F	S
46.Tengo problemas para tener o mantener una pareja	4	3	2	1
47.Me resulta difícil mantener relaciones sexuales-afectivas	4	3	2	1
48.Tengo pocos amigos/as con los que salir a divertirse	4	3	2	1
49.Tengo amigos/as que me escuchan cuando tengo algún problema	1	2	3	4
50.Expreso mis emociones delante de mis amigos/as	1	2	3	4
51.Me llevo bien con mis compañeros/as de trabajo (o centro al que acudo)	1	2	3	4
52.Tengo buena relación con personas de distintas edades	1	2	3	4
53.A la mayoría de las personas les disgusta estar conmigo	4	3	2	1
54. Llamo, escribo o visito a las personas que aprecio	1	2	3	4

BIENESTAR MATERIAL	N	A	F	S
55.Tengo dinero para comprar las cosas que necesito	1	2	3	4
56.Ahorro para poder comprar cosas especiales (e.g., un regalo, ropa especial, etc)	1	2	3	4
57.El lugar donde vivo es incómodo o peligroso	4	3	2	1
58.El lugar donde trabajo (o donde realizo algún tipo de actividad) es incómodo o peligroso	4	3	2	1
59.Tengo acceso a la información que me interesa (periódico, televisión, internet, revistas..)	1	2	3	4
60.Es imposible para mí acceder a las nuevas tecnologías (e.g., teléfono, internet, revistas)	4	3	2	1
61.Tengo las cosas que necesito para desarrollar mis aficiones	1	2	3	4
62.Tengo lo necesario para vivir de forma digna	1	2	3	4
63.Dispongo de los servicios y apoyos que necesito	1	2	3	4

BIENESTAR FÍSICO	N	A	F	S
64.Descanso lo suficiente	1	2	3	4
65.Llevo ropa sucia	4	3	2	1
66.Tengo malos hábitos de higiene	4	3	2	1
67.Realizo deporte o actividades de ocio	1	2	3	4
68.Tomo la medicación como se me indica	1	2	3	4
69.Cuando no me encuentro bien, se lo dice a otras personas	1	2	3	4
70.Estoy contento/a con la atención que recibo en los servicios de salud	1	2	3	4
71.Me hago reconocimientos médicos (e.g., dentista, oculista..)	1	2	3	4
72.Cuido mi peso	1	2	3	4

ANEXO V.

ESCALA DE EVALUACIÓN DE LOS ABUSOS SEXUALES EN DI

Lummey & Scotti, 2001).

A.CAMBIOS FISIOLÓGICOS		
A1. Cuando llegan a la pubertad, los pechos de las mujeres empiezan a crecer		
A2. Cuando llegan a la pubertad, las mujeres empiezan a tener el periodo/la regla		
A3. Los chicos y las chicas tenemos los mismos órganos reproductivos		
A4. Después de empezar la pubertad (adolescencia), si mi vello púbico crece quiere decir que estoy enfermo/a.		
B. LÍMITES FÍSICOS		
B5. No pasa nada si alguien a quien conozco me toca el "culo"		
B6. No pasa nada si permito que la gente vea mis genitales desnudos		

B7. La gente (conocida o desconocida) puede mirarme mientras me estoy duchando. No hace falta que cierre la puerta del cuarto de baño		
B8. Si me gusta un chico/a, puedo dejarle que me toque las partes íntimas mientras me besa		
C. IDENTIFICAR RELACIONES SEXUALES INAPROPIADAS		
C9. Como mi padre/madre me quiere y me trata bien puedo tener sexo con él/ella aunque yo no quiera		
C10. Como mi profesor/a me quiere y me trata bien puedo tener sexo con él/ella aunque yo no quiera		
C11. Como un compañero/a de clase me quiere y me trata bien, puedo tener sexo con él/ella aunque yo no quiera		
C12. Como mi tío/a me quiere y me trata bien, puedo tener sexo con él/ella aunque yo no quiera.		
D. IDENTIFICAR SITUACIONES DE ABUSOS		
D13. Las personas que yo conozco, como mis profesores o mi novio/a, es imposible que abusasen de mí		
D14. Cuanto más tiempo me comporto como una chico/a amable y obediente, menos probable será que abusen sexualmente de mí.		
D15. Si llevas uniforme de colegio, nadie puede abusar sexualmente de ti		
D16. Es imposible que alguien abuse sexualmente de otra persona en un lugar público, como por ejemplo en el centro ocupacional		
E.MECANISMOS DE DEFENSA ANTE SITUACIONES DE		

