

## **Grado en Enfermería**

***Facultad de Enfermería y Fisioterapia Salus Infirmorum***

**Universidad Pontificia de Salamanca**

**“CONOCIMIENTO DE LA SEXUALIDAD EN EL DISCAPACITADO  
INTELECTUAL”**

### **TRABAJO FIN DE GRADO**

**Autor: IGONE DÍAZ SOLIÑO**

**Tutor: D. ÓSCAR ÁLVAREZ LÓPEZ**

**Fecha de depósito: 13/05/2015**

**CONOCIMIENTO DE LA SEXUALIDAD EN EL DISCAPACITADO INTELECTUAL**  
***(KNOWLEDGE OF SEXUALITY IN THE INTELLECTUALLY DISABLED)***

## AUTORIZACIÓN DEL TUTOR



*Facultad de Enfermería y Fisioterapia Salus Infirmorum*  
*Universidad Pontificia de Salamanca*



### ANEXO

#### AUTORIZACIÓN DEFENSA DEL TRABAJO FIN DE GRADO

Visto el Trabajo Fin de Grado realizado por:

D./ D<sup>a</sup>. **IGONE DÍAZ SOLIÑO**, con el título **CONOCIMIENTO DE LA SEXUALIDAD EN EL DISCAPACITADO INTELECTUAL**, el abajo firmante, **ÓSCAR ÁLVAREZ LÓPEZ** tutor del mismo.

#### CONSIDERANDO QUE:

- El trabajo presentado como TRABAJO FIN DE GRADO reúne los requisitos formales exigidos.
- Se han cumplido los procedimientos establecidos por la Facultad de Enfermería y Fisioterapia Salus Infirmorum de la Universidad Pontificia de Salamanca para iniciar los trámites de presentación y defensa del Trabajo Fin de Grado, a tenor de su Reglamento.

**EXPRESA su conformidad**, e informe favorable, para autorizar la defensa del Trabajo Fin de Grado en la Facultad, iniciando los trámites procedimentales previstos para llevar a cabo la calificación del mismo.

Y para que así conste, firmo en Madrid, a **06 DE MAYO DE 2014**

Fdn. **Óscar Álvarez López**

Tutor del Trabajo Fin de Grado

## **AGRADECIMIENTOS**

En primer lugar, le debo agradecer a mi tutor, Óscar Álvarez, su paciencia, y sus innumerables horas de correcciones, tutorías y correos, para hacer posible este trabajo.

Gracias a toda mi familia por aguantarme en mis semanas de encierro. A mi madre, por mover cielo y tierra para conseguir que mi trabajo llegara a buen puerto, a mi padre, por sus múltiples ideas de presentación y estilo, y, en especial a mi hermana, por hacerme la pregunta que me llevó a la realización del estudio.

También debo agradecer a Amparo y Juan, su dedicación para permitirme acceder a la mini residencia después de mucho esfuerzo, y tratarme como en casa. A Menchu, por su interés en mi trabajo y su permiso para poder ampliar mis sujetos de estudio en el centro de día de mayores, así como en el centro ocupacional de ocio inclusivo. y, a Mari, por conseguir el sí por parte de la junta directiva.

Gracias a mis compañeras de facultad, por aguantar mis agobios y mis dudas sobre el trabajo, y, a Clara, por su preocupación y sus ánimos en los momentos difíciles.

Por último, agradecer a todas las personas que accedieron de manera voluntaria a formar parte de mi estudio, contestando al cuestionario, puesto que sin ellas y su interés, este trabajo no hubiera sido posible.

Gracias.

## ÍNDICE

Justificación .....	7
Resumen .....	8
Abstract .....	9
Introducción .....	10
1. Sexualidad .....	10
1.1. Definición .....	10
1.2. Funciones de la sexualidad .....	10
1.3. Desarrollo de la sexualidad. Fases.....	11
2. La persona con discapacidad intelectual.....	12
2.1. Evolución de la discapacidad intelectual en la historia .....	12
2.2. Historia de la discapacidad en España.....	15
2.3. Clasificaciones más importantes de la discapacidad.....	18
2.3.1 Clasificación internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) .....	18
2.3.2 Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) .....	20
2.3.3 Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales, 5ª edición (DSM-V) .....	22
2.4 Mitos y prejuicios de la sexualidad en el discapacitado intelectual .....	24
2.5 El abuso sexual en discapacitados intelectuales.....	26
3. Los métodos anticonceptivos .....	27
3.1. Tipos de métodos anticonceptivos.....	28
3.1.1. Anticonceptivos de barrera.....	28
3.1.2. Anticonceptivos hormonales.....	30
3.1.3. Anticonceptivos intrauterinos.....	32
3.1.4. Anticonceptivos permanentes .....	33
3.2. Métodos anticonceptivos y discapacidad intelectual.....	34
4. Principales infecciones de transmisión sexual .....	35
5. Educación sexual .....	37
6. Objetivos .....	38
Material y método .....	39
Resultados.....	45
Discusión.....	61

Conclusiones .....	67
Referencias bibliográficas.....	69
Anexos .....	76

## **JUSTIFICACIÓN**

La sexualidad, aún en el momento en el que vivimos, resulta un tema controvertido, y más, si nos referimos a personas con un algún tipo de discapacidad intelectual. Por ello, todavía cuesta trabajo romper con los prejuicios que a lo largo de la historia se han ido imponiendo, en los que se ve a los discapacitados Intelectuales como “los niños eternos”, que no poseen sexualidad o está obviada.

Estos prejuicios sociales han situado al colectivo de personas con discapacidad intelectual en una situación de vulnerabilidad, al carecer, en numerosas ocasiones, de un conocimiento apropiado que les permita dar una respuesta adecuada a las situaciones que puedan desencadenarse en este ámbito.

Esta situación es la que imprime relevancia social al presente estudio, a través del cual, se quiere analizar hasta qué punto todavía este tema sigue siendo inaccesible para las personas con discapacidad intelectual, o si, por el contrario, estamos brindando la información y la educación sexual necesaria para que puedan vivir libremente su sexualidad de un modo seguro, pudiendo así construir una identidad propia, en un aspecto tan personal.

El conocimiento básico sobre anatomía humana o sobre la prevención de las enfermedades de transmisión sexual, puede brindar a estas personas un soporte sobre el que construir una opinión personal y, con ello, tener mayor capacidad para decidir sobre aspectos que le conciernen, ya que en ocasiones, la sobreprotección de los familiares y el miedo de éstos, no les ha permitido decidir.

## RESUMEN

La CIE-10 define la discapacidad intelectual como un desarrollo mental incompleto o detenido, caracterizado principalmente por el deterioro de las funciones concretas de cada época del desarrollo. La sexualidad, sin embargo, es una parte inherente a todo ser humano, por tanto, también para los discapacitados intelectuales.

El presente estudio tuvo como objetivo identificar el nivel de conocimiento que poseen las personas con discapacidad intelectual que residen o acuden de manera frecuente a algún tipo de institución, ya sea residencia o centros ocupacionales de Guadalajara. Para ello se realizó un estudio de diseño descriptivo, transversal y prospectivo, de metodología cuantitativa, realizado entre los meses de octubre de 2014 y Mayo del 2015, a una muestra de 60 personas diagnosticadas con discapacidad intelectual.

Los resultados obtenidos muestran el relativo bajo porcentaje de la muestra estudiada que ha recibido algún tipo de educación sexual. Asimismo, pone de manifiesto cómo la familia es el principal medio de información al que acuden ante una duda sobre sexualidad, así como el nivel de conocimientos que poseen con respecto a diferentes aspectos de la sexualidad, tanto a nivel anatómico humano, como el conocimiento que poseen sobre los métodos anticonceptivos, siendo prácticamente 3 de cada 4 personas las que los conocen. Sin embargo, un gran porcentaje posee ideas erróneas sobre ellos, o el significado de las Enfermedades de Transmisión Sexual, siendo la más conocida, el SIDA.

En conclusión, las aportaciones ofrecidas por los participantes del presente estudio revelan la necesidad de aportar una educación sexual de calidad a los discapacitados intelectuales, adaptada a sus necesidades, para adquirir una línea más responsable con respecto a la sexualidad, eliminando los prejuicios que les impiden vivirla plenamente y reducir el riesgo así, de ser víctimas de abusos y agresiones sexuales.

**PALABRAS CLAVE:** Discapacidad Intelectual, Sexualidad, educación sexual.



## **ABSTRACT**

The CIE-10 defines intellectual disability as an incomplete or stopped mental development, characterized primarily by the deterioration of the specific functions from each developmental season. Sexuality, however, is an inherent part to any human being and, therefore, from the mentally handicapped as well.

The current study had, as an objective, to identify the level of knowledge possessed by the mentally handicapped that live or frequently attend some kind of institution, even if it is a residence or an occupational center of Guadalajara. In order to do this, a study was made, of descriptive, transversal and prospective design, with a quantitative methodology, made between the months of October 2014, and May 2015, to a population of 60 people diagnosed with intellectual disability.

The obtained results show the relatively low percentage of the studied population who had received some type of sexual education. At the same time, it established how their family is the main way of information that they go to with doubts over sexuality, as well as the level of knowledge they possess with respect to different aspects of sexuality, both at an anatomical level, in which the majority possess a capacity of basic differentiation between the bodies of different sex, as at the knowledge they possess over contraceptive methods, being practically 3 out of 4 people who know about it. However, a large percentage has mistaken ideas about them, or the meaning of the Sexually Transmitted Disease, being AIDS the most known one.

In conclusion, the contributions offered by the participants of the current study reveal the necessity of offering a quality sexual education to the mentally handicapped, adapted to their needs, in order to acquire a more responsible line with respect to sexuality, eliminating the prejudices that allow them to live their sexuality to the fullest and reduces the risk, this way, of being victims of sexual abuses and aggressions.

**KEY WORDS:** Intellectual Disability, Sexuality, Sexual education.

## **INTRODUCCIÓN**

### **1. Sexualidad:**

#### **1.1 Definición**

La Organización Mundial de la Salud se refiere a la sexualidad como un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida. Abarca al sexo, las identidades y roles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se vivencia y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales. La sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no obstante, no todas ellas se vivencian o se expresan siempre<sup>1</sup>.

La sexualidad entendida en toda su amplitud y no meramente reducida a la experiencia genital-coital (reproductiva), es un modo fundamental de expresión emocional y manifestación de sentimientos de afecto y ternura. La experiencia de compartir, implicarse y comprometerse con otra persona permite disfrutar la vivencia sexual dentro de un marco de una relación interpersonal única donde el contacto físico, íntimo, abierto, exento de formalismos, posibilita un ámbito de confianza y seguridad<sup>2</sup>.

Por lo tanto, puede afirmarse que la sexualidad es inherente al ser humano, independientemente de su condición física o mental y no solo implica la relación sexual, va mucho más allá, incluyendo tanto la dimensión afectiva, como la biológica o la psicológica.

#### **1.2 Funciones de la sexualidad**

La sexualidad, presenta varias funciones en la vida de la persona<sup>3</sup>:

- Identidad: la identidad, vista como función de la sexualidad, es tener la certeza de contar con la libertad necesaria para asumir las características, cualidades, actitudes y valores que definen al sexo masculino o femenino, siendo para cada uno individualmente. Esta función es un factor necesario para la relación y armonía entre sexos, es decir, la firme convicción que se tiene de pertenecer al propio sexo<sup>4</sup>.

- Reproducción: esta función de la sexualidad, no se encuentra anclado al hecho de la fecundidad, sino en el sentido de crecimiento del sujeto en cada una de las dimensiones del ser o el hecho sexual. En esta función se incluye el afecto, el vivir y sentir, dejando a un lado los juicios de la sociedad y construyéndose uno mismo una ética que consista en el actuar sexual y en el ser.
- Placer: esta función de la sexualidad, incluye el placer a la intimidad, la compañía, el placer del contacto físico genital o no, el placer orgásmico, erótico y sexual.
- Relación: siendo una capacidad que caracteriza al ser humano, las relaciones, siempre desde el respeto, la proximidad y la expresión afectiva, construye una sexualidad saludable permitiendo con ello que los sujetos establezcan lazos afectivos entre sí.

### **1.3 Desarrollo de la sexualidad. Fases.**

De acuerdo con el centro nacional de información de niños y jóvenes con discapacidad, los discapacitados intelectuales presentan un desarrollo psicosexual al igual que el resto de la población que no padece discapacidad, por ello, se espera que presente ciertas características acordes con su edad<sup>5</sup>.

Sigmund Freud desarrolló una teoría en la cual podemos observar las diferentes etapas de la sexualidad en el ser humano. Las divide en cinco:

Fase oral o primera fase: el placer está ligado a la cavidad bucal en el momento de la alimentación. La necesidad de chupar aparece desde el nacimiento y dura hasta el segundo año de vida. Una vez saciado el apetito, el bebé sigue chupando y evocando el momento de mamar.

Fase anal o segunda fase: el placer está ligado a la defecación. A partir de los dos años se somete a controlar los esfínteres a fin de agradar a sus padres. En dicha teoría, también se da a conocer como el mal manejo de esta etapa se relaciona con conductas obsesivas.

Fase fálica o tercera fase: Las zonas sexuales se erogenizan. El niño no reconoce, en esta fase, más que un órgano genital, el masculino, es decir, el tener o no pene. Es la etapa epídica, el niño se dirige hacia la madre y la niña hacia el padre.

Fase de latencia o cuarta fase: Hacia los cinco años, el niño entra en una fase relativamente estable, hasta la pubertad. Aparecen sentimientos como el asco o el pudor. La modificación de la meta pulsional original por otra, es decir, la sublimación, es el objetivo más importante de esta fase

Fase genital o quinta fase: comienza en la pubertad. Esta etapa coincide con los cambios biológicos, psicológicos y sociales que se producen a esa edad. Se centra principalmente en los genitales, y es básico que se tenga disponibilidad para hablar del sexo abiertamente, puesto que es una época de crisis que implica un funcionamiento inestable del sujeto<sup>6</sup>.

## **2. La persona con discapacidad intelectual.**

### **2.1 Evolución de la discapacidad Intelectual en la historia**

El concepto y la forma de entender la discapacidad han evolucionado mucho a lo largo de la historia. Las personas con discapacidad han sido uno de los colectivos que más han sufrido a lo largo de los tiempos. Si nos centramos en la discapacidad intelectual, este sufrimiento se ha visto acentuado, debido a una serie de prejuicios, falta de empatía e ideas descabelladas que han llevado a realizar actos tales como genocidios o aislamientos<sup>7</sup>.

Ya en la antigua Grecia, aquellos niños con deficiencias tanto físicas como mentales, normalmente eran asesinados, siendo el infanticidio una práctica muy habitual, lo que provocaba que un número muy reducido de personas con discapacidad intelectual llegaran a la edad adulta. En Roma, por otra parte, las personas con retraso mental estaban expuestas a tratamientos y circunstancias de vida sumamente variables, aunque el infanticidio también fue bastante practicado<sup>8</sup>.

En la Edad Media, ante la necesidad de mano de obra, y las altas tasas de mortalidad, el nacimiento de un hijo era un bien deseable, por lo que el infanticidio raramente se practicó en este periodo, siendo mal visto por los estamentos oficiales. Muchos niños con discapacidad mental encontraban asilo en las instituciones de beneficencia, subvencionadas por el Estado o la Iglesia. En estas últimas instituciones, la discapacidad Intelectual era vista como un castigo divino, producto del pecado o del demonio<sup>9</sup>.

Entre la antigüedad y la Ilustración, se comenzó a comprender de una manera más acentuada, aunque limitada, la discapacidad intelectual. Los aires renacentistas y modernos, abonados por las reformas de la escolástica tardía y al abrigo de los nuevos descubrimientos científicos y culturales, empezarán a poner en tela de juicio los paradigmas antropológicos y pedagógicos sostenidos hasta entonces. Los nuevos tiempos empezarán el edificio de la educación no tanto por la sublimación y transmisión de valores tradicionales como por el redescubrimiento del hombre como sujeto y principio de educación<sup>9</sup>.

Ya en los siglos XVII y XVIII, según el autor Scheerenberger, la medicina avanzó dando pasos significativos hacia la comprensión del retraso mental<sup>10</sup>:

- Pinel (médico de finales del XVII) que, bajo la denominación de “idiotismo”, incluyó un conjunto de trastornos deficitarios entre los que se encontraba la demencia, la deficiencia intelectual y el estado de estupor.
- Charles Michel L’Épée (1712-1789), fundador en 1760 de la primera escuela pública francesa para disminuidos.

En el siglo XIX, podemos destacar a varios personajes que influyeron en la evolución del discapacitado intelectual:

- Esquirol, Alumno de Pinel, habló de que la demencia era la pérdida de las capacidades mientras que en la idiocia no se pierden dichas capacidades sino que nunca se ha dispuesto de ellas (aquí empieza a hablarse de capacidades y no de magia, religión, etc.)
- Itard, compañero de estudios de Esquirol, fue el primer científico que desarrolla un tratamiento del retraso mental.
- Seguin, más tarde, establece una escuela para niños retrasados en París, y diferencia la “idiocia” y la “imbecilidad” del retraso mental, caracterizado por un enlentecimiento más o menos recuperable del desarrollo intelectual.

En 1910 el Comité para la Clasificación de los débiles mentales de la Asociación Americana para la Deficiencia Mental (AAMD), planteado por Goodard, clasificó el retraso mental en tres categorías: idiotas (no superaban el desarrollo mental de un niño de dos años), imbeciles (superior a los idiotas pero no superior a un niño de siete años) y morones (superior a los imbeciles pero no superior a un niño normal de

doce años). En esa clasificación, pretendía reflejar los diversos factores etiológicos que daban lugar a la debilidad mental. Más adelante, Arthur Wyle, director de la Institución para los Débiles Mentales (Institution for Feeble-Minded), quien, como Goodard, fue miembro del primer comité de clasificación, recomendó que se incluyeran en la clasificación los términos psicoastenia, amencia y debilidad mental, como alternativas a idiota e imbecil<sup>11</sup>.

En 1959, la AAMD elabora la primera definición de retraso mental: *“la expresión retraso mental hace referencia a un funcionamiento intelectual inferior a la media que tiene su origen en el periodo de desarrollo y que va asociado a un déficit en su conducta de adaptación”*.<sup>(8)</sup> Se aboga desde entonces por la “normalización” de las personas con retraso mental y se va produciendo un avance en la conceptualización, la evolución y el tratamiento, así como un cambio social y ético del trastorno. A partir de aquí surge el cambio de la AAMD a la Asociación Americana Sobre Retraso Mental (AAMR).

En 1992, el Comité de Clasificación y Terminología de la Asociación Americana sobre Retraso Mental, adoptó un modelo funcional del funcionamiento humano, que proponía que la discapacidad se manifestaba como un estado de funcionamiento dependiente del ajuste entre las capacidades y limitaciones de la persona, y el contexto en el que ésta funciona, perfeccionándose en 2002. En el alcance de esa revisión, se incluían, en el marco teórico del funcionamiento humano, dos componentes principales: cinco dimensiones (habilidades intelectuales, conducta adaptativa, salud, participación y contexto) y una representación del papel que juegan los apoyos en el funcionamiento humano<sup>11</sup>.

Entre las principales tareas del Comité sobre Terminología y Clasificación de la AAIDD se encuentran las de nombrar y definir. Con respecto a la primera tarea, Schalock et al. (2007) Expusieron que el comité de la AAIDD sustituía el término retraso mental por el término discapacidad intelectual porque este último refleja de una forma más precisa el constructo subyacente que actualmente se utiliza para expresar lo que entendemos por discapacidad, entendiendo por constructo: *“una idea abstracta o general formada por partes o elementos organizados, basada en un fenómeno observado, en el contexto de una teoría”*<sup>12</sup>.

