

Universidad de Huelva

Departamento de Psicología Clínica, Experimental y
Social



Análisis de un programa de educación afectivo sexual para la prevención de conductas sexuales de riesgo en personas con discapacidad intelectual

Memoria para optar al grado de doctora
presentada por:

Yolanda Navarro Abal

Fecha de lectura: 4 de diciembre de 2006

Bajo la dirección de los doctores:

Luis Miguel Pascual Orts
Esperanza Torrico Linares

Huelva, 2010

ISBN: 978-84-92944-99-6
D.L.: H 70-2010

**TESIS
UHU
2006
23**

TESIS

UHU

2006

23

UNIVERSIDAD DE HUELVA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA

ANÁLISIS DE UN PROGRAMA DE EDUCACIÓN
AFECTIVO SEXUAL PARA LA PREVENCIÓN DE
CONDUCTAS SEXUALES DE RIESGO EN
PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL

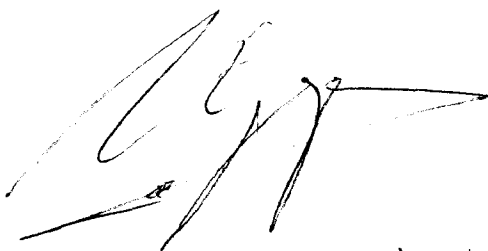
Doctoranda:

Dña. Yolanda Navarro Abal

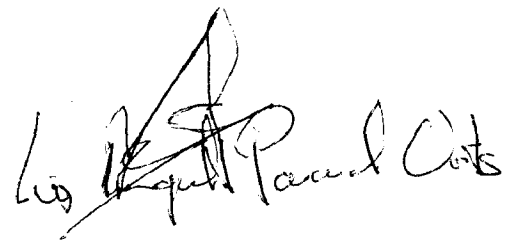
Directores:

Dr. D. Luis Miguel Pascual Orts

Dra. Dña. Esperanza Torrico Linares



Esperanza Torrico Linares



Huelva, Septiembre de 2006

*A las personas con discapacidad intelectual
por haberme enseñado un mundo más allá de lo cotidiano*

"Hay personas que nos hablan y ni las escuchamos; hay personas que nos hieren y no dejan ni cicatriz; pero también hay personas que simplemente aparecen en nuestra vida y nos marcan para siempre."

Cecilia Meireles



*No nos atrevemos a creer en ellos
porque previamente estamos convencidos
de que no pueden ser otra cosa que un sueño.
Y sin embargo, hay estrellas.
Bastaría con levantar la cabeza para verlas.*

J. L. Martín Descalzo

AGRADECIMIENTOS

Bueno, parece increíble, ¡estoy haciendo los agradecimientos!. Cuando las personas de mi entorno me decían que se terminaba no me lo llegaba a creer, pero así ha sucedido. Después de meses y meses, o, más bien años, el trabajo ha tenido sus frutos. Evidentemente sería egoísta decir que este trabajo es sólo obra de la autora. Detrás de él hay numerosas personas que de una manera u otra han contribuido a que se llevara a cabo, a veces conscientemente, y, otras inconscientemente, simplemente por su capacidad de empatía y su apoyo incondicional. Por ello, me gustaría agradecerle, aunque en unas pequeñas líneas, todo lo que he recibido de ellos.

En primer lugar me gustaría resaltar la labor realizada por mis dos directores de tesis. Me considero una persona afortunada por haber tenido dos directores de tesis, que además de su valía como profesional, han demostrado una cercanía como personas que, para mi, era igual de importante, dos personas que cada una de ellas han aportado de una manera muy diferente pero, a la vez, muy enriquecedora una forma de hacer y trabajar, y por eso a ellos va dedicado mis primeros agradecimientos:

Al Prof. Dr D. Luis Miguel Pascual Orts, por su inestimable y valiosa labor de codirección así como los conocimientos que en mi formación académica e investigadora ha sabido transmitirme. Quizás esto sea el final del principio de una carrera investigadora que comenzó cuando se ofreció para ser el Director de mi Beca de Formación Docente e Investigación. Creo que ni él mismo sabe cuánto supuso eso para mí.

A la Profa. Dra. Dña Esperanza Torrico Linares porque, además de su labor como codirectora de este trabajo, ha sido mi compañera y mi amiga. Por su generosidad constante, apoyo, cariño, entrega y por estar siempre ahí. Mil gracias por todo lo aprendido, y no sólo a nivel profesional sino también personal, por sus palabras de ánimo constante y por creer en mí.