ABUSO SEXUAL			
E17. Si alguien intentase abusar sexualmente de mí, yo debería gritar: ¡Para! ¡Socorro!			
E18. Si un señor/a mayor a quien no conozco me ofrece algo de beber, debo aceptar			
E19. Si un extraño me persigue, debo correr hacia un lugar solitario donde no haya nadie.			
E20. Si alguien abusa sexualmente de una chica ella será muy valiente si se lo cuenta a la policía			
RESPUESTA MULTIPLE:			
A. CAMBIOS FISIOLÓGICOS DE LA PUBERTAD			
RMA21. ¿Cuál de los órganos reproductivos es de mujer? 1. Pene 2. Testículos 3. Útero			
RMA22. Cuando una mujer tiene la regla, ¿cada cuánto tiempo tiene que cambiarse de tampón? 1. Una vez al día 2. Una vez antes de dormir y otra vez después de despertarse 3. Una vez cada 2 o 3 horas			
B.LIMITES FÍSICOS			
RMB23. ¿Cuál de los siguientes comportamientos es correcto? 1. Cambiarse de ropa interior delante de los demás 2. Cerrar el pestillo de la puerta del cuarto de baño 3. Entrar en una habitación sin llamar a la puerta			

<p>RMB24. Si estoy enamorada de mi novio/a, ¿Cuál de los siguientes comportamientos son adecuados?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dejarle que me toque el pecho/los testículos 2. Cogernos de la mano 3. Tener relaciones sexuales 			
C. IDENTIFICAR RELACIONES SEXUALES INAPROPIADAS			
<p>RMC25. De las siguientes personas ¿quién es la más apropiada para que una mujer adulta tenga una relación o se enamore?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Su padre 2. Un hombre soltero maduro 3. Su profesor 			
<p>RMC26. ¿Cuál de las siguientes situaciones es la más apropiada para mantener relaciones sexuales entre un hombre y una mujer adultos?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Una mujer que mantiene relaciones sexuales con varios hombres a la vez 2. Un hombre que se acuesta con una mujer, ella se queda embarazada y aborta 3. Un hombre y una mujer que se toman el tiempo que necesitan para conocerse y luego mantienen relaciones sexuales. 			
D. IDENTIFICAR SITUACIONES DE ABUSO			
<p>RMD27. ¿En cuál de las siguientes situaciones es más probable que una mujer pueda sufrir abusos sexuales?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. En un lugar público 2. Si una mujer lleva a un acompañante a una cita 			

3. Si un hombre presiona a una mujer para que beba alcohol durante la cita			
RMD28. ¿En cuál de las siguientes situaciones es más probable que se produzcan abusos sexuales? 1. Si aviso a mis padres sobre mis planes (como cuando voy a casa de alguien) 2. Estar por la noche en un lugar solitario 3. No jugar ni buscar a hombres en lugares donde no hay gente			
E. RESPUESTA MULTIPLE DE DEFENSA ANTE SITUACIONES DE ABUSO SEXUAL			
RME29. ¿Qué debería hacer una chica si alguien la toca y ella no quiere? 1. Estar asustada y no contárselo a nadie 2. Contarle lo que le ha pasado a su profesor 3. Permitir que la toquen aunque ella no quiera			
RME30. Si alguien abusa sexualmente de una chica, indica la situación correcta 1. Buscar apoyo 2. Llorar todo el día 3. No contárselo a nadie y sentir vergüenza			

ANEXO VI.