Actualmente, la definición operacional de discapacidad intelectual, que Schalock et al plantearon en 2007 y que permanece en vigor, define discapacidad intelectual como *“caracterizada por limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual y en la conducta adaptativa manifestada en las habilidades adaptativas conceptuales, sociales y prácticas. Esta discapacidad se origina antes de los 18 años”*<sup>12</sup>.

## **2.2. Historia de la discapacidad en España.**

Desde la creación del sistema de la Seguridad Social, en los años sesenta del siglo XX, se incluía una previsión para hacerle frente a los riesgos de la discapacidad. En un principio, la seguridad social solo amparaba a aquellas personas que se encontraban de manera activa laboralmente. Esta protección se amplió a las personas que no se encontraban trabajando, a partir de los años setenta. Dicha protección incluía prestaciones económicas y médicas a través del servicio público y de mutuas<sup>13</sup>.

No es hasta los años setenta cuando se crea el servicio de asistencia a subnormales (Orden ministerial 8/05/1970), el cual establece dos tipos de prestaciones, una referente a la aportación económica, y la segunda, a través de la creación de centros para llevar a cabo la educación, instrucción y recuperación de dichas personas. En cuanto al servicio de recuperación y rehabilitación de minusválidos, en el desarrollo del Real Decreto 253/1970 de 22 de agosto, sobre el empleo, aparece por primera vez el término minusválido, refiriendo la minusvalía a un porcentaje de disminución no inferior al 33 % y utilizando como instrumento técnico de medición las tablas de la asociación médica americana<sup>13</sup>.

En 1974, estos servicios se unifican y se crea la comisión interministerial para la integración social de minusválido, unificándose los conceptos de subnormalidad y minusvalía.

Ya en 1978, con la publicación del Real Decreto ley 36/1978, del 16 de noviembre, se produce una reforma de la Seguridad Social, en la cual se crea un sistema de participación institucional de los agentes sociales favoreciendo la transparencia, y estableciendo un nuevo sistema de gestión realizado por tres organismos básicos: el Instituto Nacional de la Seguridad Social, para las prestaciones económicas, el

Instituto Nacional de Salud, para las prestaciones sanitarias, y el Instituto Nacional de Servicios Sociales, para la gestión de los servicios sociales<sup>14</sup>.

La Ley 13/1982 del 7 de Abril de la integración de minusválidos, sienta las bases de la integración de las personas con discapacidad, tanto en el ámbito de la educación, como en el laboral, tratando también el tema de la rehabilitación y de las prestaciones sociales y económicas. Fue la primera ley aprobada en España dirigida a regular la atención y los apoyos en personas con discapacidad<sup>15</sup>.

Es en la década de los ochenta cuando aparece la primera versión Española de la Clasificación Internacional de Deficiencia, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM), de la Organización Mundial de la Salud, la cual se centra en traspasar las barreras de la enfermedad, tratando de ir más allá del proceso mismo de la enfermedad y clasificar las consecuencias que ésta deja en el individuo. Con dicha publicación, España pudo unificar criterios sobre la discapacidad con el resto del mundo<sup>12</sup>.

En los años noventa, es aprobado el plan de acción para personas con discapacidad por el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, una propuesta de política integral para el colectivo de personas con discapacidad<sup>13</sup>.

En 1999, en el Real Decreto 1971/1999 del 23 de Diciembre, se procede al reconocimiento, declaración y calificación del grado de discapacidad, la cual tiene por objeto la regulación del reconocimiento de grado de minusvalía, el establecimiento de nuevos baremos aplicables, la determinación de los órganos competentes para realizar dicho reconocimiento y el procedimiento a seguir, todo ello con la finalidad de que la valoración y calificación del grado de minusvalía que afecte a la persona sea uniforme en todo el territorio del Estado, garantizando la igualdad de condiciones para el acceso del ciudadano a los beneficios, derechos económicos y servicios que los organismos públicos otorguen<sup>16</sup>.

Más adelante, se han ido Desarrollando otros documentos legislativos que han ido marcando la evolución de la atención, y los derechos de las personas con discapacidad intelectual, como la ley 51/2003, 2 de Diciembre, de igualdad de oportunidades, no discriminación, vida independiente y accesibilidad universal, que supuso un renovado impulso a las políticas de equiparación de las personas con



discapacidad, centrándose en la lucha contra la discriminación y la accesibilidad universal<sup>17</sup>.

La convención internacional sobre los derechos de las personas con discapacidad, aprobada el 13 de diciembre del 2006, por la Organización de las Naciones Unidas, ratificada por España el 3 de mayo del 2008, supone la consagración del enfoque de derechos de las personas con discapacidad, siendo estos sujetos titulares de sus derechos y los poderes públicos<sup>18</sup>.

Entre las últimas producciones legislativas, destaca el Real Decreto 1/2013 del 29 de noviembre, en el cual se aprueba el texto refundido de la ley general de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social, que hace una recopilación de todas las medidas vigentes destinadas a lograr la inclusión de las personas con discapacidad.

Este Real Decreto incluye en el tercer capítulo, artículo 6, el respeto a la autonomía de las personas con discapacidad, en el que contempla<sup>19</sup>:

1. El ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad se realizará de acuerdo con el principio de libertad en la toma de decisiones.
2. Las personas con discapacidad tienen derecho a la libre toma de decisiones, para lo cual, la información y el consentimiento deberán efectuarse en formatos adecuados y de acuerdo con las circunstancias personales, siguiendo las reglas marcadas por el principio de diseño universal o diseño para todas las personas, de manera que les resulten accesibles y comprensibles.

En todo caso, se deberá tener en cuenta las circunstancias personales del individuo, su capacidad para tomar el tipo de decisión en concreto y asegurar la prestación de apoyo para la toma de decisiones. Este derecho a la libertad de decisión y a recibir la información adecuada, adquiere una especial relevancia en el contexto del presente estudio en una esfera en la que, como se viene describiendo, ha existido poca cultura de información para este colectivo.

## **2.3 .Clasificaciones más importantes de la discapacidad**

### **2.3.1 Clasificación Internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud**

La Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud, o CIF, es un documento perteneciente a la “familia” de clasificaciones internacionales desarrolladas para la Organización Mundial de la Salud, cuyo objetivo principal es brindar un lenguaje unificado y estandarizado, y un marco conceptual para la descripción de la salud y los estados “relacionados con la salud”<sup>20</sup>:

Establecer un lenguaje común para describir la salud contribuye a una mejora en la comunicación entre diferentes profesionales, permitiendo así comparar datos entre países, diferentes disciplinas sanitarias y diferentes momentos a lo largo del tiempo. Igualmente, posibilita la generación de un esquema de codificación sistematizado para ser aplicado en los sistemas de información sanitaria. Todo ello hace posible que sea utilizada como una herramienta en los ámbitos de investigación, estadística, educación y para el desarrollo de una política sanitaria, no sólo en los ámbitos clínico y sanitario<sup>21</sup>:

Ésta no clasifica personas, sino que describe la situación de cada una de ellas dentro de un conjunto de dominios de la salud, asumiendo el modelo biopsicosocial como marco conceptual. Además, permite describir cómo estos pueden ser un elemento clave para comprender la discapacidad y el funcionamiento de los individuos y las poblaciones, y cómo se pueden adoptar cambios y medidas sociales que permitan reducir su impacto cuando este es negativo<sup>22</sup>:

La CIF Organiza la información en dos partes. Cada una de ellas, a su vez, se divide en unos conjuntos de funciones fisiológicas y psicológicas, estructuras anatómicas, tareas, actividades y áreas de la vida que se describen desde la perspectiva biológica o corporal, individual y social. Son los llamados dominios, y configuran cada uno de los capítulos de la CIF<sup>23</sup>.

La primera parte versa sobre funcionamiento y discapacidad, y la segunda, sobre factores contextuales. Cada una de estas partes consta a su vez de dos componentes:

## 1. Componentes de funcionamiento y Discapacidad<sup>22</sup>:

El componente cuerpo consta de dos clasificaciones o constructos, uno para las funciones de los sistemas corporales, y otra para las estructuras del cuerpo.

El componente Actividades y participación cubre el rango completo de dominios que indican aspectos relacionados con el funcionamiento desde una perspectiva tanto individual como social. Posee también dos clasificadores o constructos. La capacidad como la ejecución de tareas en un entorno uniforme, con sus distintos niveles de dominios y categorías, y el desempeño / realización como la ejecución de tareas en el entorno real.

## 2. Componentes de factores contextuales

Son los factores que constituyen, conjuntamente, el contexto completo de la vida de un individuo, y en concreto el trasfondo sobre el que se clasifican los estados de salud en la CIF. Los Factores Contextuales tienen dos componentes: Factores Ambientales, y Factores Personales<sup>24</sup>:

El primer componente, los factores ambientales, están organizados partiendo del contexto/ entorno más inmediato al individuo y llegando hasta el entorno general. Estos factores se califican en función de si constituyen una barrera en el funcionamiento del individuo o un facilitador<sup>22</sup>.

El segundo componente, los factores personales, son aquellos que tienen que ver con el individuo, como por ejemplo, la edad, el sexo, el nivel social, etc. Aunque no están actualmente clasificados en la CIF es posible que los usuarios puedan incorporarlos al aplicar la clasificación<sup>24</sup>.

Los componentes de Funcionamiento y Discapacidad de la Parte 1 de la CIF se pueden emplear tanto en términos positivos, para indicar aspectos no problemáticos de la salud, como negativos para indicar problemas (ej., deficiencias, limitación en la actividad o restricción en la participación; todos ellos incluidos bajo el concepto global de discapacidad)<sup>20</sup>.

La salud y los estados “relacionados con la salud” de un individuo pueden registrarse seleccionando el código o códigos de la categoría apropiada y añadiendo calificadores, que son códigos numéricos que especifican la extensión o magnitud del funcionamiento o la discapacidad en esa categoría, o la extensión por la que un factor contextual es un facilitador o una barrera. Además, la CIF también ofrece la posibilidad de calificar a dichas categorías mediante puntuaciones que oscilan desde el 0 (ausencia de problema) hasta el 4 (problema total)<sup>21</sup>.

Las categorías y funciones incluidas en la CIF se pueden clasificar en distintos niveles según la precisión requerida. El primer nivel abarca toda la estructura de la CIF antes descrita. Los niveles segundo y tercero son codificados con mayor especificidad<sup>22</sup>.

Con respecto a la sexualidad, esta clasificación incluye, dentro de las funciones corporales, un capítulo referente a las funciones genitourinarias y reproductoras, en el cual se contemplan tanto las funciones sexuales, como las genitales y procreadoras.

### **2.3.2 Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE)-10**

La CIE-10 es la herramienta diagnóstica médica tradicional para clasificar todo lo relacionado con la enfermedad y codificar las enfermedades, así como los signos, síntomas y otros eventos que las caracterizan. La Organización Mundial de la Salud (OMS), ha sido la creadora de esta clasificación Internacional de Enfermedades, de la que se han realizado diez revisiones (CIE-10).

Esta clasificación tiene un enfoque eminentemente “medicalizado”, en el que se parte de una etiología, que nos conduce a una patología y a su manifestación, pero no refleja ni define adecuadamente la enfermedad, puesto que se remite a las causas, y no sirve para abordar los motivos que empujan a alguien a acudir a los servicios de salud, ni para valorar los resultados de la aplicación de los mismos<sup>23</sup>.

La CIE-10 define la discapacidad Intelectual, a la que conceptualiza como retraso mental, como un desarrollo mental incompleto o detenido, caracterizado principalmente por el deterioro de las funciones concretas de cada época del desarrollo que contribuyen al nivel global de la inteligencia, por ejemplo, las

funciones cognoscitivas, el lenguaje y las habilidades motrices o sociales. El retraso puede tener lugar con o sin otra alteración mental o física<sup>25</sup>:

Según dicha clasificación la discapacidad intelectual se divide en<sup>25</sup>:

- Retraso mental leve: aquellos con un coeficiente intelectual entre 50 y 69. Es probable que determine algunas dificultades en el aprendizaje, pero pueden ser capaces de trabajar y mantener buenas relaciones sociales. En esta clasificación, se incluye la debilidad mental y la oligofrenia leve.
- Retraso mental moderado: aquellos con un coeficiente intelectual entre 35 y 49. Los individuos incluidos en esta categoría presentan una lentitud en el desarrollo de la comprensión y del uso del lenguaje, y alcanzan en este área un dominio limitado. La adquisición de la capacidad de cuidado personal y de las funciones motrices también están retrasadas, de tal manera que algunos de los afectados necesitan una supervisión permanente. Aunque los progresos escolares son limitados, algunos aprenden lo esencial para la lectura, la escritura y el cálculo.
- Retraso Mental Grave: aquellos con un coeficiente intelectual entre 20 y 34. Es probable que determine la necesidad de un apoyo constante. Incluye la subnormalidad mental grave.
- Retraso mental profundo: coeficiente intelectual inferior a 20. Determina una severa limitación del cuidado personal, la continencia, la comunicación y la movilidad. Incluye la subnormalidad mental profunda.
- Otros tipos de retraso mental.
- Retraso mental no especificado, el cual incluye la deficiencia mental SAI y la subnormalidad mental SAI.

### **2.3.3 Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 5ª edición**

El manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, conocido por su acrónimo en inglés como DSM, es actualmente una de las clasificaciones de los trastornos mentales más usadas en la medicina y psicología clínica mundial. Se encuentra patrocinada por la American Psychiatric Association (APA), y se elabora desde una perspectiva eminentemente estadounidense y anglófona<sup>26</sup>.

Se trata de un manual de evaluación completa y sistemática de los distintos trastornos mentales y enfermedades médicas. El DSM-V (2013) define la discapacidad intelectual, (trastorno del desarrollo intelectual), dentro de los trastornos del desarrollo neurológico, como un *“trastorno que comienza durante el período de desarrollo y que incluye limitaciones del funcionamiento intelectual como también del comportamiento adaptativo de los dominios conceptual, social y práctico”*<sup>27</sup>.

Para poder establecer la clasificación de discapacidad intelectual, se deben cumplir los siguientes criterios<sup>27</sup>:

- Deficiencia de las funciones intelectuales, como el juicio, el aprendizaje académico y el aprendizaje a partir de la experiencia, confirmados mediante evaluación clínica y pruebas de inteligencia estandarizadas individualizadas.
- Inicio de las deficiencias intelectuales durante el período de desarrollo.
- 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, las deficiencias adaptativas limitan el funcionamiento en una o más actividades de la vida cotidiana, como la comunicación, la participación social y la vida independiente en múltiples entornos tales como el hogar o la escuela.

Asimismo, el manual especifica cuatro grados de intensidad, de acuerdo con el nivel de insuficiencia intelectual.

- Retraso mental leve:
  - o Dominio conceptual: en niños de edad preescolar puede no haber diferencias conceptuales manifiestas. En niños de edad escolar y adultos, existen dificultades en el aprendizaje y alteraciones del

pensamiento abstracto, de la función ejecutiva, así como de la memoria a corto plazo.

- Dominio social: personas con una inmadurez en las relaciones sociales, pudiendo existir dificultades de regulación de la emoción y el comportamiento de forma apropiada a la edad. El juicio social es inmaduro para la edad y el individuo corre el riesgo de ser manipulado.
  - Dominio práctico: en el cuidado personal el individuo puede funcionar de modo apropiado. Estas personas necesitan ayuda para las tareas complejas de la vida cotidiana.
- Retraso mental moderado:
- Dominio conceptual: habilidades conceptuales de los individuos notablemente retrasadas. En adultos, el desarrollo de las aptitudes académicas se encuentra en un nivel elemental. Se necesita ayuda continua diaria para completar las tareas de la vida diaria.
  - Dominio social: el lenguaje hablado es muy sencillo, la capacidad de relación está vinculada de forma evidente a la familia y los amigos, y el individuo puede tener amistades satisfactorias. El juicio social y la capacidad para tomar decisiones se encuentra limitada.
  - Dominio práctico: el individuo puede realizar sus necesidades personales como comer o vestirse, así como la higiene, y la participación en las tareas domésticas aunque se necesita un periodo largo de aprendizaje.
- Retraso mental grave:
- Dominio conceptual: el individuo tiene poca comprensión del lenguaje escrito o de conceptos que implican números, cantidades, tiempo y dinero.
  - Dominio social: necesitan una importante ayuda social y comunicativa en el trabajo. El lenguaje hablado está bastante limitado, tanto a vocabulario como a gramática, puede consistir en palabras o frases sueltas. Comprenden discursos sencillos y la comunicación gestual.
  - Dominio práctico: el individuo necesita ayuda para todas las actividades de la vida cotidiana, así como supervisión constante. No puede tomar decisiones, y la adquisición de habilidades implica un aprendizaje a largo plazo con supervisión constante.

- Retraso mental profundo:
  - o Dominio conceptual: el individuo puede utilizar objetos dirigidos a un objetivo para el cuidado de sí mismo, el trabajo y el ocio. La existencia concurrente de alteraciones motoras y sensitivas puede impedir un uso funcional de los objetos.
  - o Dominio social: comprensión muy limitada de la comunicación simbólica en el habla y la gestualidad. El individuo puede comprender algunas instrucciones sencillas. La existencia concurrente de alteraciones sensoriales y físicas puede impedir muchas actividades sociales.
  - o Dominio práctico: el individuo depende de otros para todos los aspectos del cuidado físico diario, la salud y la seguridad, aunque puede participar en ellas. La existencia simultánea de alteraciones físicas y sensoriales son un impedimento frecuente para la participación en actividades domésticas o recreativas.

Otras de las clasificaciones que realiza el DSM-V sobre los trastornos del desarrollo intelectual son el retraso global del desarrollo, el cual se reserva para individuos menores de cinco años, y la discapacidad intelectual no especificada, reservada para individuos mayores de cinco años cuando la valoración del grado de discapacidad intelectual mediante procedimientos localmente disponibles es difícil, debido a deterioros asociados, como la ceguera o la sordera.

La descripción de dichas clasificaciones, que no incluyen una referencia explícita a la sexualidad, facilitará la interpretación de los criterios de selección de los participantes del presente estudio.

#### **2.4 Mitos y prejuicios de la sexualidad en las personas con discapacidad**

La sexualidad de las personas con discapacidad intelectual ha estado marcada por múltiples mitos y falsas creencias, muchas de ellas contradictorias entre sí, que muestran la no aceptación de los derechos de las personas con discapacidad en ese ámbito, limitando así su derecho a vivir una sexualidad libre y saludable<sup>28</sup>.



Entre los mitos más arraigados en la sociedad, se pueden destacar, entre otros:

- La falsa creencia de pensar que presentan una sexualidad con matices psicopatológicos, haciendo referencia a la sobresexualización, por el hecho de demostrar una conducta exacerbada, como comportamientos sexuales en lugares públicos<sup>29</sup>.
- Considerar que no tienen sexualidad, que son “niños eternos”, asexuados, es otro de los mitos más difundidos. Se les atribuye una eterna infancia que provoca miedo a manifestar su sexualidad por el peligro de ser rechazados por los que le rodean<sup>28</sup>.
- Otro de los prejuicios arraigados es que las personas con discapacidad no han de disponer de educación sexual ya que desarrollarían un carácter inadecuado<sup>30</sup>.

Todos estos mitos y prejuicios, provocan como producto de temores, desconocimiento, encubrimiento y rechazo, una limitación en el desenvolvimiento de las personas con discapacidad intelectual, siendo también una violación flagrante a los derechos sexuales de estas personas, entre los que se puede destacar ,el derecho a la propiedad de su cuerpo, derecho a tener privacidad, derecho a recibir información acerca de este tema, explorar su cuerpo y descubrir sus fuentes de placer sexual<sup>31</sup>.