A los profesores Dr. D. Manuel Sánchez y D. Dr. José Carmona, “nuestros expertos metodólogos”, por su ayuda y asesoramiento en el procesamiento de datos y análisis estadístico.

A la profesora Dra D. Alicia Muñoz por estar siempre dispuesta a ayudarme no sólo como profesional sino como una amiga y por haber tenido siempre unas palabras de aliento y una disposición digna de la clase de persona que es.

A FEAPS-Huelva, especialmente a Iñaki, Regina y Susana, ya que en todo momento se mostraron flexibles y me facilitaron la realización de este trabajo.

A AONES, especialmente a Inma, Celes, Sandra, Laura y Soraya por ayudarme y hacerme todo más fácil, estar dispuesta a colaborar en lo que fuera necesario para que este proyecto se hiciera realidad. A M^a José y Ana por haberme ayudado de una manera tan generosa en la realización de esta investigación.

A los alumnos de los distintos centros educativos, sin cuya participación este trabajo no se hubiera podido realizar. A sus padres, muy especialmente, a los de de las personas con discapacidad intelectual quienes, a pesar de sus miedos, se mostraron muy interesados en la realización de este programa.

A mis compañeros del Área de Psicología Social por haberme hecho sentir desde el principio como una más y confiar en mi capacidad profesional, por el interés mostrado en el desarrollo de este trabajo así como sus palabras de ánimo y aliento. Especialmente a Marisol, Patri y José por hacerme más agradable el trabajo de todos los días y por tantos buenos momentos vividos que han aliviado esta carga de tanto tiempo. No se me pueden olvidar mis compañeros del despacho de enfrente, Isabel y Alejandro, por haberme servido este último año de bastón de apoyo cuando el estrés invadía mi quehacer diario.

A Manuela Millán, "*nuestra resuelve todo*", por hacerlo todo siempre más fácil y ofrecer a veces mucho más de lo que está a su alcance para facilitarnos el trabajo diario.

A M^a José, que podría decir de ella, me faltarían páginas para agradecer todo lo recibido. Ha sido mi compañera más cercana en este vuelo tan largo y tedioso. Cada una de sus palabras de apoyo iba cargada de una muestra de cariño y cercanía, de toda ella. Su paciencia, su capacidad de escucha y su entrega incondicional son inmedibles. En este recorrido ha realizado la labor de madre, compañera y amiga con la templaza que le caracteriza. Y a sus hijos, Tania y Adrián, quienes han soportado, sin tener porqué algunas ausencias de su madre en las que estaba dedicada a apoyar este trabajo. Creo que nunca podré agradecer todo lo que me ha aportado y ayudado.

A Carmen, que más allá de la realización de esta Tesis, de una manera indirecta e incondicional me ofreció una puerta para que tuviera la oportunidad de poder continuar con mi sueño.

A Mónica y Pablo que desde la tierra de la Alhambra me han mandado tanta energía positiva y tantas ganas de vivir. A Inma y Alfonsa por tantas horas escuchándome en esa chimenea del Rocío y tantos ánimos recibidos. Palabras como "*todo le llega al que se lo merece*" quedarán grabadas en mi corazón.

A Javier quien, a pesar de todo, con su dulzura y comprensión me ha hecho siempre ver que yo era capaz de hacerlo, aún cuando un *tsunami* intentara derrumbarlo.

A Soraya, porque a pesar de estar viviendo uno de los momentos más bonitos de su vida con el nacimiento de su segunda hija, ha aprovechado cualquier instante para alentarme en

este camino tan difícil. Nuevamente ha demostrado la amistad tan “íntegra” y su calidad humana.

A M^a Del Mar y Paco porque fueron los promotores del inicio de este trabajo, por su generosidad, cariño y confianza mostrada. Y no me puedo olvidar de “*Mazolandia*” por tantos ratos vividos y tanto cariño depositado en mí.

A mi madre, quien desde pequeña me educó en unos valores libres de estigmas sociales, que supo hacerme ver la grandeza del ser humano más allá de su nivel intelectual y admirar y querer de una manera incondicional a las personas con discapacidad intelectual. Ella fue la primera piedra para que este trabajo tuviera sus frutos.