ASEXDI. Escala de Actitudes hacia la Sexualidad en Personas con Discapacidad Intelectual (SALUSEX, 2015).

Sexo: ___ Hombre ___ Mujer Edad: _____

Nivel de estudios:

___ Sin estudios ___ Graduado Escolar ___ Ed. Secundaria ___ Ed. Superior

Nacionalidad: _____

¿Conoces a alguien con discapacidad intelectual? ___ Si ___ No

¿Qué edad tiene? _____

¿De qué sexo es? ___ Hombre ___ Mujer

¿Qué relación tienes (grado de parentesco)? _____

A continuación te presentamos algunas situaciones e ideas relacionadas con la sexualidad de personas con discapacidad. Tus respuestas son completamente anónimas y confidenciales. La cumplimentación de estos cuestionarios implica tu consentimiento para que se pueda utilizar la información con fines de investigación. Contesta en función de la siguiente escala. Responde pensando que son personas adultas.

1	2	3	4	5
Totalmente en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Ni de acuerdo ni desacuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo

1. Las personas con DI tienen menos interés por la sexualidad que las personas sin DI					
2. Sólo se debe proporcionar educación sexual a las personas con DI cuando éstas lo demandan					
3. Hablar a las personas con DI sobre sexo es incitarlas a que lo practiquen					
4. La masturbación puede perjudicar a las personas con DI					
5. Me parece bien que las personas con DI se masturben					
6. Una persona con DI puede vivir su sexualidad como cualquier otra persona					
7. Las personas con DI pueden controlar sus impulsos sexuales como las personas sin DI					
8. Las personas con DI deberían tener su espacio de intimidad					
9. Las personas con DI pueden tener pareja como las personas sin DI					
10. Me parece bien que las personas con DI se besen o acaricien con otra persona					
11. Me parece bien que las personas con DI tengan					

relaciones sexuales siempre que no haya penetración					
12. Me parece bien que las personas con DI tengan relaciones sexuales con o sin penetración					
13. Las personas con DI necesitan que otro adulto tutor decida acerca de su sexualidad					
14. Las personas con DI son siempre heterosexuales					
15. Las personas con DI no perciben el peligro de abuso sexual					
16. Me parece bien que las personas con DI vean pornografía					
17. Las personas con DI son capaces de utilizar adecuadamente el preservativo para prevenir Infecciones de Transmisión Sexual					
18. Deberíamos evitar que las mujeres con DI se queden embarazadas mediante el uso de anticonceptivos					

ANEXO VII.

ARSEXDI. Actitudes hacia las Relaciones Sexuales de las personas con DI

(Gil-Llario y cols, 2016).

A continuación te presentamos una serie de situaciones relacionadas con la sexualidad en personas con discapacidad. Te agradeceríamos que nos indiques hasta qué punto te parecen adecuadas. Contesta en función de la siguiente escala.

1	2	3	4	5
Totalmente inadecuado	Bastante adecuado	Ni adecuado ni inadecuado	Bastante adecuado	Totalmente adecuado

Situación 1. María de 36 años y Antonio de 19 años mantienen relaciones sexuales. Indica en qué grado te parece adecuado que las tengan, teniendo en cuenta las siguientes características.

a) Si ambos tienen una discapacidad intelectual moderada

b) Si ambos son ciegos

c) Si ambos son discapacitados físicos (lesión medular)

Situación 2. Alejandro de 31 años y Paula de 18 años mantiene relaciones sexuales. Indica en qué grado te parece adecuado que las tengan, teniendo en cuenta las siguientes características.

a) Si ambos tienen una discapacidad intelectual moderada

b) Si ambos son ciegos

c) Si ambos son discapacitados físicos (lesión medular)