Todos estos mitos han contribuido a evitar o, al menos, a esconder esa esfera de las personas con discapacidad intelectual, independientemente de que vivan en el entorno familiar o se encuentren institucionalizados. En muchas ocasiones, esa invisibilidad de la necesidad de sexualidad de estas personas, contribuye a profundizar en un problema causado por una falta de abordaje y reconocimiento, lo que conlleva a unos conflictos y dificultades con respecto a la sexualidad, como pueden ser las expresiones sexuales inadecuadas, o la incapacidad de defenderse contra el abuso, derivados de la falta de información y educación, por el desconocimiento tanto por parte de las familias , como del resto de la sociedad y las creencias de estos mitos como realidad.

## **2.5 El abuso sexual en el discapacitado intelectual**

Uno de los problemas relacionados con la esfera de la sexualidad de las personas con discapacidad, que ha trascendido en ocasiones incluso a los medios de comunicación, es el abuso sexual en cualquiera de sus manifestaciones. Cuando hablamos de abuso sexual, hacemos referencia a todas aquellas situaciones en las que una persona se ve envuelta en actividades o en relaciones sexuales que no quiere, y no ha consentido o no entiende. Los tipos de abuso más frecuentes encontrados en los discapacitados intelectuales, son<sup>32</sup>:

- Abuso sexual sin contacto: incluye acoso, pornografía, posturas inadecuadas e insinuaciones.
- Abuso sexual con contacto: recoge tocamientos, masturbación y penetración.

Las personas con una discapacidad intelectual, constituyen una parte potencial de las víctimas del abuso sexual, sin embargo, obtener una información adecuada sobre el abuso, el acoso o la violación de estas personas resulta difícil, si se tiene en cuenta que normalmente no han recibido una formación, ignoran los conocimientos sobre la sexualidad y se les condena muchas veces al aprendizaje viciado, a través de los propios abusadores<sup>33</sup>. Es posible que no lleguen a considerarlo como abuso sexual, que tarden en hacerlo, o incluso lo analicen como una conducta positiva hacia ellos, sobre todo si se tiene en cuenta que estos hechos ocurren con mucha frecuencia en un contexto de afecto, donde el agresor ofrece atención y cariño, premios e incluso placer. La mayoría de los abusos viene por parte de miembros de la familia y conocidos, por lo que los discapacitados intelectuales colaboran con los abusadores e incluso lo pueden llegar a considerar un amigo<sup>33,34</sup>.

Mientras que en aquellas personas que no presentan una discapacidad intelectual, un abuso sexual puede causar trastornos emocionales, ansiedad y depresión; Las personas con alguna discapacidad intelectual, pueden manifestar diferentes actitudes tras los abusos, como pueden ser las agresiones a sí mismos, actuando con comportamientos sexuales inadecuados, o reduciendo sus funciones cognitivas<sup>35</sup>.

La prevención del embarazo a través de la esterilización no es una opción sustitutiva de una prevención efectiva del abuso sexual. Numerosos estudios describen cómo

la esterilización aumenta el riesgo de abuso, ya que los abusadores se sienten más seguros al no contemplar un riesgo de embarazo<sup>36</sup>.

Por ello, es muy importante la adecuada prevención de cualquier tipo de abuso sexual, siendo la mejor estrategia de protección, la educación a través de programas de educación sexual. Con una información adecuada y adaptada, puede reducirse el riesgo de abuso a personas con discapacidad intelectual, tras haberse constatado en numerosos estudios de los años 1970 y 1980, en los que no se realizaban intervenciones educativas, que las personas con discapacidad intelectual manifestaban muy bajo conocimiento sobre la salud reproductora, situándose como un foco de riesgo<sup>35</sup>.

### **3. Métodos anticonceptivos**

Denominamos métodos anticonceptivos al conjunto de prácticas, medios o agentes destinados a evitar embarazos no deseados, y a decidir el momento y el número de ellos, es decir, son un conjunto de métodos para el control de la natalidad, que además pueden adicionar una protección frente a las enfermedades de transmisión sexual<sup>7</sup>.

Para realizar una correcta elección del método anticonceptivo que mejor se adapte a las circunstancias de la persona o la pareja, se deberán valorar una serie de requisitos, que van a depender por una parte de la mujer y/o pareja, y por otra parte, del propio método en sí<sup>37</sup>:

- La reversibilidad, que es la recuperación de la fertilidad una vez interrumpido el método anticonceptivo.
- La protección que ofrezca frente las enfermedades de transmisión sexual.
- La eficacia. Es decir, la capacidad del método anticonceptivo para evitar el embarazo.
- La facilidad de uso, así como el requerimiento de controles médicos, posee una gran importancia cerciorarse de la comprensión por parte de la persona de la correcta utilización del método anticonceptivo, si no es así, se corre el riesgo de disminuir su efectividad<sup>38</sup>:
- La seguridad, o lo que es igual, la capacidad del método que puede producir efectos no deseados en la persona. Por ello, se deben tener en cuenta las

contraindicaciones, así como la interferencia con el desarrollo físico en los adolescentes<sup>38</sup>.

- El precio. Son muchos los métodos anticonceptivos que no están financiados, por ello, las políticas sanitarias deberán estar encaminadas a facilitar el acceso a estos<sup>37</sup>.

### **3.1 Tipos de anticonceptivos**

Los métodos anticonceptivos eficaces son aquellos que poseen una eficacia anticonceptiva alta. Se pueden clasificar en cuatro grandes grupos según sea su mecanismo de acción:

#### **3.1.1 Métodos anticonceptivos de barrera**

Son aquellos métodos anticonceptivos que interponen una barrera mecánica y/o química entre el pene y el cuello del útero, evitando la entrada de los espermatozoides<sup>7</sup>.

Dentro de este grupo, se incluyen el preservativo masculino, el preservativo femenino, los espermicidas, y el diafragma.

##### 1. El preservativo masculino

El preservativo masculino es un método anticonceptivo que consiste en una fina funda de látex que se debe colocar sobre el pene en erección. Una vez que el hombre ha eyaculado, éste retiene el semen, impidiendo que los espermatozoides entren en contacto con la vagina<sup>7</sup>.

Dicho método anticonceptivo no presenta ninguna contraindicación absoluta, teniendo un bajo coste y una gran facilidad de obtención, sin embargo, se debe utilizar de forma correcta y adecuada, para evitar roturas o deslizamientos, y con ello, evitar un aumento de riesgo de contagio<sup>39</sup>.

Este método anticonceptivo no presenta ninguna contraindicación absoluta, y no precisa de supervisión médica, es fácil de obtener y tiene un bajo coste. Además, evita la transmisión de infecciones, tanto las enfermedades de transmisión sexual que se producen a través de secreciones, como aquellas que se contagian por contacto cutáneo, como puede ser el papiloma virus. Esta

protección frente a infecciones se produce tanto del hombre a la mujer y viceversa<sup>7</sup>.

## 2. El preservativo femenino

El preservativo femenino consiste en una funda fina, de plástico, que se encuentra lubricado por ambos lados. Presenta dos extremos, uno cerrado y otro abierto. El extremo cerrado se coloca en el interior de la vagina, tapando con ello el cuello del útero, y el extremo abierto, quedará en el exterior, cubriendo los genitales externos. Dicho método se encuentra disponible en España desde el año 1994<sup>7,40</sup>.

El preservativo femenino es un método anticonceptivo de barrera que controla la mujer. Ofrece protección anticonceptiva, aunque su eficacia es menor que la del preservativo masculino, puesto que presenta una mayor tasa de fallos y tiene un mayor coste, pero si se usa de forma correcta, posee una mayor protección frente al virus del papiloma humano que el masculino. Al igual que el anterior, tampoco precisa un seguimiento<sup>38</sup>.

Sin embargo, a pesar de su disponibilidad y el fácil acceso en muchos países, su impacto ha sido reducido en España, a pesar de que inicialmente se pusieron en marcha campañas de distribución, su elevado coste, la falta de distribuidores comerciales y la escasa demanda, han restringido su uso generalizado<sup>41</sup>.

## 3. Diafragma

El diafragma es un método anticonceptivo de barrera, que consiste en un casquete de látex blando, de diferentes tamaños, que se coloca en la vagina, tapando el cuello del útero. Debe ir siempre acompañado con un espermicida, sustancia que enlentece o destruye los espermatozoides, impidiendo que lleguen al óvulo. Este método anticonceptivo debe utilizarse siempre bajo prescripción médica y tras una exploración pélvica exhaustiva<sup>7</sup>.

Cabe destacar que su uso en multíparas tiene más riesgo de fallo y que puede utilizarse después del parto solo cuando el útero ha vuelto a su situación basal, y seis semanas después de los abortos sucedidos en el segundo trimestre<sup>37</sup>.

Se debe tener en cuenta que este anticonceptivo se puede colocar hasta dos horas antes del coito, pero debe mantenerse en la vagina al menos siete horas después de éste, sin sobrepasar las veinticuatro horas. Este método permite reutilizar el diafragma varias veces, extrayéndolo después de cada coito y limpiándolo, siendo necesario cambiarlo una vez hayan pasado dos años de utilización, o cuando se encuentre deteriorado<sup>7</sup>.

### **3.1.2 Métodos anticonceptivos hormonales**

Los métodos anticonceptivos hormonales consisten en la administración de una hormona o varias, a través de diferentes vías, como pueden ser la oral, la intramuscular, a través de la pared del útero o incluso a través de la piel.

Se pueden dividir en anticonceptivos hormonales solo progestágenos, o los anticonceptivos hormonales combinados.

#### 1. Anticonceptivos hormonales progestágenos

Son fármacos que incluyen derivados de la hormona progesterona o de la testosterona. Estas hormonas sintéticas permiten obtener los beneficios de las hormonas intentando minimizar los efectos secundarios de éstas. Todas las progesteronas producen retroalimentación negativa sobre la secreción de gonadotropinas, con inhibición de la ovulación y reducción de la síntesis de andrógenos, es decir, su principal mecanismo de acción consiste en impedir la ovulación, además de espesar el moco cervical, lo que impide el paso de los espermatozoides, así como disminuir las contracciones de las trompas de Falopio haciendo más dificultoso el paso del óvulo hacia el útero<sup>37</sup>.

Hay varios tipos de anticonceptivos hormonales progestágenos, los cuales se administran de modo diferente.

La mini-píldora o píldora con progestágeno, es un anticonceptivo que se administra de forma oral, diaria, iniciándose el primer día de la menstruación, sin interrupciones.

La inyección Intramuscular de progestágeno, se administra y se almacena en el músculo, liberándose lentamente hacia la sangre. La primera dosis se

administrará entre el primer y el quinto día del ciclo. Se debe administrar siempre por un profesional, y cada doce semanas<sup>7</sup>.

El implante subcutáneo consiste en una varilla de plástico flexible, que se inserta debajo de la piel, y libera de forma constante un progestágeno que impide el embarazo. Se debe colocar por personal especializado, introduciéndolo en la cara interna del brazo no dominante. Como complicaciones posibles, en cuanto a la inserción, se han descrito hematoma, dolor, irritación local y posible riesgo de infección. Su protección frente al embarazo tiene una duración de tres años<sup>42</sup>.

El dispositivo intrauterino (DIU), consiste en la utilización de un pequeño aparato de plástico en forma de "T", que se introduce en el interior del útero y que libera lentamente progestágenos, ofreciendo una elevada eficacia anticonceptiva. Es un método de larga duración, ya que su duración es de hasta cinco años<sup>43</sup>.

## 2. Anticonceptivos hormonales combinados

Son aquellos anticonceptivos que incluyen diferentes dosis de etinilestradiol con diferentes tipos de gestágenos, es decir, consisten en la administración de dos hormonas similares a las que producen los ovarios. Pueden administrarse por diferentes vías como pueden ser la oral, a través de la piel o la vagina<sup>44</sup>.

Su mecanismo de acción consiste en inhibir el pico de hormona luteinizante (LH), inhibir el aumento de la hormona folículo estimulante (FSH) y el reclutamiento, la dominancia y la selección folicular, logrando espesar el moco cervical, produciendo atrofia endometrial y disminuir las contracciones de las trompas de Falopio haciendo más dificultoso el paso del óvulo hacia el útero<sup>37</sup>.

Existen varios tipos de anticonceptivos hormonales combinados, como la píldora, el parche anticonceptivo y el anillo vaginal.

La píldora combinada es un anticonceptivo hormonal combinado que contiene distintas dosis de estrógeno y progestágeno, y funciona fundamentalmente impidiendo la ovulación. Se debe administrar un comprimido al día desde el primer día de la menstruación, por vía oral, y preferentemente a la misma hora. Según el tipo de preparado, la toma será de 21 días, 22, o 28<sup>38</sup>.

La píldora combinada presenta además otros efectos no anticonceptivos, como pueden ser la disminución del riesgo de cáncer de ovario y de endometrio, mejoría del hirsutismo y el acné, la protección contra el embarazo ectópico, la disminución del riesgo de padecer quistes funcionales ováricos y el aumento de la regularidad menstrual, así como la disminución del sangrado menstrual y la dismenorrea. Las mujeres que toman la píldora, además, presentan una mayor protección frente a la enfermedad inflamatoria pélvica por espesamiento del moco cervical, dificultando el ascenso de microorganismos<sup>45</sup>.

Existen muchos tipos de píldora anticonceptiva combinada, dependiendo de la concentración de hormonas que contenga y la forma en que éstas se dosifiquen.

El parche anticonceptivo transdérmico es otro método anticonceptivo hormonal combinado, el cual consiste en un parche adhesivo que se coloca una vez a la semana, durante tres semanas, seguido de una semana sin parche. Este parche va liberando el progestágeno y el Etinelestradiol diariamente, permitiendo unas concentraciones hormonales plasmáticas más estables, evitándose así las fluctuaciones de la administración vía oral<sup>43</sup>.

Por último, el anillo vaginal, es un método anticonceptivo hormonal combinado que consiste en un anillo compuesto por un material plástico flexible y blando, que contiene hormonas del tipo progestágeno y estrógenos, que van siendo liberados a través de la pared vaginal durante veintiún días a la sangre, impidiendo la ovulación. Este método anticonceptivo se coloca en la vagina durante tres semanas de manera ininterrumpida, después se descansa una semana y se vuelve a colocar el anillo. La retirada debe realizarse el mismo día de la semana que se colocó, y a ser posible a la misma hora aproximada<sup>46</sup>.

### **3.1.3 Métodos anticonceptivos intrauterinos**

Existen principalmente dos grupos de dispositivos intrauterinos. El primero es el dispositivo intrauterino hormonal, que ha sido descrito en los métodos anticonceptivos hormonales. Se trata de un método mixto, porque a su colocación intrauterina se une la liberación diaria de hormonas que impiden la proliferación de las paredes del útero.



El segundo, es el dispositivo intrauterino de cobre, rodeado por un alambre de cobre. En su extremo posee uno o dos hilos que quedan en la vagina y permiten verificar si el dispositivo está correctamente insertado<sup>44</sup>.

El mecanismo de acción de este tipo de dispositivo intrauterino se encuentra en la respuesta inflamatoria en el interior del útero, que dificulta la implantación del blastocito, junto a posibles acciones nocivas en el óvulo y los espermatozoides, es decir, provoca un cambio químico dentro del útero impidiendo la unión del espermatozoide y el óvulo<sup>37</sup>.

Este dispositivo, una vez colocado, puede durar de entre cinco a diez años, dependiendo el tipo de Dispositivo Intrauterino (DIU) de cobre que sea.

#### **3.1.4 Métodos anticonceptivos permanentes**

Los métodos anticonceptivos permanentes son aquellos definitivos, es decir, una vez realizados, su acción anticonceptiva se mantiene para siempre, sin que se pueda recuperar la fertilidad<sup>7</sup>.

Para decidir la indicación de la esterilización, tanto femenina como masculina, la OMS establece la siguiente clasificación<sup>37</sup>:

- **A (Aceptable):** No existe razón médica para negarse a la esterilización si lo solicita el/la paciente.
- **C (Cuidado):** El procedimiento puede realizarse, pero con una preparación y unos cuidados más precisos.
- **D (Después):** Debemos esperar a que el caso reúna las características necesarias, utilizando otro método hasta ese momento.
- **S (eSpecial):** El procedimiento debe realizarse por un equipo multidisciplinar con experiencia y con los medios técnicos adecuados.

Dentro de los métodos anticonceptivos permanentes, existen diferentes tipos, según estén dirigidos a la mujer o al hombre. Con respecto a los métodos anticonceptivos permanentes femeninos, podemos encontrar:

1. La Oclusión tubárica quirúrgica. Consiste en taponar el interior de las trompas de Falopio, impidiendo el paso de los óvulos, y con ello, el contacto con los espermatozoides.

Se realiza a través de una intervención quirúrgica, bajo anestesia local, que se puede realizar a través de diferentes métodos, siendo el más utilizado la ligadura de trompas<sup>7</sup>.

2. Dispositivo o implante intratubárico. Se trata de un método anticonceptivo permanente que surge ante las complicaciones de los métodos invasivos quirúrgicos para la anticoncepción permanente. Se basa en la inserción de unas dobles hélices en las trompas de Falopio, parecidas a los Stents cardíacos, los cuales se expanden tras su colocación, provocando una reacción inflamatoria del tejido circundante, obstruyendo las trompas de Falopio en un tiempo de tres meses, impidiendo así el paso de los espermatozoides. La colocación de este dispositivo implica un procedimiento sencillo, y reducido en costes, pero con una gran efectividad<sup>47</sup>.

Con respecto los métodos anticonceptivos permanentes masculinos, encontramos la Vasectomía, siendo esta la forma más fiable de anticoncepción masculina y se estima que entre cuarenta y sesenta millones de hombres en todo el mundo confían en ella<sup>48</sup>.

La vasectomía consiste en la interrupción de los conductos deferentes, impidiendo con ello la salida de los espermatozoides al exterior cuando se produce la eyaculación. Esta técnica se considera irreversible, teniendo una baja tasa de complicaciones. Todos los datos disponibles indican que la vasectomía es segura, y no se encuentra asociada a efectos secundarios<sup>48</sup>.

### **3.2 Métodos anticonceptivos y Discapacidad Intelectual**

Los criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos, tienen ciertas consideraciones con aquellas personas que presentan unas condiciones médicas especiales, como son los discapacitados intelectuales, por ello, los profesionales deben de respetar las indicaciones y contraindicaciones a la hora de prescribir dichos anticonceptivos<sup>49</sup>.

Una persona con una discapacidad intelectual posee las mismas opciones que cualquier otra mujer sobre anticoncepción, sin embargo, los métodos anticonceptivos deben explicarse a estas personas de un modo sencillo y entendible.

Con respecto a los diferentes métodos anteriormente descritos, la píldora anticonceptiva es una de las más utilizadas por las mujeres con discapacidad intelectual, pero para su uso deben de poseer la capacidad necesaria para tomarla regularmente, teniendo en cuenta que algunos fármacos utilizados en el tratamiento de la epilepsia, pueden interactuar con ésta. Por otra parte, los anticonceptivos inyectables, pueden ser una opción, aunque se debe de tener en cuenta el gran aumento de peso y los problemas de osteopenia que pueden provocar, por ello, su uso a largo plazo en las personas con una discapacidad intelectual, deben realizarse tras una cuidadosa consideración. Los implantes subdérmicos, en cambio, causan mucho menos aumento de peso y osteopenia, pero producen más irregularidades menstruales<sup>35</sup>.

Los dispositivos Intrauterinos pueden ser adecuados con la apropiada explicación y consentimiento de las mujeres con discapacidad intelectual. Los métodos anticonceptivos de barrera, son particularmente difíciles de entender y usar de una manera correcta, pero ayudan a reducir el riesgo de las Enfermedades de Transmisión Sexual, aun así, se deberán añadir a estos otros métodos de anticoncepción<sup>35</sup>.