A mis sobrinos, Rafa, Noelia, Ismael, Ester y Natalia quienes, con sus constantes demandas y mis constantes ausencias, me han hecho ver que tenía que terminar cuanto antes y disfrutar de ellos, que no me los podía perder. A mis hermanas Águeda y M^a Carmen que con su impaciencia por ver el final, de una manera inconsciente, me han obligado a terminar este trabajo.

Y finalmente, a todos los que me pusieron una *pedrecita* en el camino...., una a una me han servido para construirme una fortaleza.

Índice General

Presentación.....	1
-------------------	---

PRIMERA PARTE

MARCO TEÓRICO

Capítulo 1: Retraso mental	7
1.1. Marco histórico del retraso mental	9
1.1.1. Prehistoria y antigüedad clásica	9
1.1.2.- De la Edad Media a la Reforma	10
1.1.3.- Los siglos XVII y XVIII	11
1.1.4.- El Siglo XIX.....	12
1.1.5.- El Siglo XX	16
1.1.5.1. La Intervención comunitaria	21
1.1.5.2. El principio de normalización	22
1.1.6.- El Siglo XXI.....	24
1.2. Concepto de Retraso Mental.....	25
1.3. Factores de riesgo y manifestaciones clínicas del Retraso Mental	29
1.3.1. Factores de riesgo	30
1.3.2. Manifestaciones clínicas del retraso mental	32
1.4. Sistemas de Clasificación del Retraso Mental	35
1.4.1. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y problemas relacionados con la Salud (CIE-10)	36
1.4.2. Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y La Salud (CIF)	38
1.4.3. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-R).....	41
1.4.4. Asociación Americana sobre Retraso Mental (2002)	42
1.4.4.1. Dimensión I: Capacidades Intelectuales	42
1.4.4.2. Dimensión II: Conducta adaptativa (habilidades conceptuales, sociales y prácticas)	43
1.4.4.3. Dimensión III: Participación, interacción y roles sociales	44
1.1.4.4. Dimensión IV: Salud	45
1.1.4.5. Dimensión V: Contexto	46
1.5. Evaluación del Retraso mental.....	48
1.5.1. El proceso de diagnóstico y clasificación de la AARM.....	49
1.5.1.1. Primer paso: diagnóstico de retraso mental	50

1.5.1.2. Segundo paso: Clasificación y descripción.....	51
1.5.1.3. Tercer paso: Perfil e intensidad de apoyos necesarios	51
Capítulo 2: Educación afectivo-sexual.....	55
2.1. Introducción.....	57
2.2. Educación Sexual.....	58
2.2.1. Definición de Educación Sexual.....	58
2.2.2. Educación formal, no formal e incidental.....	59
2.2.3. Modelos de Educación Sexual	60
2.2.4. Historia de la Educación Sexual.....	63
2.2.4.1. La Educación Sexual escolar en el mundo.....	63
2.2.4.2.- Marco legal para la educación sexual.....	71
2.2.4.2.1. Marco legal estatal	71
2.2.4.2.2. Marco legal en la Comunidad Autónoma de Andalucía	76
2.3. Programas de Intervención	78
2.3.1. Conductas sexuales en jóvenes	78
2.3.2. Programas de intervención	84
2.3.2.1.-Programa de Moreno y López (2001)	84
2.3.2.2. Programa de Savall, Molina, Cabra, Sarasíbar y Marías (1998).....	85
2.3.2.3.- Programa de Altable (2000).....	87
2.3.2.4.- Programa de López (1995).....	89
2.3.2.5.- Programa de Harimaguada (1994).....	91
Capítulo 3: Educación afectiva sexual en personas con discapacidad intelectual.....	93
3.1. Introducción.....	95
3.2. Aspectos éticos y jurídicos de las personas con discapacidad intelectual.....	96
3.2.1. Derecho al matrimonio	97
3.2.2. Esterilización.....	99
3.2.3. Derecho a ser padres	102
3.3. Mitos y prejuicios en torno a la sexualidad de la discapacidad intelectual	103
3.4. Consideraciones sobre la sexualidad de las personas con discapacidad intelectual	107
3.4.1.- Nivel de discapacidad y áreas de la vida afectadas.....	107
3.4.2.- Factores que condicionan la satisfacción de las necesidades sexuales en personas con discapacidad intelectual	110
3.4.3.- Mayor vulnerabilidad a los abusos, el acoso y la violación	112
3.5. Programas de intervención.....	116
3.5.1. Conductas sexuales en jóvenes con discapacidad intelectual	117
3.5.2. Programas de intervención en personas con discapacidad intelectual	118