Situación 3. Manuel de 37 años y Ramón de 18 años mantienen relaciones sexuales. Indica en qué grado te parece adecuado que las tengan, teniendo en cuenta las siguientes características.

a) Si ambos tienen una discapacidad intelectual moderada

b) Si ambos son ciegos

c) Si ambos son discapacitados físicos (lesión medular)

Situación 4. Diana de 24 años de edad y Gema de 41 años mantienen relaciones sexuales. Indica en qué grado te parece adecuado que las tengan, teniendo en cuenta las siguientes características.

a) Si ambas tienen una discapacidad intelectual moderada

b) Si ambas son ciegos

c) Si ambas son discapacitados físicos (lesión medular)

Situación 5. Julián y José de 21 años mantienen relaciones sexuales. Indica en qué grado te parece adecuado que las tengan, teniendo en cuenta las siguientes características.

a) Si ambos tienen una discapacidad intelectual moderada

b) Si ambos son ciegos

c) Si ambos son discapacitados físicos (lesión medular)

Situación 6. Almudena y Nerea de 45 años mantienen relaciones sexuales. Indica en qué grado te parece adecuado que las tengan, teniendo en cuenta las siguientes características.

a) Si ambas tienen una discapacidad intelectual moderada

b) Si ambas son ciegos

c) Si ambas son discapacitados físicos (lesión medular)

Situación 7. Enrique y Juana de 32 años mantienen relaciones sexuales. Indica en qué grado te parece adecuado que las tengan, teniendo en cuenta las siguientes características.

a) Si ambos tienen una discapacidad intelectual moderada

b) Si ambos son ciegos

c) Si ambos son discapacitados físicos (lesión medular)

Situación 8. Felipe de 21 años y Rosa de 40 años mantienen relaciones sexuales. Felipe tiene una discapacidad mientras que Rosa no tiene ninguna discapacidad. Indica en qué grado te parece adecuado que las tengan, teniendo en cuenta las siguientes características.

a) Si Felipe tiene una discapacidad intelectual moderada

b) Si Felipe es ciego

c) Si Felipe es discapacitado físico (lesión medular)

Situación 9. Mario de 40 años y Ana de 30 años mantienen relaciones sexuales. Mario tiene una discapacidad mientras que Ana no tiene ninguna discapacidad. Indica en qué grado te parece adecuado que las tengan, teniendo en cuenta las siguientes características.

a) Si Mario tiene discapacidad intelectual moderada

b) Si Mario es ciego

c) Si Mario es discapacitado físico (lesión medular)

Situación 10. Martina de 19 años y Jorge de 31 años mantienen relaciones sexuales. Martina tiene una discapacidad mientras que Jorge no tiene ninguna discapacidad. Indica en qué grado te parece adecuado que las tengan, teniendo en cuenta las siguientes características.

a) Si Martina tiene discapacidad intelectual moderada

b) Si Martina es ciega

c) Si Martina tiene discapacidad física (lesión

medular)

Situación 11. Laura de 39 años y Pedro de 28 años mantienen relaciones sexuales. Laura tiene una discapacidad mientras que Pedro no tiene ninguna discapacidad. Indica en qué grado te parece adecuado que las tengan, teniendo en cuenta las siguientes características.

a) Si Laura tiene discapacidad intelectual moderada

b) Si Laura es ciega

c) Si Laura tiene discapacidad física (lesión medular)

Situación 12. Sara de 22 años y Claudia de 34 años mantienen relaciones sexuales. Sara tiene una discapacidad mientras que Claudia no tiene ninguna discapacidad. Indica en qué grado te parece adecuado que las tengan, teniendo en cuenta las siguientes características.

a) Si Sara tiene discapacidad intelectual moderada

b) Si Sara es ciega

c) Si Sara tiene discapacidad física (lesión medular)

Situación 13. Jesús de 20 años y Fernando de 39 años mantienen relaciones sexuales. Jesús tiene una discapacidad mientras que Fernando no tiene ninguna discapacidad. Indica en qué grado te parece adecuado que las tengan, teniendo en cuenta las siguientes características.