Debemos recordar que las personas con una discapacidad intelectual poseen un mayor riesgo de embarazo, complicando así su estabilidad emocional y la de su familia. Por ello, los programas de educación sexual, deberían enseñar los diferentes tipos de anticonceptivos, así como el uso, los riesgos y las diferencias entre ellos. Asimismo, es necesario evaluar el uso de las técnicas de esterilización, siendo éstas un control permanente y alternativo<sup>50</sup>.

#### **4. Principales infecciones de transmisión sexual**

Las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) son aquellas causadas por microorganismos que normalmente están presentes en el tracto reproductivo o que son introducidos desde el exterior durante el contacto sexual, o durante procedimientos médicos. Estas infecciones se encuentran entre las causas de morbilidad materna y perinatal más importantes del mundo<sup>51</sup>.

Estas infecciones representan un problema de salud prioritario a nivel mundial, tanto por el impacto que producen sobre la salud física y mental como por sus repercusiones sobre la fertilidad y el desarrollo de neoplasias<sup>52</sup>.

Entre los factores que predisponen a un mayor riesgo para adquirir una ITS, se encuentran: una edad de inicio temprana de las relaciones sexuales coitales (a los 15 años o antes), que se ha asociado con un mayor número de parejas sexuales, mantener relaciones sexuales bajo los efectos del alcohol y otras drogas y tener múltiples parejas sexuales ocasionales. Conductas como no usar el preservativo, tener múltiples parejas sexuales y la frecuencia de las relaciones sexuales constituyen un riesgo para la transmisión de las ITS<sup>53</sup>.

Con respecto a las personas con discapacidad intelectual, hay muy poca información disponible sobre las infecciones de transmisión sexual en estas personas. Sin embargo, es razonable suponer que las personas con este tipo de discapacidad, que son sexualmente activas, tienen un riesgo mayor de contraer este tipo de infecciones por diversos motivos, entre los cuales se encuentran: Los conocimientos inadecuados sobre las infecciones de transmisión sexual, la incapacidad para comprar preservativos, o la obtención de ayuda para obtenerlos, así como la posibilidad de que la persona no posea las habilidades necesarias para hacer un uso correcto de estos métodos de protección contra las infecciones de transmisión sexual<sup>35</sup>.

Por todo lo descrito anteriormente, se debe de dar una gran importancia a la educación sexual, trabajando con estas personas sobre los riesgos de estas Infecciones, y cómo protegerse de ellas. Uno de los requisitos más importantes que deben destacar en un programa de educación sexual, es el relacionado con el sexo seguro, desarrollado con ello la madurez necesaria y los conocimientos para aprender a identificar los síntomas de la enfermedad, usar los métodos anticonceptivos o abstenerse de tener relaciones sexuales en el caso de la posibilidad de infección, así como de reconocer la aparición de signos y síntomas en ellos mismos, y sabe dónde acudir para recibir la atención médica que necesitan<sup>50</sup>.

## 5. Educación sexual

Para analizar el tema de la educación sexual y el impacto que tiene en la educación especial, se debe partir de que, incluso actualmente, el término sexualidad, en muchas ocasiones, se limita a la genitalidad. Por ello, existen gran cantidad de reservas acerca de estos temas, muchas veces conllevando a disfrazar términos y mostrar actitudes de vergüenza y negación, siendo esto más acusado cuando se trata de explicarlo a otras personas que están etiquetadas como “ discapacitados”<sup>54</sup>.

Las personas con discapacidad intelectual tienen derecho a conseguir el máximo nivel de integración y normalización posible, incluyendo también el campo de las necesidades afectivas y sexuales<sup>55</sup>.

Estas personas aspiran a una sexualidad igual a los demás, pero muchos de ellos carecen de intimidad, ya que sus cuerpos están desde edades muy tempranas en manos de otros, como sus padres o sus médicos. Generalmente, no se habla con ellos de sexualidad, tanto por falta de información y entrenamiento, como por inhibiciones del paciente o de los mismos profesionales. De hecho, aunque se ha avanzado en otros aspectos, es frecuente que los temas referidos a sexualidad sean ignorados e incluso rechazados<sup>55,56</sup>.

La educación sexual en las personas con discapacidad intelectual posee una gran importancia, siendo una de las principales estrategias de prevención contra la violencia y el abuso sexual. Informar y formar a las personas con discapacidad sobre la sexualidad, provoca que puedan protegerse de estos abusos, además de permitir con ello que sepan diferenciar y saber cuál es un comportamiento sexual apropiado<sup>57</sup>.

Considerando a la sexualidad como una dimensión nuclear de la persona, se ha de concluir que la educación sexual es un elemento principal del proceso educativo del discapacitado intelectual para, con ello, favorecer una conducta sexual positiva, ajustada, libre y responsable. En consecuencia, no se debe negar a estas personas el derecho que tienen a recibirla<sup>33</sup>.

## **6. OBJETIVOS**

### **Objetivo general**

Identificar el nivel de conocimiento sobre sexualidad que poseen las personas con discapacidad intelectual que residen o acuden de manera frecuente, a algún tipo de institución, residencia o centro ocupacional, de los seleccionados en la ciudad de Guadalajara.

### **Objetivos específicos**

- Describir cuál es el principal medio de información sobre sexualidad que emplean estas personas.
- Conocer la proporción de personas con discapacidad intelectual estudiadas que han recibido algún tipo de educación sexual y si ésta repercute en su conocimiento de la sexualidad con respecto al resto de personas con discapacidad estudiadas.
- Describir el conocimiento que poseen los sujetos de estudio sobre los diferentes métodos anticonceptivos y las enfermedades de transmisión sexual.

## **MATERIAL Y MÉTODO**

### **Diseño de estudio**

Para el desarrollo del presente estudio se ha empleado un diseño descriptivo, transversal y prospectivo, de metodología cuantitativa, realizado entre los meses de Octubre de 2014 y Mayo de 2015.

### **Ámbito de estudio**

El estudio ha sido realizado en instituciones dirigidas a la atención a personas con discapacidad intelectual de la ciudad de Guadalajara, entre las cuales se encuentran:

- Mini residencia para atención a discapacitados intelectuales.
- Centro Ocupacional de la Asociación "DOWN".
- Centro Ocupacional de ocio inclusivo "Las Encinas".
- Centro de Día de Mayores con Discapacidad intelectual "Las Encinas".

Atendiendo a sus objetivos terapéuticos y al régimen de residencia, los centros de estudio se dividían en:

Centros Residenciales. En los que el usuario pernocta y desarrolla toda su vida diaria. En esta tipología se encuentra la Mini residencia. Cabe destacar que por expreso deseo de la Dirección del Centro, no se facilita el nombre de la Residencia.

Centros Ocupacionales o Centros de Día. Dispositivos que se basan en el mantenimiento de la persona en su entorno habitual, ofreciendo una oferta de programas terapéuticos, algunos con objetivos de empleabilidad. En este grupo se incluyen los Centros Ocupacionales Asociación "DOWN", Las Encinas y el Centro de Día de Mayores con Discapacidad intelectual "Las Encinas".

### **Población y muestra**

La población de estudio se encontraba delimitada a aquellas personas que vivían en Guadalajara, que residieran o acudieran a alguna de las instituciones incluidas en el estudio, ya sea residencia o centros externos. Suponiendo un número total de 141 personas.

Para la selección de los sujetos de estudio se aplicaron los siguientes criterios de inclusión y exclusión, en base a los objetivos formulados:

Criterios de Inclusión:

- Presentar una discapacidad intelectual diagnosticada.
- Ser mayor de dieciocho años.
- Residir, o acudir de forma regular, a la institución o centro asistencial donde se ha realizado el estudio.

Criterios de exclusión:

- Aquellas personas con una discapacidad intelectual grave o profunda, es decir, que no posean un nivel de comprensión adecuado para responder al cuestionario.
- Consumir fármacos que puedan alterar en nivel cognitivo.

En el proceso de selección de los centros y sujetos de estudio, tras varias negativas en diferentes instituciones, se consiguió la aceptación por parte de una Mini residencia donde convivían 18 personas con discapacidad intelectual. De todos ellos, 17 cumplían con los criterios de inclusión.

En segundo lugar, se amplió la muestra tras la aprobación por parte de la junta directiva de miembros de la asociación "DOWN" de Guadalajara. Del total de 45 integrantes, solo siete personas cumplían los criterios de inclusión.

Por último, se consiguió ampliar la muestra al poder incluir a la asociación "Las Encinas", en la que facilitaron el acceso tanto al Centro Ocupacional de Ocio Inclusivo, del que pudieron seleccionarse a 11 personas que cumplían los criterios de inclusión, de las 33 totales; como al Centro de Día de Mayores con Discapacidad intelectual, del que se seleccionó a 24 personas que cumplían los criterios de inclusión, de las 45 totales.



Del total de la población de estudio, compuesta por 141 personas, tras la aplicación de los criterios de inclusión y exclusión y del deseo voluntario de participación, la muestra final de sujetos incluidos en el estudio fue de 60 personas, 24 mujeres y 36 hombres, diagnosticados con algún tipo de discapacidad intelectual.

Para determinar la idoneidad de los sujetos con los criterios fijados, se entrevistó a los profesionales de los centros que realizaron una primera exclusión de los sujetos con mayor afectación intelectual y se revisaron los tratamientos farmacológicos.

Se puede observar en la siguiente tabla, la población de cada Asociación que cumplían los criterios de Inclusión

**Tabla 1. Nº de usuarios seleccionados por centro.**

<b>Institución</b>	<b>Total de Usuarios</b>	<b>Sujetos incluidos en el estudio que cumplía criterios de Inclusión</b>
<b>Mini Residencia</b>	18	17
<b>Asociación DOWN</b>	45	8
<b>Centro de día de mayores “Las Encinas”</b>	45	24
<b>Centro de Ocio Inclusivo “ Las Encinas”</b>	33	11

### **Instrumento para la obtención de información**

Para la realización de este estudio se diseñó un cuestionario de elaboración propia y heteroadministrado, tras la búsqueda bibliográfica relacionada con la sexualidad y la discapacidad intelectual, al no encontrar un cuestionario validado que se ajustara a los objetivos del estudio.

## Estrategia de búsqueda de fuentes de información

Con objeto de aproximarse al estado de la cuestión sobre la sexualidad en las personas con discapacidad intelectual y de elaborar el instrumento de obtención de datos para el estudio, se desarrolló la búsqueda bibliográfica, consultando publicaciones consultando publicaciones periódicas nacionales e internacionales de contenido biosanitario, de las siguientes bases de datos: Cochramelibrary plus, Scielo, ScienceDirect, BvS y PubMed.

A su vez, también se revisaron diferentes libros monográficos específicos, y publicaciones online, todos ellos referenciados en la bibliografía.

Dicho cuestionario tenía como objetivo ser una herramienta sencilla y adaptada a la población de estudio, que arrojará la información necesaria para la consecución de los objetivos planificados.

Se evaluó la idoneidad de dicho cuestionario a través de un pilotaje de éste realizado sobre 4 personas, tras el cual se registraron las dificultades por imprecisiones del mismo:

- En la pregunta referente a quién acude el encuestado cuando presenta dudas de carácter sexual, se cambió la respuesta de “padres”, por “familia”, al detectar con anterioridad al despliegue que muchos de los encuestados no contaban con padres, disponiendo de familiares en otros grados.
- Con respecto a la pregunta “Indica cuáles de los siguientes métodos, son anticonceptivos”, se observó la necesidad de añadir a las respuestas dicotómicas, una opción de “no sabe”, ya que a pesar de saber qué es un método anticonceptivo, desconocían algunos de los nombrados en el cuestionario.

Posteriormente se incorporaron las modificaciones pertinentes, elaborándose el cuestionario definitivo.

El cuestionario definitivo presenta la siguiente estructura:

El primer bloque recoge las variables sociodemográficas de interés para esta investigación, entre las cuales se encuentran:

- Variable : “ Sexo”
  - Ítem: Mujer.
  - Ítem: Hombre.
- Variable: “ Fecha de Nacimiento”
- Variable: lugar de residencia “¿vives siempre en el centro?”
  - Ítem: sí
  - Ítem: no
- Variable “¿dónde?”

El segundo bloque está conformado por una pregunta abierta, relacionada con la anatomía, como aproximación al conocimiento general sobre la morfología sexual.

El tercer bloque se encuentra constituido por cuatro preguntas cerradas, referidas a la pareja, siendo una de ellas una pregunta filtro, que descarta la contestación a la segunda.

El cuarto bloque consta de doce preguntas cerradas que versan sobre diferentes aspectos de la sexualidad, como el conocimiento de métodos anticonceptivos o enfermedades de transmisión sexual, siendo la pregunta once una pregunta filtro, que descarta la contestación de la número doce.

El cuestionario íntegro puede consultarse en el anexo 1.

### **Proceso de obtención de datos.**

Tras concluir la fase de diseño del cuestionario y recibir las autorizaciones oportunas para acceder a las instituciones, se programó el trabajo de campo que se realizó entre Febrero y Abril, a través del que se obtuvieron los resultados del estudio.

Como se ha descrito en el apartado anterior, dadas las características personales de los sujetos de estudio, el cuestionario era heteroadministrado, siendo el investigador quien lo cumplimentaba en el momento de la entrevista.

Para el despliegue de los cuestionarios, se realizó una entrevista individualizada a cada sujeto, en aulas o despachos que garantizaran las condiciones de confidencialidad que facilitaran la comunicación. Todas las entrevistas se realizaron en el interior de los centros, evitando el desplazamiento de los sujetos de estudio.

La entrevista tuvo una duración media de entre diez y doce minutos por persona, incluyendo la fase de información previa al cuestionario.

### **Tratamiento y análisis de los datos**

En primer lugar se procedió a la codificación alfanumérica de los cuestionarios para evitar su identificación, asignando un código numérico a cada uno de los datos, para facilitar su explotación.

Una vez codificadas las respuestas, se procedió a crear una base informatizada de datos, a través del programa Excel 2010<sup>®</sup>, que permitió el tratamiento estadístico de los mismos. Se estudiaron la media, la moda, la mediana y el rango de la variable edad y las frecuencias absolutas, frecuencias relativas y porcentajes en todas las variables.

### **Consideraciones éticas y legales**

Al tratarse de un estudio descriptivo, de participación voluntaria y sin ningún tipo de intervención sobre los sujetos, se cumplieron plenamente y en todo momento, los principios bioéticos inherentes a un proceso de investigación, destacando el principio de autonomía de los participantes y la proporcionalidad de la información solicitada con los objetivos de estudio.

Todos los participantes, así como los tutores legales, fueron informados del estudio, así como de la confidencialidad y el anonimato del mismo, con la colaboración de los trabajadores de los centros. La participación fue voluntaria, facilitándose la interrupción de la misma en cualquier momento. Dadas las características de los sujetos de estudio, los profesionales y la investigadora consideraron contraproducente que tuvieran que firmar un documento que acreditara el consentimiento, por ello se obtuvo el consentimiento informado de modo verbal y con carácter previo a su participación.

En el presente estudio se ha preservado la confidencialidad de los datos, así como el derecho a la privacidad, cumpliendo la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. De manera inmediata a su obtención, se procedió a la codificación de todos los resultados para evitar cualquier posible identificación de ninguno de los sujetos del estudio.

## RESULTADOS

La muestra estuvo compuesta por 60 personas, 24 (40%) eran mujeres y 36 (60%), hombres. El rango de edad oscilaba entre los 20 y 66 años ( $\bar{x}$ : 41,433; Moda:49/57; Mediana: 43,5; Rango: 46.), con las siguientes frecuencias y porcentajes:

**Tabla 2. Edad de los sujetos de estudio.**

Edad	F. Absoluta	F. Relativa	Porcentaje
20-29	13	0.2166	21,66%
30-39	13	0.2166	21,66%
40-49	19	0.3166	31,66%
50-59	8	0.1333	13,33%
60-69	7	0.1166	11,66%
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>1.049</b>	<b>100%</b>

Del total de los sujetos, el 31,66% (n=19) se encontraban institucionalizados, viviendo en centros residenciales, de los cuales, el 36,8% (n=7) vivían permanentemente en la institución y el 63,15 % (n=12), convivían con sus familias los fines de semana. En cuanto a los sujetos de estudio que no se encontraban institucionalizados en centros residenciales, un porcentaje del 56% (n=23) procedían de los domicilios de su familiares mientras que el 43,90% (n=18) procedían de pisos tutelados. Los datos desglosados pueden observarse en la siguiente tabla:

**Tabla 3. Lugar de residencia.**

Residencia	F. Absoluta	F. Relativa	Porcentaje
<b>Institucionalizados</b>	<b>19</b>	<b>0.3166</b>	<b>31,60%</b>
Entre semana	12	0.6315	63,15%
Permanentes	7	0.3680	36,80%
<b>No institucionalizados</b>	<b>41</b>	<b>0.6833</b>	<b>68,33%</b>
Domicilio familiar	23	0.56	56,00%
Pisos tutelados	18	0.4390	43,90%

Institucionalizado: pernoctan en residencia.

### Conocimientos anatómicos.

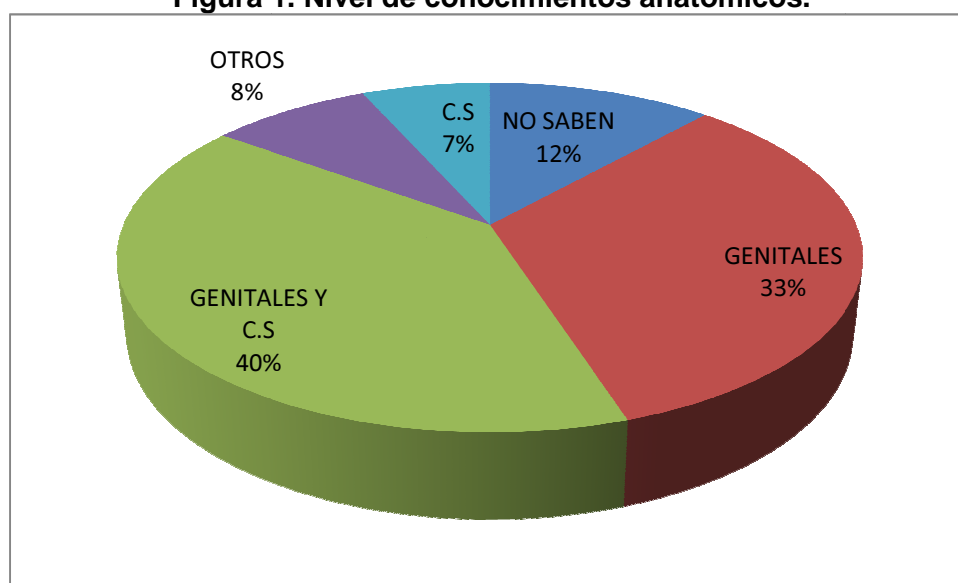
A la pregunta de “¿qué diferencias hay entre un chico y una chica?”, el 11,66% no supo describir las diferencias, mientras que un porcentaje del 88,34%, indicaron algún tipo de diferencia, según los siguientes porcentajes. El 33,33% de los encuestados resumió las diferencias a los genitales. El 40%, además de los genitales, nombró caracteres secundarios, refiriéndose a los pechos un porcentaje del 87,5% y a la diferencia de vello entre un hombre y una mujer, el 20,83%.

El 6,66% solo supo nombrar como diferencias caracteres secundarios, de éstos, el 75% nombró los pechos como diferencia fundamental, siendo otro 75% quienes se refirieron a la diferencia de vello de un hombre y una mujer. Las respuestas no eran excluyentes entre sí.