3.5.3. Recomendaciones en las adaptaciones de los programas de intervención con personas con discapacidad intelectual.....	123
Capítulo 4: Objetivos e hipótesis	127
4.1. Objetivos	129
4.2. Hipótesis.....	129

SEGUNDA PARTE
ESTUDIO EXPERIMENTAL

Capítulo 5: Método	133
5.1. Participantes	135
5.1.1. Grupos muestrales.....	136
5.1.1.1. Grupo 1: jóvenes asistentes al Centro de Inserción Laboral Valdocco	136
5.1.1.2. Grupo 2: alumnos 3º de ESO pertenecientes a centros educativos públicos	137
5.1.1.3. Grupo 3: alumnos de 4º de ESO pertenecientes a centros educativos públicos	138
5.1.1.4. Grupo 4: personas con discapacidad intelectual.....	139
5.1.2. Criterios de inclusión.....	140
5.1.2.1. Comunes para todos los grupos muestrales	140
5.1.2.2. Comunes para los grupos de alumnos de los centros educativos públicos ..	141
5.1.2.3. Grupo de jóvenes asistentes al Centro de Inserción Laboral Valdocco ..	141
5.1.2.4. Grupo de personas con discapacidad intelectual.....	141
5.1.3. Cuestiones éticas.....	141
5.2. Instrumentos de Evaluación.....	143
5.2.1. Cuestionarios sobre el SIDA y hábitos sexuales	143
5.2.1.1. Cuestionario de Espada y Quiles (2001).....	144
5.2.1.2. Cuestionario de Oliva y Serra (1993).....	144
5.2.1.3. Elaboración y descripción de los instrumentos	145
5.2.1.3.1. Cuestionario sobre el SIDA y hábitos sexuales para las personas sin discapacidad intelectual	146
5.2.1.3.2. Cuestionario sobre el SIDA y hábitos sexuales para las personas con discapacidad intelectual.....	148
5.2.2. Historia clínica de las personas con discapacidad intelectual.....	149
5.3. Procedimiento.....	149
5.3.1. Fase 1: preparación y diseño de la investigación	149
5.3.2. Fase 2: elaboración y adaptación de los cuestionarios	150

5.3.3. Fase 3: desarrollo del programa de intervención en los grupos de personas sin discapacidad intelectual.....	151
5.3.3.1. Paso 1: Contactos previos y consentimiento informado	151
5.3.3.2. Paso 2: Primera evaluación (pre-intervención).....	152
5.3.3.3. Paso 3: Aplicación del programa de educación sexual (intervención)	152
5.3.3.4. Paso 4: Segunda evaluación (post-intervención).....	161
5.3.4. Fase 4: Desarrollo del programa de intervención en los grupos de personas con discapacidad intelectual.....	161
5.3.4.1. Paso 1: Contactos previos y consentimiento informado	162
5.3.4.2. Paso 2: Primera evaluación (pre-intervención).....	162
5.3.4.3. Paso 3: Aplicación del programa de educación sexual (intervención)	162
5.3.4.4. Paso 4: Segunda evaluación (post-intervención).....	170
5.3.5. Fase 5: Elaboración del trabajo teórico, análisis de datos y redacción de discusiones y conclusiones	170
5.3.6. Análisis estadístico de los resultados	170
5.3.6.1. Técnicas de medida de las variables.....	170
5.3.6.2. Análisis estadístico de los resultados	173
5.3.7. Revisión Bibliográfica.....	175
5.3.8. Redacción y presentación del trabajo.....	175
Capítulo 6. Resultados.....	177
6.1. Introducción	179
6.2. Análisis descriptivos (medias y desviaciones típicas) de las variables de estudio ..	181
6.2.1. Variable “Conocimientos sobre el SIDA”.....	181
6.2.2. Variable “Conocimientos sobre el embarazo”	181
6.2.3. Variable “Adopción de conductas de riesgo”	182
6.3. Análisis comparativos de las variables de estudio.....	183
6.3.1. Comparaciones intergrupo e intragrupo.....	183
6.3.1.1. Comparaciones intergrupo.....	183
6.3.1.1.1. Fase de pre-intervención.....	183
6.3.1.1.2. Fase de post-intervención.....	185
6.3.1.2. Comparaciones intragrupo.....	187
6.3.2. Comparación en función del sexo de las variables de estudio en ambas fases	189
6.3.2.1. Comparaciones intergrupos	189
6.3.2.1.1. Fase de pre-intervención.....	189
6.3.2.1.2. Fase de post-intervención.....	190
6.3.2.2. Comparaciones pre y post intervención	190
6.3.2.2.1. Grupo de mujeres	190
6.3.2.2.2. Grupo de hombres.....	190
6.3.3. Comparaciones de los ítems del Bloque 5 (conductas sexuales).....	191