a) Si Jesús tiene discapacidad intelectual moderada

b) Si Jesús es ciego

c) Si Jesús tiene discapacidad física (lesión medular)

Situación 14. Lidia de 22 años de edad y Miguel de 22 años mantienen relaciones sexuales. Lidia tiene una discapacidad mientras que Miguel no tiene ninguna

discapacidad. Indica en qué grado te parece adecuado que las tengan, teniendo en cuenta las siguientes características.

a) Si Lidia tiene discapacidad intelectual moderada

b) Si Lidia es ciega

c) Si Lidia tiene discapacidad física (lesión medular)

Situación 15. Lucas de 33 años y Ana de 33 años mantienen relaciones sexuales. Lucas tiene una discapacidad mientras que Ana no tiene ninguna discapacidad. Indica en qué grado te parece adecuado que las tengan, teniendo en cuenta las siguientes características.

a) Si Lucas tiene discapacidad intelectual moderada

b) Si Lucas es ciego

c) Si Lucas tiene discapacidad física (lesión medular)

Situación 16. Carlos de 28 años y Juan de 28 años mantienen relaciones sexuales. Carlos tiene una discapacidad mientras que Juan no tiene ninguna discapacidad. Indica en qué grado te parece adecuado que las tengan, teniendo en cuenta las siguientes características.

a) Si Carlos tiene discapacidad intelectual moderada

b) Si Carlos es ciego

c) Si Carlos tiene discapacidad física (lesión medular)

Situación 17. Carmen de 50 años y Cristina de 50 años mantienen relaciones sexuales. Carmen tiene una discapacidad mientras que Cristina no tiene ninguna discapacidad. Indica en qué grado te parece adecuado que las tengan, teniendo en cuenta las siguientes características.

a) Si Carmen tiene discapacidad intelectual moderada

b) Si Carmen es ciega

c) Si Carmen tiene discapacidad física (lesión medular)

ANEXO VIII.

CUESTIONARIO SOBRE ABUSOS SEXUALES

(Gil-Llario y Díaz-Rodríguez,2016)

Nº SUJETO:

PROFESIONALES (marcar con una cruz)

AUXILIAR DE ENFERMERIA	
ENCARGADO/A TALLER	
FISIOTERAPEUTA	
INTEGRADOR/A SOCIAL	
MAESTRO/A EDUCACION FISICA	
MAESTRO/A NN TT	
PSICOLOGO/A	
TERAPEUTA OCUPACIONAL	
TRABAJADOR/A SOCIAL	
OTROS (Indicar)	

FRECUENCIA EN LA QUE SE RELACIONA CON LA PERSONA CON DI:

Todos los días	
De lunes a viernes	
Mañanas	
Tardes	
Noches	

TIEMPO QUE HACE QUE CONOCE A LA PERSONA:

Menos de 2 Años	
+ DE 2 Años	
+5 Años	
+10 Años	
Otros	

CONOCIMIENTO HISTORIA VITAL

SI CONOCE HISTORIA VITAL	
NO CONOCE HISTORIA VITAL	

INDICIOS SECUELAS FISICAS / PSICOLOGICAS (Marcar con una cruz).

	I	O
CONSECUENCIAS FISICAS		
Control de esfínteres		
Enuresis		
Encopresis		
Problemas de sueño (pesadillas)		
CONSECUENCIAS PSICOLOGICAS		
Miedo a dormir solo/a		
Miedo a estar solo/a		
Miedo a quedarse solo con alguien		
Miedo al sexo opuesto		
Cambios bruscos de conducta		
Autoagresiones		
Conductas suicidas		
Ansiedad		

Aislamiento social		
Inestabilidad emocional		
Baja autoestima/rechazo a su cuerpo		
CONSECUENCIAS SEXUALES		
Conductas exhibicionistas		
Conductas sexuales inapropiadas (masturbación excesiva)		