El 8,33% restante, se refirió a otros aspectos para explicar la diferencia entre un hombre y una mujer, como:

- *“los hombres son menos limpios, pero más fuertes, y dicen muchas palabrotas, pero las mujeres somos más ordenadas y listas”. Sujeto 27.*
- *“las mujeres tenemos la regla y nos podemos quedar embarazadas, tenemos hijos, ellos no.” Sujeto 42.*
- *“los chicos tenemos semen, ellas no, el semen nos sale por donde el pis” sujeto 43.*

**Figura 1. Nivel de conocimientos anatómicos.**



C.S: Caracteres secundarios

### Datos referidos a la pareja.

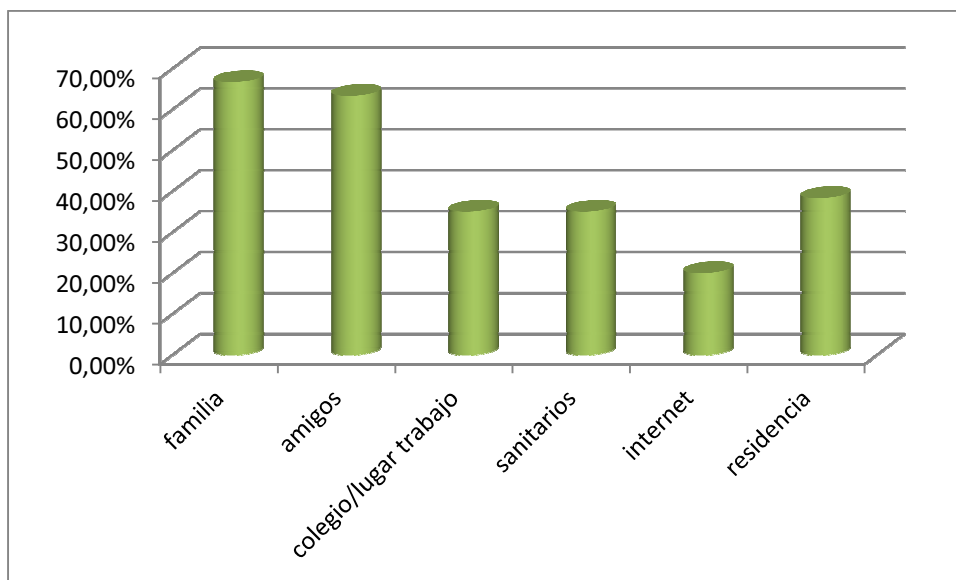
En relación al ámbito de la pareja, el 48,3 % aseguraron tener pareja, de los cuales, el 89,66% presentaban una pareja estable, siendo el 10,34% restante aquellas personas con pareja no estable. Asimismo, con respecto al deseo de tener hijos en un futuro, el 50% de los participantes aseguraron querer hijos en un futuro, o haberlos querido, frente al otro 50%, que no quería. Cabe destacar que ninguno de los sujetos había tenido hijos.

A la pregunta de si habían mantenido relaciones sexuales alguna vez, el 50% aseguró que no, mientras que el otro 50% restante sí que habían tenido relaciones sexuales.

### Datos referidos a la educación sexual.

Los resultados obtenidos respecto a quién se dirigen ante una duda de carácter sexual, muestran que la opción mayoritaria, alcanzando un porcentaje del 66,66%, lo constituyen las familias, seguido del colegio o lugar de trabajo y los profesionales sanitarios, con un porcentaje del 35%. Siendo estas respuestas no excluyentes.

**Figura 2. Porcentajes de a quién acude los sujetos de estudio ante una duda de carácter sexual.**



Según las diferentes edades, se pudieron observar cómo según iba aumentando la edad, cambiaba el modo de obtener información sobre la sexualidad. En la siguiente tabla pueden observarse las opciones elegidas por cada grupo de edad:

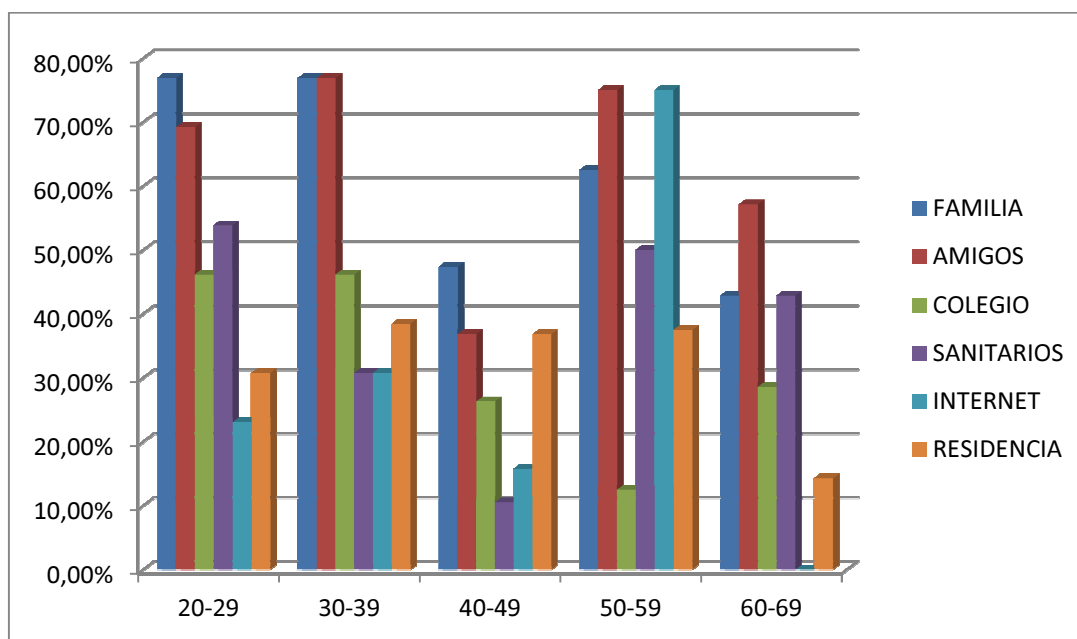
**Tabla 4. Principales medios de información sobre sexualidad.**

Medio de información	20-29 (N= 13)		30-39 (N=13)		40-49 (N=19)	
	N	%	N	%	N	%
<b>Familia</b>	10	76,92%	10	76,92%	9	47,36%
<b>Amigos</b>	9	69,23%	10	76,92%	7	36,84%
<b>Colegio/lugar de residencia</b>	6	46,15%	6	46,15%	5	26,31%
<b>Sanitarios</b>	7	53,84%	4	30,76%	2	10,52%
<b>Internet</b>	3	23,07%	4	30,76%	3	15,78%
<b>Residencia</b>	4	30,76%	5	38,46%	7	36,84%
Medio de información	50-59 (N=8)		60-69 (N=7)			
	N	%	N	%		
<b>Familia</b>	5	62,5%	3	42,85%		
<b>Amigos</b>	6	75%	4	57,14%		
<b>Colegio/lugar de residencia</b>	1	12,5%	2	28,57%		
<b>Sanitarios</b>	4	50%	3	42,85%		
<b>Internet</b>	1	12,5%	0	0		
<b>Residencia</b>	3	37,5%	1	14,28%		

A continuación se muestra la comparativa de los sujetos en función de su grupo de edad y cada uno de los agentes a los que acuden para informarse.



**Figura 3. Información sobre educación sexual por rango de edad**



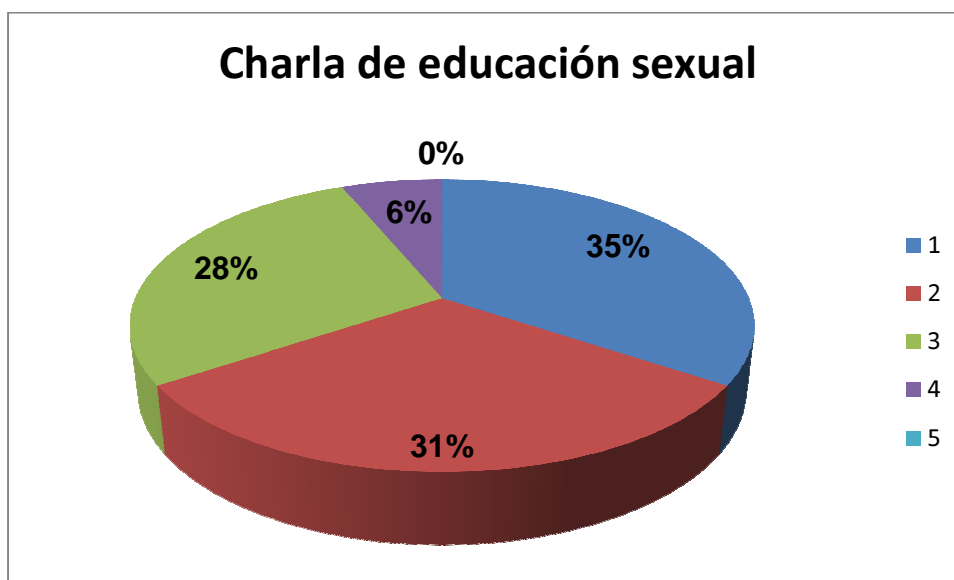
Formación en sexualidad:

Respecto a los sujetos de estudio que habían recibido algún tipo de charla o taller sobre sexualidad, el 53,33% (n=32) aseguraban haber recibido algún tipo de educación sexual, frente a un 46,66% (n=28) que indicaban no haber recibido. El mayor porcentaje de personas formadas se observaba en el grupo de 20-29 años, frente al grupo de más mayores, de 60-69 años, en el que ninguno había recibido educación sexual. Los datos de cada grupo de edad pueden consultarse en la siguiente tabla.

**Tabla 5. Sujetos que han recibido educación sexual por rango de edad**

Edad	Charla (F. Absoluta)( N=32)	Porcentaje
<b>20-29</b>	11	34,37%
<b>30-39</b>	10	31,25%
<b>40-49</b>	9	28,12%
<b>50-59</b>	2	6,25%
<b>60-69</b>	0	0
<b>TOTAL</b>	32	100%

**Figura 4. Porcentaje por edades que recibieron una charla o taller sobre educación sexual**



1: Entre 20-29 años; 2: Entre 30-39 años; 3: Entre 40-49 años; 4: Entre 50-59 años; 5: Entre 60-69 años.

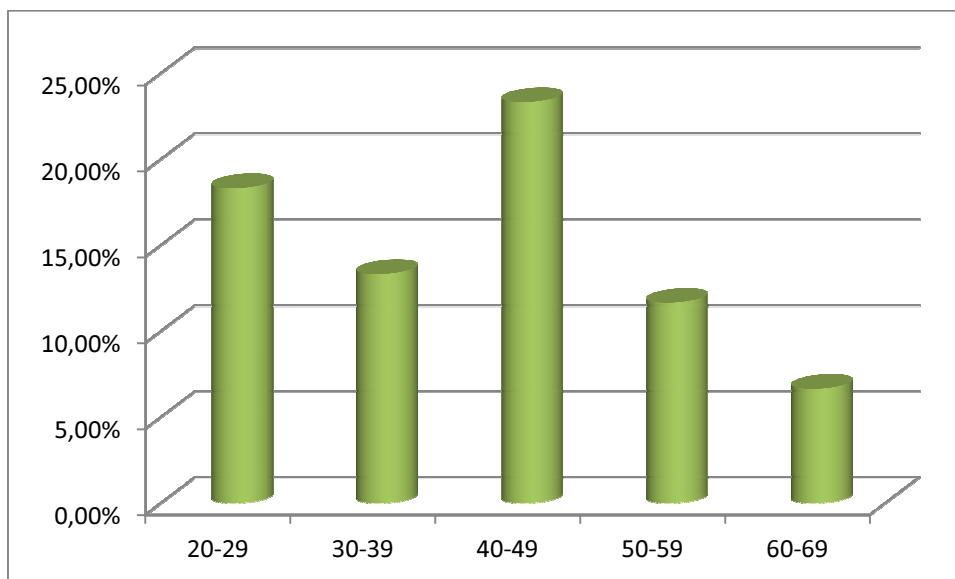
#### Conocimiento de métodos anticonceptivos

Con respecto a los métodos anticonceptivos, el 26,66 % de los encuestados no sabían lo que eran dichos métodos, por el contrario, el 73,33% de los encuestados aseguraron saber en qué consistían. De aquellas personas que tenían conocimiento sobre el significado de los métodos anticonceptivos, los diferentes porcentajes que se dieron por rango de edad se pueden observar en la siguiente tabla:

**Tabla 6. Conocimiento de los métodos anticonceptivos por rango de edad**

Edad	Conocimiento Anticonceptivos	F. Relativa	Porcentaje (sobre n=60)
20-29	11	0.1833	18,33%
30-39	8	0.1333	13,33%
40-49	14	0.2333	23,33%
50-59	7	0.1166	11,66%
60-69	4	0.0666	6,66%
<b>TOTAL</b>	<b>44</b>	<b>0.733</b>	<b>73,31%</b>

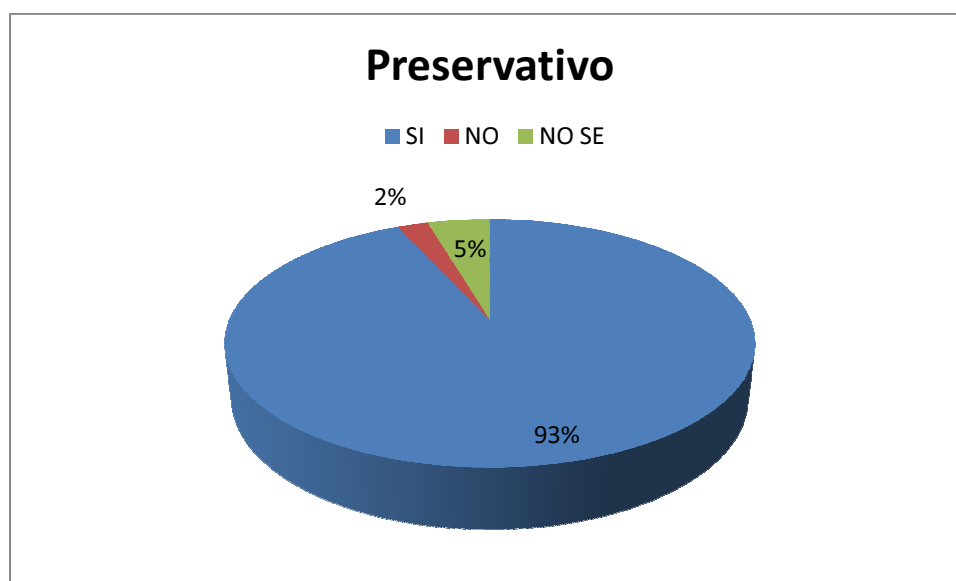
**Figura 5. Conocimiento de los métodos anticonceptivos por rango de edad.**



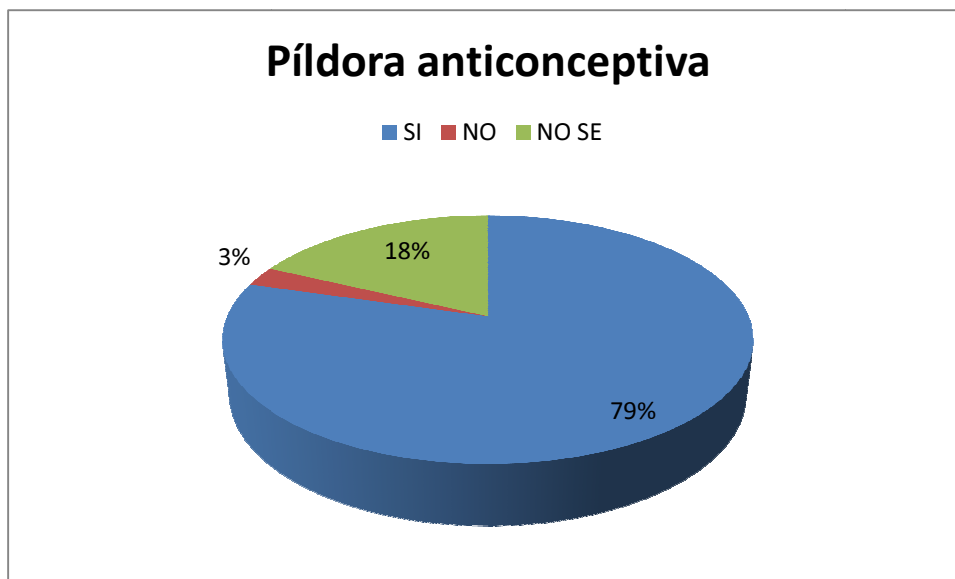
De aquellas personas que aseguraban saber qué eran los métodos anticonceptivos (73,33%), se pudieron observar discrepancias respecto a los diferentes métodos que conocían, así como la diferenciación de algunos métodos anticonceptivos de otros que no lo son. En las figuras que se muestran a continuación, se pueden observar los diferentes porcentajes de cada método, indicando las diferentes respuestas proporcionadas por los sujetos de estudio.

El desglose por edades obtenido de cada método se puede consultar en el anexo 2.