6.3.3.1. Comparaciones intergrupo en la fase pre-intervención.....	191
6.3.3.1.1. Item 27: “Actualmente, ¿con qué frecuencia te tocas o masturbas?.....	190
6.3.3.1.2. Item 28: “¿Has tenido alguna relación sexual con penetración?”.....	192
6.3.3.1.3. Item 29: “En alguna ocasión, ¿has tenido un contacto sexual con alguien sin haberlo deseado?.....	193
6.3.3.1.4. Item 30: “En tus relaciones sexuales, ¿Has tenido alguna vez algún vez algún tipo de problema?”.....	193
6.3.3.1.5. Item 31: “¿Con qué frecuencia tienes relaciones sexuales con penetración?”.....	194
6.3.3.1.6. Item 32: “¿Con quién has tenido esas relaciones sexuales con penetración?”.....	195
6.3.3.1.7. Item 33: “¿En tus relaciones con penetración qué método anticonceptivo utilizas para evitar el embarazo?”.....	196
6.3.3.2. Comparaciones intergrupo en la fase post-intervención.....	196
6.3.3.2.1. Item 27: “Actualmente, ¿con qué frecuencia te tocas o masturbas?.....	196
6.3.3.2.2. Item 28: “¿Has tenido alguna relación sexual con penetración?”.....	197
6.3.3.2.3. Item 29: “En alguna ocasión, ¿has tenido un contacto sexual con alguien sin haberlo deseado?.....	198
6.3.3.2.4. Item 30: “En tus relaciones sexuales, ¿Has tenido alguna vez algún vez algún tipo de problema?”.....	198
6.3.3.2.5. Item 31: “¿Con qué frecuencia tienes relaciones sexuales con penetración?”.....	199
6.3.3.2.6. Item 32: “¿Con quién has tenido esas relaciones sexuales con penetración?”.....	200
6.3.3.2.7. Item 33: “¿En tus relaciones con penetración qué método anticonceptivo utilizas para evitar el embarazo?”.....	200
6.3.3.3. Comparaciones intragrupo pre y post intervención.....	201
6.3.3.3.1. Grupo 1.....	201
6.3.3.3.2. Grupo 2.....	205
6.3.3.3.3. Grupo 3.....	208
6.3.3.3.4. Grupo 4.....	211
6.3.4. Comparaciones intragrupo (pre y post-intervención) de los ítems del Bloque 6 (ítems específicos) del cuestionario de personas con discapacidad intelectual	215
6.3.4.1. Variable “SIDA 1”.....	216
6.3.4.2. Variable “SIDA 2”.....	217
6.3.4.3. Variable “SIDA 3”.....	218
6.3.4.4. Variable “SIDA 4”.....	219
6.3.4.5. Variable “SIDA 5”.....	220
6.3.4.6. Variable “Embarazo”.....	222
6.4. Análisis discriminantes	223
6.4.1. Pre-intervención.....	223
6.4.2. Post-intervención.....	230
Capítulo 7: Discusión y conclusiones	237