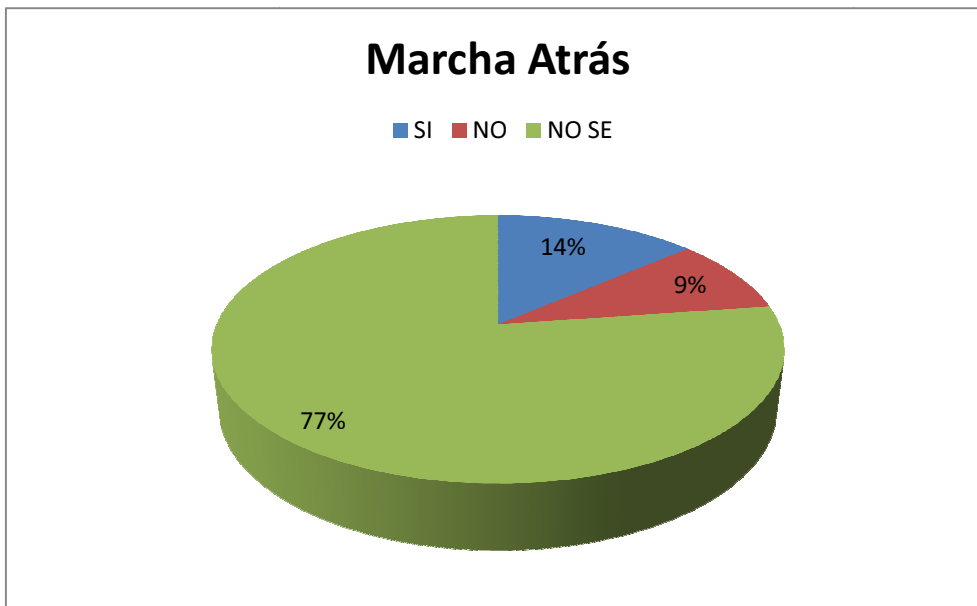
**Figura 6. Aquellas personas que aseguraron que el preservativo es un método anticonceptivo.**



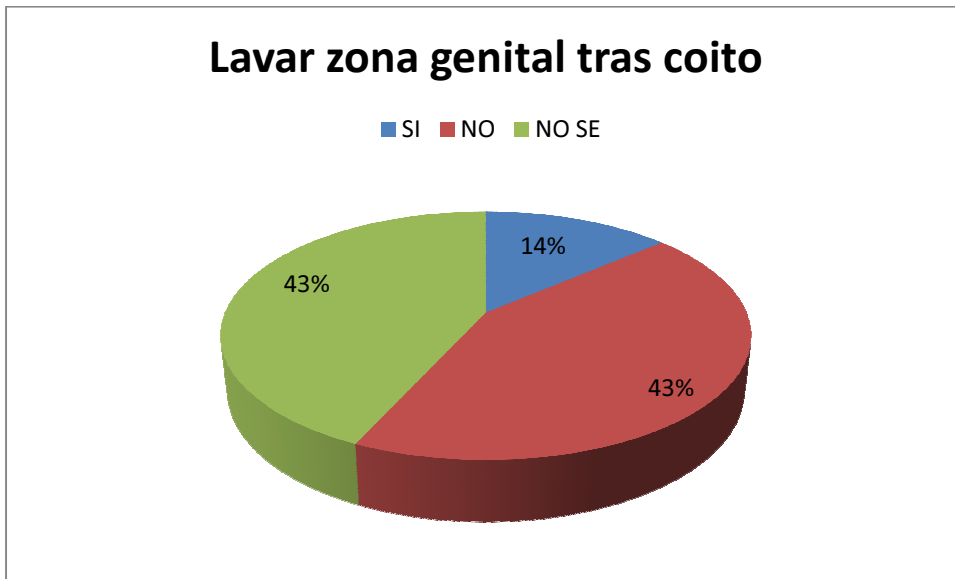
**Figura 7. Personas que aseguraron que la píldora anticonceptiva es un método anticonceptivo**



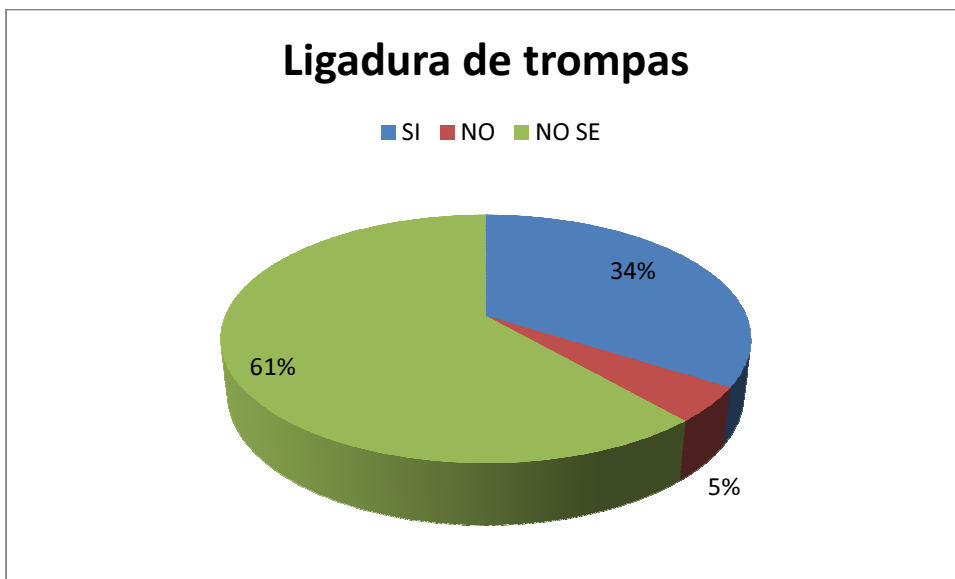
**Figura 8. Personas que aseguraron que la marcha atrás es un método anticonceptivo.**



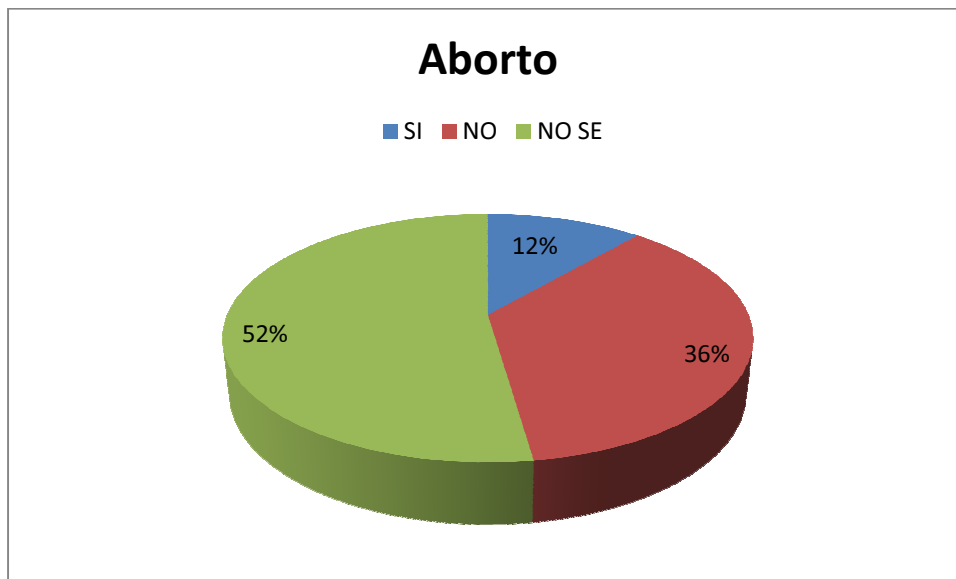
**Figura 9. Personas que aseguraron que lavar la zona genital tras el coito es un método anticonceptivo.**



**Figura 10. Personas que aseguraron que la ligadura de trompas es un método anticonceptivo.**



**Figura 11. Personas que aseguraron que el aborto es un método anticonceptivo.**



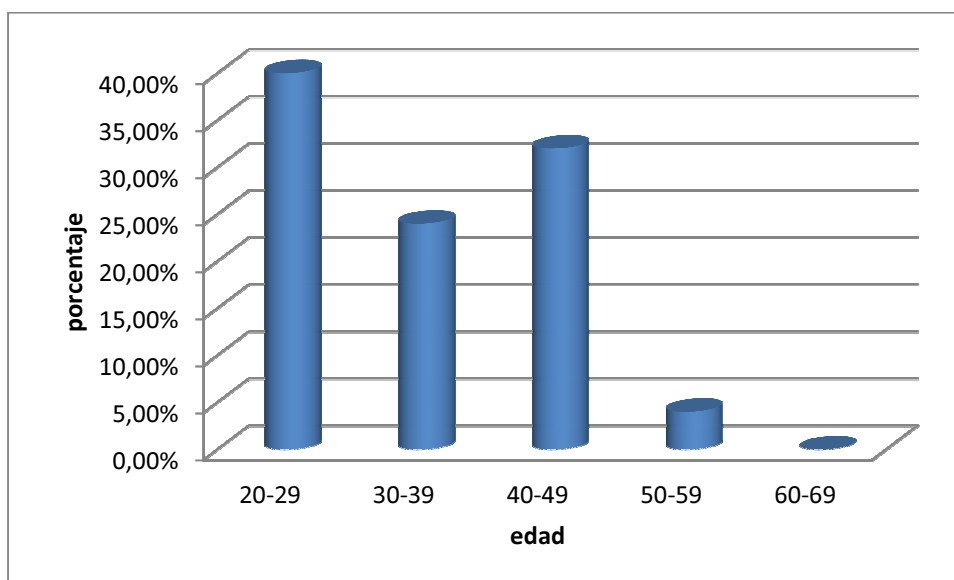
Con respecto a los sujetos que recibieron algún tipo de charla o taller en sexualidad, un porcentaje del 78,12 % conocía lo que eran los métodos anticonceptivos, frente al 67,85% en aquellos sujetos que no recibieron charlas.

En la siguiente tabla pueden observarse el desglose por edades de aquellos sujetos que, habiendo recibido alguna charla o taller, conocían los métodos anticonceptivos:

**Tabla 7. Conocimiento métodos anticonceptivos según rango de edad**

Edad	Conocimiento anticonceptivos (F. Absoluta)( n=25)	F. Relativa	Porcentaje
20-29	10	0.40	40%
30-39	6	0.24	24%
40-49	8	0.32	32%
50-59	1	0.04	4%
60-69	0	0	0
<b>TOTAL</b>	25	1	100%

**Figura 12. Conocimiento de anticonceptivos por rango de edad de aquellas personas que recibieron alguna charla o taller sobre sexualidad.**



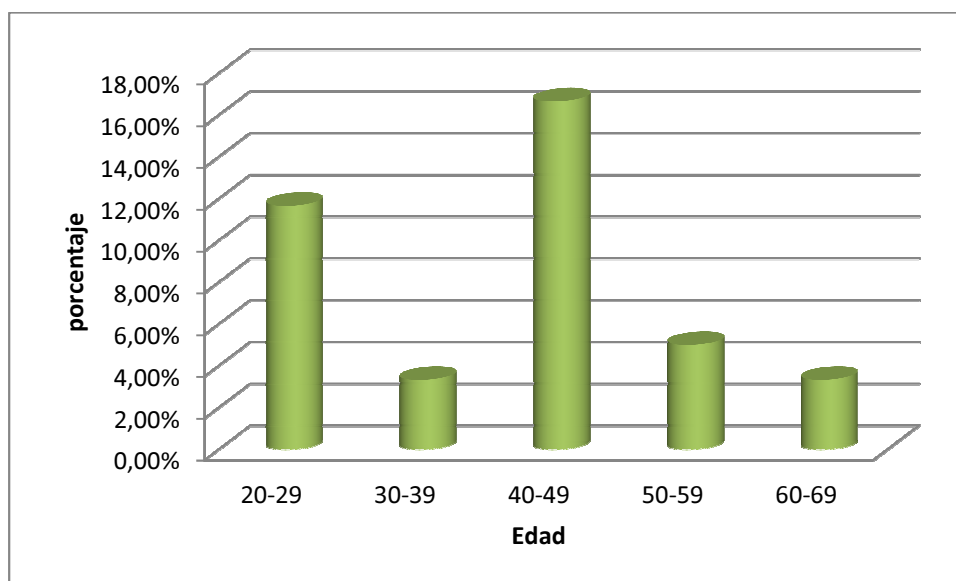
### Enfermedades de transmisión sexual

Con respecto al conocimiento de las enfermedades de transmisión sexual, el 60% de los encuestados, no sabían qué eran dichas enfermedades, por el contrario, el 40% restante sí sabían explicar en qué consistían. En relación al conocimiento por grupo de edad, el mayor porcentaje se produce en el grupo de 40-49 años.

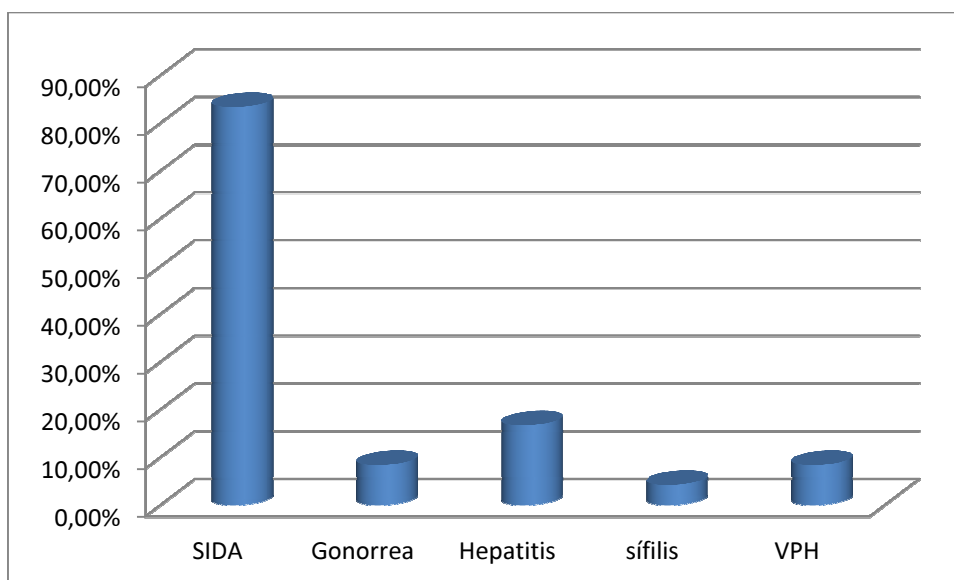
**Tabla 8. Conocimiento de las ETS por rango de edad**

Edad	Conocimiento ETS	F.Relativa	Porcentaje
20-29	7	0.1166	11,66%
30-39	2	0,0333	3,33%
40-49	10	0,1666	16,66%
50-59	3	0.0500	5,00%
60-69	2	0,0333	3,33%
<b>TOTAL</b>	<b>24</b>	<b>0,40</b>	<b>40%</b>

**Figura 13. Conocimiento de las ETS por rango de edad.**



**Figura 14. Porcentaje de Enfermedades de transmisión sexual que conocen aquellos que saben el significado de este tipo de enfermedades.**



De aquellas personas que recibieron algún tipo de charla o taller, el 46,86% poseían el conocimiento sobre el significado de las Enfermedades de Transmisión sexual, frente al 32,14% en los sujetos que no habían recibido ningún tipo de educación.

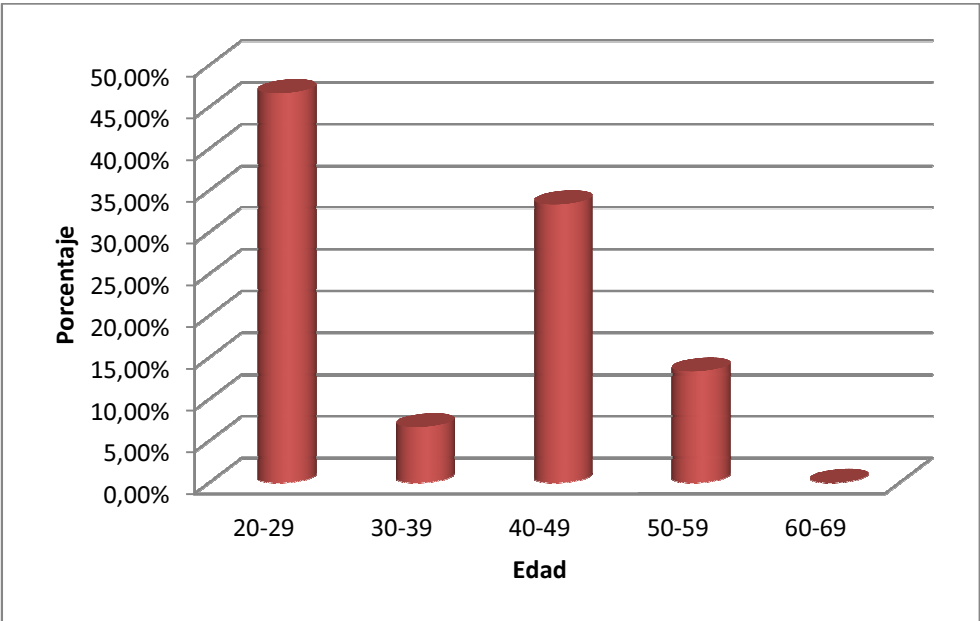


Atendiendo al conocimiento según los grupos de edad de los sujetos formados, puede comprobarse en la siguiente tabla que el mayor porcentaje se produce en el grupo de sujetos más jóvenes.

**Tabla 9. Conocimiento de ETS de aquellas personas que habían recibido educación sexual según rango de edad.**

Edad	Conocimiento ETS (F. Absoluta)	F. Relativa	Porcentaje
20-29	7	0.4666	46,66%
30-39	1	0.0666	6,66%
40-49	5	0.3333	33,33%
50-59	2	0.1333	13,33%
60-69	0	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>15</b>	<b>1</b>	<b>100%</b>

**Figura 15. Conocimiento de las Enfermedades de Transmisión sexual por rango de edad de aquellas personas que recibieron alguna charla o taller sobre sexualidad**



El 46,8% de aquellas personas que recibieron algún curso o taller sobre educación sexual, conocían lo que eran tanto los métodos anticonceptivos como las Enfermedades de transmisión sexual.

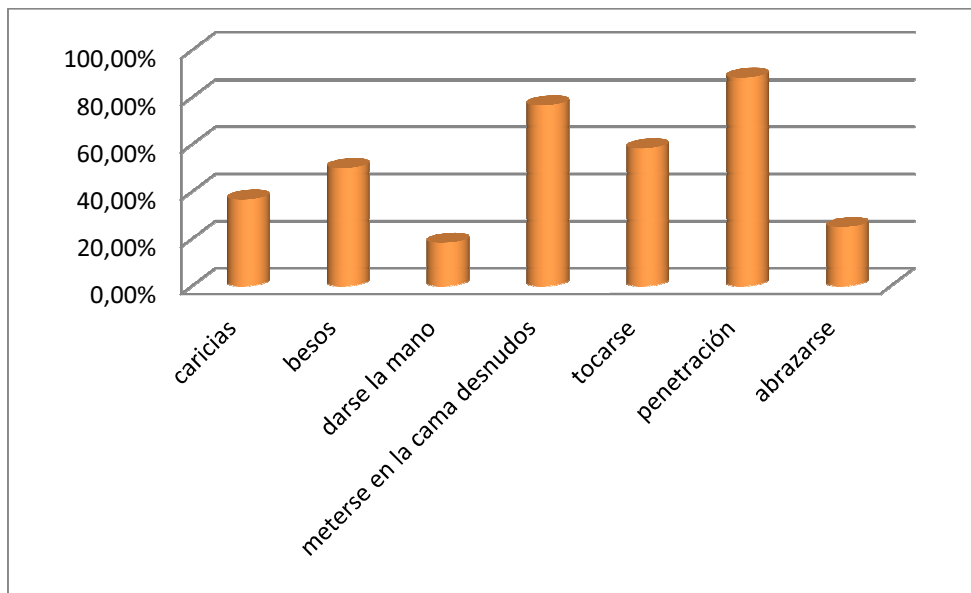
## Datos sobre el conocimiento de la sexualidad

Las respuestas obtenidas en la pregunta que se realizó sobre qué consideraban que era hacer el amor, se exponen a continuación:

**Tabla 10. Respuestas ante la pregunta qué es hacer el amor**

<b>Caricias</b>	<b>f. Absoluta</b>	<b>f. Relativa</b>	<b>Porcentual</b>
SÍ	22	0.3666	36.66%
NO	38	0.6333	63.33%
<b>Besos</b>	<b>f. Absoluta</b>	<b>f. Relativa</b>	<b>Porcentual</b>
SÍ	30	0.5	50%
NO	30	0.5	50%
<b>Darse la mano</b>	<b>f. Absoluta</b>	<b>f. Relativa</b>	<b>Porcentual</b>
SÍ	11	0.1833	18.33%
NO	49	0.8166	81.665%
<b>Meterse en la cama desnudos</b>	<b>f. Absoluta</b>	<b>f. Relativa</b>	<b>Porcentual</b>
SÍ	46	0.7666	76.66%
NO	14	0.2333	23.33%
<b>Tocarse</b>	<b>F. Absoluta</b>	<b>F. Relativa</b>	<b>Porcentual</b>
SÍ	35	0.5833	58.33%
NO	25	0.4166	41.66%
<b>Penetración</b>	<b>F. Absoluta</b>	<b>F. Relativa</b>	<b>Porcentual</b>
SÍ	53	0.8833	88.33%
NO	7	0.1166	11,66%
<b>Abrazarse</b>	<b>f. Absoluta</b>	<b>f. Relativa</b>	<b>Porcentual</b>
SÍ	15	0.2500	25,00%
NO	45	0.7500	75,00%

**Figura 16. Respuestas ante la pregunta: “¿Qué es hacer el amor?”.**



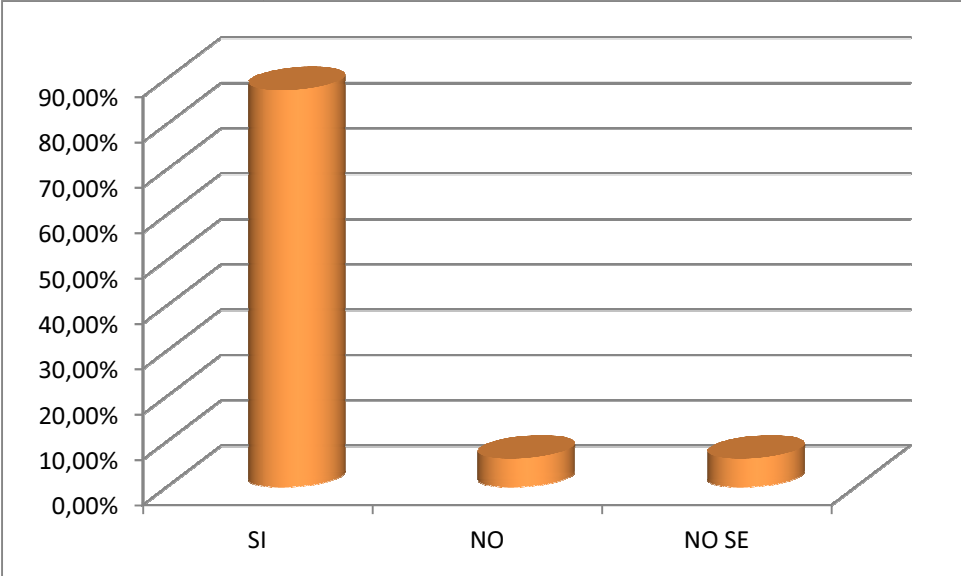
En relación a la pregunta de si una mujer se puede quedar embarazada cuando mantiene relaciones sexuales, la mayoría contestó afirmativamente, siendo una minoría la que no supo responder, como se expone en la siguiente tabla.

**Tabla 11. Respuesta ante la pregunta si una mujer se puede quedar embarazada si mantiene relaciones.**

Pregunta	F. Absoluta	F. Relativa	%
<b>SÍ</b>	49	0.8166	81,66%
<b>NO</b>	7	0.1166	11,66%
<b>NO SÉ</b>	4	0.066	6.66%

Ante estos datos, del total de personas que creen que una mujer no se puede quedar embarazada o lo desconoce, el 63,63 % no habían recibido ninguna charla o taller sobre sexualidad, frente al 36,37% que sí habían recibido alguna charla o taller, y que habían contestado de igual manera, estas frecuencias se pueden observar en la figura que se expone a continuación:

**Figura 17. Respuestas en relación a la pregunta de si una mujer se puede quedar embarazada cuando tiene relaciones sexuales, de aquellas personas que han recibido una charla o taller sobre sexualidad.**



Respuestas sobre n=32, aquellos sujetos que recibieron educación sexual.

## DISCUSIÓN

Esta investigación constituye un estudio sobre temas que son continuo motivo de debate. La dificultad de acceder a la población diana de este estudio, así como la dificultad del tema a tratar y las muchas reticencias por parte de los padres, tutores y profesionales, ha impedido obtener una mayor muestra, observándose ésta como una de las limitaciones del estudio al no ser representativo.

Estas dificultades, pueden ser debidas a los diferentes mitos y creencias que se encuentran adheridos en nuestra sociedad sobre la sexualidad de las personas con discapacidad intelectual, sobre todo en las familias y tutores más mayores, los cuales creen que el hecho de proporcionar información sobre la sexualidad puede despertar las conductas sexuales de dichas personas.

### Conocimientos anatómicos

No obstante, abordando los resultados del presente estudio, se puede observar cómo los conocimientos sobre las diferencias anatómicas entre hombres y mujeres hallados en la muestra de estudio, reflejan en su mayoría una noción básica sobre dichos aspectos, reflejando una diferenciación basada en los genitales, así como en diferencias anatómicas que muestran los caracteres sexuales secundarios, como los pechos o la diferencia de vello entre el cuerpo de un hombre y una mujer. Sin embargo, cabe destacar que un porcentaje del 12% de los sujetos no supo identificar las diferencias existentes entre ambos sexos.

Ante estos resultados, se debe destacar la importancia y la necesidad de proporcionar las ideas fundamentales sobre los órganos sexuales, así como sus principales funciones, pudiendo realizarse a través de diversas actividades de educación sexual, aprovechando la oportunidad de ampliar el vocabulario y con ello utilizar términos anatómicos más apropiados, ya que el conocimiento de las diversas diferencias anatómicas entre el cuerpo de un hombre y el de una mujer, se establece la base para la comprensión de muchos procesos sexuales<sup>50</sup>.

## Pareja

Según los resultados obtenidos, solo el 50% de los encuestados han mantenido en algún momento de su vida una relación sexual. Asimismo, se muestra como el 48,3% de los encuestados poseen una pareja, de los cuales el 89,65% la consideran estable. Estos resultados contravienen cómo algunos mitos, prejuicios y creencias generalizadas sobre la sexualidad en las personas con discapacidad intelectual, que aún conserva nuestra sociedad, y que describen numerosos autores, como Insa Ballester o Navarro Guadarrama en sus estudios, en los que se manifiesta una concepción generalizada sobre la sexualidad exacerbada de los discapacitados intelectuales<sup>54,58</sup>. Esa idea según la cual los discapacitados muestran una conducta que se mueve primordialmente por instinto y no poseen un control sobre el impulso sexual por falta de mecanismos mentales de inhibición, debe de ser desmitificada a través de brindar una información adecuada, según se contempla en el estudio de Rivera Sánchez<sup>29</sup>. Esos mitos están fuertemente ligados a la ignorancia, tanto a nivel de la familia de los discapacitados como de la sociedad en general.

## Educación Sexual

Como se ha podido observar en los resultados, el 53% de los encuestados han recibido algún tipo de educación sexual, estando la mayoría de ellos comprendidos en una edad entre 20-29 años. Entre todas aquellas personas que recibieron algún tipo de educación sexual, el 78,12% poseían un conocimiento sobre los métodos anticonceptivos, y el 46,86% sobre las ETS.

Por tanto, el porcentaje de sujetos que han recibido algún tipo de educación en este ámbito, puede considerarse reducido. De nuevo, una posible explicación a este resultado podría encontrarse en el estudio realizado por Navarro<sup>28</sup>, en el que se mostraba que las creencias generalizadas o mitos sobre la sexualidad en discapacitados intelectuales hacen referencia a la necesidad de no aportar información sexual por considerar que esta podría incitar y estimular los impulsos sexuales.

En cambio, puede afirmarse que la educación socio-sexual les ayuda a entender los cambios de su cuerpo y les permite defenderse contra el abuso, además de proporcionar unas pautas para corregir su expresión sexual, con una línea más

responsable y apropiada culturalmente. La ignorancia en este tema crea un obstáculo para poder comprender su propia sexualidad, limitando el acceso a la poca información que se brinda al respecto<sup>5</sup>.

A pesar de la situación que se viene describiendo, el hecho de que la mayoría de las personas que han recibido una educación sexual se encuentren en un rango de edad comprendido entre 20-29 años, puede indicar una mayor aceptabilidad de la sexualidad de las personas con discapacidad intelectual, observando una actitud más positiva y abierta hacia la misma que en décadas anteriores. Este fenómeno se ha podido observar en un estudio realizado por Morales et al, sobre población mejicana, en el cual estudiaron la actitud que tenía la población hacia la sexualidad de las personas con discapacidad intelectual. Los resultados mostraron como un porcentaje mayor de personas adultas parece poseer una menor apertura hacia la sexualidad de las personas con discapacidad intelectual con respecto a los jóvenes, mostrando cómo, en las últimas décadas, aunque lentamente, existe una mayor tendencia a normalizar la vida sexual de las personas con discapacidad intelectual. Esta situación puede considerarse como una posible explicación a los resultados alcanzados en nuestro estudio, según los cuales el mayor porcentaje de personas que han recibido una educación sexual sean jóvenes, comprendidos entre unos 20 y 29 años<sup>28,59</sup>.

Con respecto a quién se dirigen ante una duda de carácter sexual, los resultados muestran que la mayoría de los encuestados se dirigen principalmente a su familia más cercana (66,66%) para resolver sus dudas, siendo Internet el último recurso al que acuden (20%). Un estudio desarrollado en una escuela de enseñanza especial en Cuba, muestra resultados diferentes ante esta cuestión. Rodríguez Vernal y Girat Torres, autores de dicho estudio, destacan en sus resultados cómo, las personas con discapacidad intelectual que formaron parte de la investigación, la mayoría adolescentes de entre 10 y 14 años, señalaron a los amigos (40,6%) como principales facilitadores de educación sexual, siendo la familia solo un (15,6%)<sup>33</sup>. Estos resultados difieren de manera importante con los de nuestro estudio, siendo alguna de las posibles explicaciones la diferencia de edad entre la población de ambos estudios o las posibles diferencias socioculturales entre las poblaciones de estudio.

En otro estudio con objetivos similares del año 2014, se refleja como principal fuente de información en éste ámbito a los educadores (40%), seguido de los familiares y amigos, y siendo los familiares una de las menores fuentes a las que acudían en caso de duda sobre sexualidad (17,90%)<sup>2</sup>.

Aun ante estas discrepancias, la educación sexual por parte de los familiares es un pilar básico para dotar a los discapacitados intelectuales de la información necesaria sobre su sexualidad. El inicio de la educación sexual lo marcan las propias personas con discapacidad intelectual, por ello, aquellas personas encargadas de educarlos deben tener claro que se debe responder de inmediato a los cuestionamientos que éstos realicen, proporcionándoles la información necesaria para cubrir sus dudas, y ayudándoles a incluir dichos conocimientos en su vida, según se refleja en un estudio de Rivera Sánchez, el cual plantea la educación sexual de los discapacitados intelectuales como un tema a abordar de manera multidisciplinar, tanto por parte de los familiares, como por parte de los educadores en los diferentes colegios o centros asistenciales y los sanitarios<sup>29,50</sup>.

#### Datos sobre el conocimiento de la sexualidad

Un porcentaje muy elevado de la población estudiada (88,33%), asocia las relaciones sexuales solo con la penetración o coito, frente a otras opciones como meterse en la cama desnudos o los besos.

Con estos resultados, se observa cómo la mayoría de los encuestados muestran una información sobre el concepto “hacer el amor” de un modo reduccionista al coito o penetración, coincidiendo en los resultados en una muestra de características similares<sup>28</sup>.

#### Métodos anticonceptivos

Los resultados obtenidos con respecto al conocimiento de los sujetos de estudio sobre los métodos anticonceptivos, muestran que el 73,33% de los encuestados poseían un conocimiento sobre su significado, lo que indica que prácticamente tres de cada cuatro sujetos, presentaban algún conocimiento sobre los métodos anticonceptivos, siendo estos resultados coincidentes con otro estudio reciente, que muestra un porcentaje similar de conocimiento de anticonceptivos en muestras similares de discapacitados intelectuales<sup>2</sup>.



Con respecto a los diferentes métodos anticonceptivos, se puede observar como el método más conocido, entre las personas que conocían el significado de dichos métodos, es el preservativo (93%), seguido de la píldora anticonceptiva (79%).

En otro estudio reciente también se ha identificado el preservativo masculino como el método anticonceptivo más utilizado, estableciendo una relación directa entre conocimiento y uso del mismo<sup>2</sup>.

Sin embargo, los resultados del presente estudio muestran también algunos conocimientos erróneos o inexistentes sobre dichos métodos en aquellas personas que, por el contrario, sí que supieron definir lo que eran. En el caso de la marcha atrás, un porcentaje del 14% aseguró que se trataba de un método anticonceptivo, y un 77% de personas no supo contestar que era ni en qué consistía. Asimismo, un porcentaje del 14% aseguró que lavar la zona genital tras el coito es un método anticonceptivo, con un 43% de personas que tampoco supo en qué consistía; observándose también el desconocimiento en el caso del aborto, en el que un 12% de personas estudiadas aseguraron que el aborto es un método anticonceptivo y un 52% de personas que no sabían decir qué era o en qué consistía.

Estos conocimientos erróneos, podrían guardar relación con la escasa información que se les ofrece sobre dichos métodos, por ello, como desarrolla Lazcano- Ponce en su estudio, todos los programas de educación sexual dirigidos a los discapacitados intelectuales, deben incluir el aprendizaje de los diferentes métodos anticonceptivos, así como su correcto uso, para con ello, reducir los diferentes riesgos a los que puede conllevar estos escasos conocimientos, como puede ser la transmisión de enfermedades de transmisión sexual<sup>50</sup>.

### Enfermedades de transmisión sexual

Con respecto al conocimiento de las enfermedades de transmisión sexual, el 60% de los encuestados, sabía decir cuál es el significado de este término.

El grado de conocimiento que poseen sobre las diferentes ETS, puede considerarse bajo, siendo una excepción el conocimiento manifestado sobre el SIDA, enfermedad que un gran porcentaje de los encuestados identificaba. Un estudio reciente

desarrollado por Varela y Paz, refiere que este alto porcentaje de personas que conoce la enfermedad con respecto a las demás enfermedades, puede ser debido a la gran parte de la población que se encuentra afectada por esta enfermedad, así como su gran repercusión mediática<sup>60</sup>.

En el estudio mencionado, cuyo objetivo era describir los conocimientos sobre sexualidad que tenían una muestra de adolescentes que no presentan una discapacidad intelectual, se obtuvieron resultados más altos en el conocimiento de todas las infecciones, así, un porcentaje del 34,1 % conocía la sífilis, el 38,1% la gonorrea y un 15 % el herpes genital, este último, no reconocido por ninguno de los sujetos de nuestro<sup>60</sup>.

Con respecto a las líneas futuras de la investigación, destacar la necesidad de estudio y atención de aquellas personas con discapacidad intelectual que no acuden a ningún centro asistencial, así como profundizar en otros aspectos de la sexualidad, como los abusos sexuales a este colectivo, y sus causas. Asimismo, estudiar de un modo más exhaustivo el conocimiento que este colectivo posee respecto el VIH, así como el resto de Enfermedades de Transmisión Sexual, para poder averiguar cuál es el grado de conocimiento que tienen sobre estos aspectos y con ello poder ayudar en un futuro a la integración y la normalización de la sexualidad en estas personas, de un modo correcto.

Por otro lado, sería adecuado ampliar los estudios e indagar sobre la información que poseen y proporcionan los diferentes familiares y tutores de este colectivo, para así conocer la calidad de la información que ofrecen sobre la sexualidad, y si ello influye en los conocimientos erróneos que poseen los discapacitados.

## CONCLUSIONES

Las aportaciones ofrecidas por los participantes del presente estudio, revelan que prácticamente la mitad de los sujetos no han recibido ningún tipo de información en el ámbito de la sexualidad, detectándose en algunos de los sujetos que sí la han recibido, distintas interpretaciones erróneas. Estos resultados muestran la necesidad de aportar una educación sexual de calidad, adaptada a las necesidades de estas personas con discapacidad intelectual, de manera que sea comprensible para ellos, pudiendo con ello adherirlo a su vida y adquirir de este modo, una línea más responsable con respecto a la sexualidad, eliminando los obstáculos que les impiden vivirla plenamente.

Asimismo, el escaso conocimiento de las enfermedades de transmisión sexual que se muestra en este grupo de personas, así como los conocimientos erróneos que poseen sobre los diferentes métodos anticonceptivos, hacen reflexionar sobre la escasa información y aprendizaje a la que pueden acceder, limitando así el correcto uso de éstos y aumentando los riesgos que esta desinformación conlleva, haciéndoles especialmente vulnerables a padecer algún tipo de abuso o agresión sexual.

En esta línea, la idea que poseen de la sexualidad centrada en el coito, muestra la desinformación sobre las múltiples dimensiones de ésta, añadiéndose con ello la falta de información que se les proporciona, dejando a los sujetos aún más expuestos a los diferentes abusos e impidiendo una integración total y un desarrollo incompleto de su identidad sexual.

Como se ha podido observar, los sujetos investigados muestran cómo la familia representa el pilar más importante en la transmisión de información sobre sexualidad a este grupo de personas, siendo el primer recurso al que acuden ante una duda de carácter sexual. Por ello, la gran importancia de formar a los familiares sobre los aspectos de la sexualidad del discapacitado intelectual, revocando los diferentes mitos y prejuicios que se encuentran todavía vigentes en nuestra sociedad, y hacerles ver la importancia de que su familiar con discapacidad pueda satisfacer sus necesidades tanto afectivas como informativas sobre el tema, para ofrecer una información veraz, que permita desarrollar sus capacidades sexuales, aprendiendo a expresar las habilidades necesarias de forma adecuada.

Asimismo, que solo la mitad de los sujetos aseguraran que habían mantenido relaciones sexuales, así como pareja, expone una rotura con la creencia que se encuentra establecida en la sociedad según la cual, las personas con discapacidad intelectual muestran una sexualidad exacerbada. Por ello, se debe indagar en la falta de información que posee la sociedad, que muestra de manera reiterada cómo esta desinformación afecta negativamente a las personas con discapacidad, estigmatizándolas de tal manera que se les impide expresar esta parte de su persona.

En conclusión, la sexualidad en el ámbito del discapacitado intelectual, aún en el tiempo en el que vivimos, sigue siendo un tema que provoca un miedo a proporcionar información tanto por parte de los familiares como de los profesionales, siendo el resultado de esto, una falta de información y educación, que conlleva un aumento de la incapacidad de los discapacitados intelectuales para desarrollar de forma adecuada su sexualidad.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Organización Mundial de la Salud. Defining sexual health: report of technical consultation on sexual health.2014; [Consultado 11 de Diciembre 2014] . Disponible en:[www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual\\_health/defining\\_sexual\\_health.pdf](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/defining_sexual_health.pdf).
- (2) Gil L.D., Díaz Rodríguez I, Ceccato R, Ballester Arnal R, Gímenez García C. Conocimientos, actitudes hacia la orientación sexual, comportamientos de riesgo y abusos sexuales en mujeres con discapacidad intelectual. InfadPsicollInfancAdolesc. 2014;2(1):397-406.
- (3) M. A. Fallas Vargas. Educación afectiva y sexual. Programa de formación docente de secundaria [Tesis doctoral].Salamanca: Universidad de Salamanca; 2009. [Consultado 28 De Diciembre 2014]. Disponible en: [http://gredos.usal.es/jspui/bitstream/10366/76433/1/DPEE\\_Fallas\\_Vargas\\_MA\\_Educacion\\_afectiva.pdf](http://gredos.usal.es/jspui/bitstream/10366/76433/1/DPEE_Fallas_Vargas_MA_Educacion_afectiva.pdf)
- (4) Hernández González M, Rodríguez M,G., García-Valdecasas Campelo J. Género y sexualidad: consideraciones contemporáneas a partir de una reflexión en torno a la transexualidad y los estados intersexuales. RevAsocEspNeuropsiq.2010; 30(105):75-91.
- (5) Rivera Sánchez P. Sexualidad de los niños, niñas y jóvenes con discapacidad. Educación. 2008;32(1):157-70.
- (6) Peñuelas B. Síndrome de Down: Relaciones afectivas y sexualidad. Barcelona: Fundació catalana síndrome de Down; 2011.
- (7) Cuervo Rodríguez T. Calidad de vida y necesidades de Apoyo. Uso y análisis de las escalas INICO-FEAPS Y SIS. Oviedo: Universidad de Oviedo; 2014.
- (8) Valdivia M, N. Actitudes de los/las padres/madres/personas cuidadoras hacia la sexualidad de las personas con discapacidad Intelectual. Universidad de Almería; 2012.

(9) Vergara J. Marco histórico de la educación especial. *ESEstudEduc*.2002;(2):129-143.

(10) Scheerenberger, R. Historia del retraso mental. San Sebastián: servicio Internacional de Información sobre subnormales: SIIS Centro de Documentación y Estudios; 1984.

(11) Wehmeyer M, Buntinx w, Lachapelle Y, Luckasson R, Schalock R, Verdugo M, et al. The Intellectual Disability Construct and Its Relation to Human Functioning. *Siglo cero*. 2008;39(3):5-18.

(12) Schalock R, Luckasson R, Shogren K, Borthwick-duffy S, Bradley V, Buntinx w, et al. El nuevo concepto de retraso mental: comprendiendo el cambio al término discapacidad intelectual. *Siglo cero*. 2007; 38(4):5-20.

(13) Hernández-Milagro MA, Rodríguez-García G, Gerona-Galdame P. La discapacidad en España. Equipos de valoración y orientación (EVO). Prestaciones. Valoración de la discapacidad por disfunción del sistema musculo esquelético y nervioso. *Rehabilitación (Madr)*. 2008; 42(6):276-86.

(14) Ministerio de Empleo y Seguridad Social [Internet]. Madrid: Seguridad Social; 2015; Historia de la seguridad social. [Consultado el 30 de Diciembre, 2014]. Disponible en: [http://www.segsocial.es/Internet\\_1/LaSeguridadSocial/HistoriadelaSegurid47711/index.htm](http://www.segsocial.es/Internet_1/LaSeguridadSocial/HistoriadelaSegurid47711/index.htm).

(15) Ley 13/1982 de Integración social de minusválidos. *Boletín Oficial del Estado*, 103, (30-4-1982).

(16) Real Decreto 1971/1999 de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de minusvalía. *Boletín Oficial del Estado*, 22, (26-1-2000).

(17) Ley 51/2003, de 2 de diciembre, de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad. *Boletín Oficial del Estado*, 289, (3-12-2003).

(18) Instrumento de ratificación de la convención sobre los derechos de las personas con discapacidad. Boletín Oficial del Estado, 96, (13-12-2006).

(19) Real Decreto Legislativo 1/2013, por el cual se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social. Boletín Oficial del Estado, 289, (3-12-2013).

(20) Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la discapacidad, y de la Salud .CIF [Internet]. Ginebra, Suiza.: Organización Mundial de la Salud; Organización Panamericana de la Salud; 2001. [Consultado el 12 de Diciembre 2014]. Disponible en: <http://www.who.int/iris/handle/10665/42419#sthash.aTVDXOGk.dpuf>

(21) Laxe S, Bernabeu M, López R, García A, Tormos JM. Clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud en Rehabilitación: de la teoría a la práctica. Rehabilitación ( Madr ). 2010;44(2):152-157.

(22) Ayuso-Mateos J, Nieto- Moreno M, Sánchez-Moreno J. Clasificación Internacional del funcionamiento, la discapacidad y la salud ( CIF) : aplicabilidad y utilidad en la práctica clínica. MedClin (Barc).2006;126(12):461-466.

(23) Villanueva López C, Eusebio Leyba J, Peralta Sánchez V. Las clasificaciones de la enfermedad y la discapacidad de la OMS. Fisioterapia 2005;27(5):274-83.

(24) Herrera-Castanedo S, Vázquez-Barquero JL, Gaité Pinado L. La clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF). Rehabilitación ( Madr ). 2008;42(6):269-75.

(25) Organización Mundial de la Salud. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. Décima Revisión. (CIE-10). [Internet]. Ginebra; 1995. [Consultado 12 de Febrero 2015]. Disponible en: <http://www.who.int/iris/handle/10665/43979#sthash.GyZml2xL.dpuf>.

(26) León-Sanromá M, Mínguez J, Cerecedo M, Téllez J. ¿Nos pasamos al DSM-5? Un debate con implicaciones clínicas, sociales y económicas. Aten Primaria. 2014;46(1):4-6.

- (27) Asociación Americana de Psiquiatría. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5. [Internet] 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2013. [Consultado 14 de Noviembre 2014]. Disponible en: <http://www.integratek.es/wp-content/uploads/2014/05/DSM5ESP.pdf>.
- (28) Navarro Abal Y. Percepción de la sexualidad y el amor en una muestra de personas con discapacidad intelectual: aportaciones para la elaboración de programas de educación sexual de calidad. Información psicológica. 2012;53(103):15-30.
- (29) Riviera P. Sexualidad de los niños, niñas y jóvenes con discapacidad. Revista Educación. 2008; 32(1):157-170.
- (30) Garvía Peñuelas B. Sexualidad y síndrome de Down. RevMedIntSindr Down. 2010; 14(3):47.
- (31) Pineda E, Gutiérrez E. Estrategia de intervención educativa sobre la sexualidad en niños con síndrome de Down. Rev Cubana Med Gen Integr. 2009;25(3):95-104.
- (32) Verdugo MA, Alcedo MÁ, Bermejo B, Aguado A. El abuso sexual en personas con discapacidad intelectual. Psicothema. 2002;14 (supl.1): 124-129.
- (33) Rodríguez Vernal Y, Girat Torres M. Factores negativos en el desarrollo sexual de adolescentes con retraso mental. Medisan. 2011;15(2):190-196.
- (34) Berástegui A, Gómez B. los menores con discapacidad como víctimas de maltrato infantil: una revisión. Intervención Psicosocial 2006;15(3):293-306.
- (35) Eastgate G. Sexual health for people with intellectual disability. Salud Publica Mex. 2008;50(supl.2):255-259.
- (36) Eastgate G. Sex, consent and intellectual disability. AustFamPhysician. 2005;34(3):163-166.
- (37) Soriano Fernández H, Rodenas García L, Moreno Escribano D. Criterios de Elegibilidad de Métodos anticonceptivos. Nuevas Recomendaciones. REV CLÍN MED FAM .2010;3(3):206-216.



- (38) PareraJunyent N, López García S, Llopls Pérez A. Habilidades para la comunicación con adolescentes: Anticonceptivos. Barcelona: EndikaMed, S.L.; 2012.
- (39) Robles Montijo S, Rodríguez Cervantes M, Frías Arroyo B, Moreno Rodríguez D. Indicadores del uso eficaz del preservativo. Revista puertorriqueña de Psicología. 2014;25(2):245-258.
- (40) Lameiras Fernández M, Carrera Fernández MV, Rodríguez Castro Y, Ricoy Lorenzo MC, Failde G,J.M., Núñez Magana AM. Evaluación diagnóstica sobre el conocimiento y viabilidad de uso del preservativo femenino: un estudio cualitativo. Análisis y Modificación de Conducta. 2011;37(155-156):127-143.
- (41) García-Sánchez I. Diferencias de género entre el VIH / SIDA. GacSanit. 2004;18(Supl 2):47-54.
- (42) González Fernández C, Fernández R, J.M. Manejo de los implantes subdérmicos de Etonogestrel en Atención Primaria. REV CLÍN MED FAM 2011;4(2):146-149.
- (43) De la Cuesta Benjumea, R., Franco Tejeda C, Iglesias Goy E. Actualización en anticoncepción hormonal. Inf Ter SistNac Salud.2011;35(3):75-87.
- (44) Alsansna A. Hormonas sexuales y anticonceptivos. Actualidad en farmacología y terapéutica. 2011; 9(1):64-92.
- (45) González-Hernando C, Souza-de Almeida M, Martín-Villamor P, Cao-torija MJ, Catro-Alija MJ. La píldora anticonceptiva a debate. Enfermería universitaria 2013;10(3):98-104.
- (46) Ayuso R,M.C., Romero Cebrián MA, Armero Simarro JM, Arias Alamino M, Pçerez López N, Escobar Rabadán F. " Si llevas Anillo conéctate a la web": Análisis de las opiniones encontradas en foros de Internet sobre el uso del Anillo Anticonceptivo Vaginal. REV CLÍN MED FAM. 2009;2(6):258-262.
- (47) Bernardo R, Vázquez-camino F. El sistema Essure como método de esterilización femenina permanente. ClinInvestGinObst.2009;37(6):223-232.

- (48) Dohle GR, Diemer T, Kopa Z, Krausz C, Giwercman A, Jungwirth A. Guía clínica de la asociación Europea de Urología sobre la Vasectomía. *ActasUrolEsp*. 2012;36(5):276-281.
- (49) Conod L, Servais I. Sexual life in subjects with intellectual disability. *SaludPúblicaMex*. 2008;50(Suppl 2):230-238.
- (50) Katz G, Lazcano-Ponce E. Sexuality in subjects with intellectual disability: an educational intervention proposal for parents and counselors in developing countries. *Salud Pública Mex*. 2008;50(Suppl.2):239-254.
- (51) Organización Mundial de la Salud. Infecciones de transmisión sexual y otras infecciones del tracto reproductivo: una guía para la práctica básica. [Internet] Ginebra: Salud reproductiva e investigaciones conexas; 2005. [Consultado el 20 de Enero 2015] Disponible en: [http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/9243592653\\_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/9243592653_spa.pdf).
- (52) Postigo C. Enfermedades de transmisión sexual e inmigración en España. *Actas Dermosifiliogr*. 2007;98(7):513-517.
- (53) Teva I, Bermúdez M, Buéla-Casal G. Variables sociodemográficas y conductas de riesgo en la infección por el VIH y las enfermedades de transmisión sexual en adolescentes. *RevEsp Salud Pública*. 2009;83(2):309-320.
- (54) Navarro Guadarrama N, Hernández González I. Influencia de las actitudes de los padres ante la educación sexual y la discapacidad intelectual. *Psicología y salud*. 2012;22(2):195-203.
- (55) Lopez Sánchez F. La educación sexual en personas con discapacidad. *Siglo cero*. 2006;37(1):5-22.
- (56) García Arrigoni P, Nastri M. Sexualidad en adolescentes con discapacidades motoras. *Arch Argent Pediatr*. 2011; 109(5):447-452.
- (57) Oliván Gonzalvo G. ¿Qué se puede hacer para prevenir la violencia y el maltrato de los niños con discapacidades? *An Pediatr (Barc)*. 2005;62(2):153-7.

(58) Insa Ballester E. El desarrollo de la sexualidad en la deficiencia mental. Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado. 2005;19(3):327-343.

(59) Morales Martínez G, López R,E., Charles Cavazos DJ, Tuero Martínez ZC, Mullet E. Actitudes hacia la sexualidad de las personas con discapacidad intelectual. Ciencia Uanl .2011,(4):436-444.

(60) Varela Salgado M, Paz Esquete J. Estudio sobre conocimientos y actitudes sexuales en adolescentes y jóvenes. RevIntAndrol. 2010; 8(2):74-80.

## ANEXOS

### Anexo 1. Cuestionario empleado en el estudio.

#### Cuestionario Sobre sexualidad

Sexo: Mujer / Hombre

Fecha de nacimiento: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Tiempo en el centro:

¿Vives siempre en el centro?

SÍ	
NO	
¿Dónde?	

Conocimientos anatómicos:

1. ¿Sabes qué diferencias hay entre el cuerpo de un chico y el de una chica?

Datos referidos a la pareja

PREGUNTA	SÍ	NO
2. ¿Tienes pareja actualmente?		
3. ¿Consideras a tu pareja estable?		
4. ¿Te gustaría tener hijos en un futuro?		
5. ¿Has tenido relaciones sexuales alguna vez?		

Educación Sexual

6. Cuando tienes una duda de carácter sexual, ¿a quién te diriges?

PREGUNTA	SÍ	NO
Familia		
Amigos		
Colegio		
Médico/ Enfermera		
Internet		
Residencia		

7. ¿Has recibido en tu colegio o residencia alguna charla, curso, taller o seminario de educación sexual?

NO	
SÍ	
No lo sé	

### Conocimiento sexualidad

8. De las siguientes acciones, indica cuál consideras que es hacer el amor

	SÍ	NO
Caricias		
Besos		
Darse la mano		
Meterse en la cama desnudos		
Tocarse		
Penetración		
Abrazarse		

9. ¿Una mujer puede quedarse embarazada cuándo tiene relaciones sexuales?

NO	
SÍ	
No lo sé	

10. ¿Sabes qué son las enfermedades de transmisión sexual? En caso afirmativo, ¿cuáles conoces?

NO	
SÍ	
¿Cuáles?	

### Métodos anticonceptivos

11. ¿Sabes qué son los métodos anticonceptivos? En caso afirmativo, pase a la siguiente pregunta.

NO	
SÍ	

12. Indica cuáles de los siguientes métodos, son anticonceptivos

	SÍ	NO	No lo sé
Preservativo			
Píldora anticonceptiva			
Marcha atrás			
Lavar la zona genital tras la penetración			
Ligadura de trompas			
El aborto			

## Anexo 2.

Conocimiento sobre el preservativo en función de la edad del sujeto.

<b>PRESERVATIVO</b>				
<b>Edad</b>	<b>Conocimiento</b>	<b>F. Absoluta</b>	<b>F. Relativa</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>20-29</b>	<b>SI</b>	10	0.2272	22,72%
	<b>NO</b>	0	0	0
	<b>NO SE</b>	1	0.0227	2,27%
<b>30-39</b>	<b>SI</b>	7	0.1590	15,90%
	<b>NO</b>	1	0.0227	2,27%
	<b>NO SE</b>	0	0	0
<b>40-49</b>	<b>SI</b>	13	0.2954	29,54%
	<b>NO</b>	0	0	0
	<b>NO SE</b>	1	0.0227	2,27%
<b>50-59</b>	<b>SI</b>	7	0.1590	15,90%
	<b>NO</b>	0	0	0
	<b>NO SE</b>	0	0	0
<b>60-69</b>	<b>SI</b>	4	0.0909	9,09%
	<b>NO</b>	0	0	0
	<b>NO SE</b>	0	0	0
<b>TOTAL</b>		<b>44</b>	<b>1</b>	<b>100%</b>

Conocimiento sobre la píldora anticonceptiva en función de la edad del sujeto.

<b>PÍLDORA</b>				
<b>Edad</b>	<b>Conocimiento</b>	<b>F. Absoluta</b>	<b>F. Relativa</b>	<b>porcentaje</b>
<b>20-29</b>	<b>SI</b>	8	0.1818	18,18%
	<b>NO</b>	1	0.0227	2,27%
	<b>NO SE</b>	2	0.0454	4,54%
<b>30-39</b>	<b>SI</b>	6	0.1363	13,63%
	<b>NO</b>	0	0	0
	<b>NO SE</b>	2	0.0454	4,54%
<b>40-49</b>	<b>SI</b>	9	0.2045	20,45%
	<b>NO</b>	0	0	0
	<b>NO SE</b>	5	0.1136	11,36%
<b>50-59</b>	<b>SI</b>	4	0.0909	9,09%
	<b>NO</b>	0	0	0
	<b>NO SE</b>	3	0.0681	6,81%
<b>60-69</b>	<b>SI</b>	4	0.0909	9,09%
	<b>NO</b>	0	0	0
	<b>NO SE</b>	0	0	0
<b>TOTAL</b>		<b>44</b>	<b>1</b>	<b>100%</b>

Conocimiento sobre el método de “marcha atrás” en función de la edad del sujeto.

<b>MARCHA ATRÁS</b>				
<b>Edad</b>	<b>Conocimiento</b>	<b>F. Absoluta</b>	<b>F. Relativa</b>	<b>porcentaje</b>
<b>20-29</b>	<b>SI</b>	0	0	0
	<b>NO</b>	1	0,0227	2,27%
	<b>NO SE</b>	10	0,227	22,7%
<b>30-39</b>	<b>SI</b>	0	0	0
	<b>NO</b>	1	0,0227	2,27%
	<b>NO SE</b>	7	0,159	15,90%
<b>40-49</b>	<b>SI</b>	1	0,0227	2,27%
	<b>NO</b>	2	0,0454	4,545%
	<b>NO SE</b>	11	0,25	25%
<b>50-59</b>	<b>SI</b>	1	0,0227	2,27%
	<b>NO</b>	0	0	0
	<b>NO SE</b>	6	0,1363	13,63%
<b>60-69</b>	<b>SI</b>	4	0,090	9,09%
	<b>NO</b>	0	0	0
	<b>NO SE</b>	0	0	0
<b>TOTAL</b>		<b>44</b>	<b>1</b>	<b>100%</b>



Conocimiento sobre el método de lavar la zona genital en función de la edad del sujeto.

<b>LAVAR ZONA GENITAL</b>				
<b>Edad</b>	<b>Conocimiento</b>	<b>F. Absoluta</b>	<b>F. Relativa</b>	<b>porcentaje</b>
<b>20-29</b>	<b>SI</b>	0	0	0
	<b>NO</b>	5	0,1136	11,36%
	<b>NO SE</b>	5	0,1136	11,36%
<b>30-39</b>	<b>SI</b>	1	0,0227	2,27%
	<b>NO</b>	3	0,0681	6,81%
	<b>NO SE</b>	4	0,0909	9,09%
<b>40-49</b>	<b>SI</b>	4	0,0909	9,09%
	<b>NO</b>	5	0,1136	11,36%
	<b>NO SE</b>	5	0,1136	11,36%
<b>50-59</b>	<b>SI</b>	0	0	0
	<b>NO</b>	3	0,068	6,81%
	<b>NO SE</b>	4	0,090	9,09%
<b>60-69</b>	<b>SI</b>	1	0,027	2,27%
	<b>NO</b>	3	0,068	6,81%
	<b>NO SE</b>	1	0,027	2,27%
<b>TOTAL</b>		<b>44</b>	<b>1</b>	<b>100%</b>

Conocimiento sobre la ligadura de trompas en función de la edad del sujeto.

<b>LIGADURA DE TROMPAS</b>				
<b>Edad</b>	<b>Conocimiento</b>	<b>F. Absoluta</b>	<b>F. Relativa</b>	<b>porcentaje</b>
<b>20-29</b>	<b>SI</b>	3	0,068	6,8 %
	<b>NO</b>	1	0,0227	2,27%
	<b>NO SE</b>	7	0,1590	14,90%
<b>30-39</b>	<b>SI</b>	1	0,0227	2,27%
	<b>NO</b>	0	0	0
	<b>NO SE</b>	7	0,1590	15,90%
<b>40-49</b>	<b>SI</b>	4	0,090	9,09%
	<b>NO</b>	1	0,0227	2,27%
	<b>NO SE</b>	9	0,2045	20,45%
<b>50-59</b>	<b>SI</b>	3	0,068	6,8%
	<b>NO</b>	0	0	0
	<b>NO SE</b>	4	0,090	9,09%
<b>60-69</b>	<b>SI</b>	4	0,090	9,09%
	<b>NO</b>	0	0	0
	<b>NO SE</b>	0	0	0
<b>TOTAL</b>		<b>44</b>	<b>1</b>	<b>100%</b>

Conocimiento sobre el aborto en función de la edad del sujeto.

<b>ABORTO</b>				
<b>Edad</b>	<b>Conocimiento</b>	<b>F. Absoluta</b>	<b>F. Relativa</b>	<b>porcentaje</b>
<b>20-29</b>	<b>SI</b>	2	0,454	4,54%
	<b>NO</b>	4	0,090	9,09%
	<b>NO SE</b>	5	0,1136	11,36%
<b>30-39</b>	<b>SI</b>	1	0,0227	2,27 %
	<b>NO</b>	1	0,0227	2,27%
	<b>NO SE</b>	6	0,1363	13,63%
<b>40-49</b>	<b>SI</b>	1	0,0227	2,27%
	<b>NO</b>	6	0,1363	13,63%
	<b>NO SE</b>	7	0,1590	15,90%
<b>50-59</b>	<b>SI</b>	1	0,0227	2,27%
	<b>NO</b>	2	0,454	4,54%
	<b>NO SE</b>	4	0,0909	9,09%
<b>60-69</b>	<b>SI</b>	0	0	0
	<b>NO</b>	3	0,068	6,8%
	<b>NO SE</b>	1	0,0227	2,27%
<b>TOTAL</b>		<b>44</b>	<b>1</b>	<b>100%</b>