Valoración de la investigación	275
Referencias bibliográficas	279

Índice de Tablas

Tabla 1: Factores de riesgo de retraso mental.....	31
Tabla 2: Códigos para el retraso mental de la CIE-10.....	38
Tabla 3: Componentes Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud.....	40
Tabla 4: Criterios diagnósticos del DSM-IV-TR para el Retraso Mental.....	42
Tabla 5: Ejemplo de habilidades conceptuales, sociales y prácticas.....	44
Tabla 6: Factores ambientales que aumentan la sensación de bienestar de estabilidad de una persona.....	47
Tabla 7: Estructura para la evaluación del retraso mental.....	48
Tabla 8: Principales aspectos del proceso evaluativo.....	50
Tabla 9: Contenidos de la educación sexual contemplados por la LOGSE en Educación Infantil.....	74
Tabla 10: Contenidos de la educación sexual contemplados por la LOGSE en Educación Primaria.....	75
Tabla 11: Contenidos de la educación sexual contemplados por la LOGSE en Educación Secundaria Obligatoria.....	75
Tabla 12: Contenidos de la educación sexual en Educación Infantil en Andalucía.....	76
Tabla 13: Contenidos de la educación sexual en Educación Primaria en Andalucía.....	77
Tabla 14: Contenidos de la educación sexual en Educación Secundaria Obligatoria en Andalucía.....	78
Tabla 15: Programa de Moreno y López (2001).....	84
Tabla 16: Programa de Savall, Molina, Cabra, Sarasíbar y Marías (1998).....	85
Tabla 17: Programa de Altable (2000).....	87
Tabla 18: Programa de López (1995).....	89
Tabla 19: Sexualidad y diagnóstico de retraso mental (López, 2002).....	110
Tabla 20: Manifestaciones de síntomas consecuencia de los abusos sexuales.....	116
Tabla 21: Programa Educación sexual (García, 2000).....	119
Tabla 22: Programa de Educación sexual (López, 2002).....	122
Tabla 23. Programa Harimaguada (1994).....	153
Tabla 24. Programa de intervención para las personas sin discapacidad intelectual.....	158
Tabla 25. Programa de intervención para las personas con discapacidad intelectual.....	163
Tabla 26. Comparación de los programas de intervención.....	168

Tabla 27. Variables de la investigación	170
Tabla 28: Guía de los análisis estadísticos realizados.....	180
Tabla 29: Medias y desviaciones típicas de la variable “Conocimiento sobre el SIDA”	181
Tabla 30: Medias y desviaciones típicas de la variable “Conocimientos sobre el embarazo” ..	182
Tabla 31: Medias y desviaciones típicas de la variable “Adopción de conductas de riesgo” ...	182
Tabla 32: Procedimientos estadísticos realizados.....	183
Tabla 33: Resultados del ANOVA en la fase pre-intervención	183
Tabla 34: Prueba <i>Scheffé</i> de la variable SIDA (pre-intervención).....	184
Tabla 35: Prueba <i>Scheffé</i> de la variable Embarazo (pre-intervención).....	184
Tabla 36: Prueba <i>Scheffé</i> en la variable Riesgo (pre-intervención)	185
Tabla 37: Resultados del ANOVA en la fase post-intervención	185
Tabla 38: Prueba <i>Scheffé</i> de la variable SIDA (post-intervención).....	186
Tabla 39: Prueba <i>Scheffé</i> de la variable Embarazo (post-intervención).....	186
Tabla 40: Prueba <i>Scheffé</i> de la variable Riesgo (post-intervención).....	187
Tabla 41: Comparaciones pre y post intervención de las variables de estudio en el Grupo 1	187
Tabla 42: Comparaciones pre y post intervención de las variables de estudio en el Grupo 2	188
Tabla 43: Comparaciones pre y post intervención de las variables de estudio en el Grupo 3	188
Tabla 44: Comparaciones pre y post intervención de las variables de estudio en el Grupo 4	189
Tabla 45: Comparación de las puntuaciones medias de hombres y mujeres en las variables estudiadas (pre-intervención)	189
Tabla 46: Comparación de las puntuaciones medias de hombres y mujeres en las variables estudiadas (post-intervención)	190
Tabla 47: Comparación de la puntuaciones obtenidas por el grupo de mujeres antes y después de la intervención.....	190
Tabla 48: Comparación de la puntuaciones obtenidas por el grupo de hombres antes y después de la intervención.....	191
Tabla 49: Tabla de contingencias del ítem 27: “Actualmente, ¿con qué frecuencia te tocas o masturbas?”, en la fase de pre-intervención	192
Tabla 50: Tabla de contingencias del ítem 28: “¿Has tenido alguna relación sexual con penetración?”, en la fase de pre-intervención	192
Tabla 51: Tabla de contingencias del ítem 29: “En alguna ocasión, ¿has tenido un contacto sexual con alguien sin haberlo deseado?”, en la fase de pre-intervención	193
Tabla 52: Tabla de contingencias del ítem 30: “En tus relaciones sexuales, ¿has tenido algún tipo de problema?” en la fase de pre-intervención.....	194
Tabla 53: Tabla de contingencias del ítem 31: “¿Con qué frecuencia tienes relaciones sexuales con penetración?”, en la fase de pre-intervención	194
Tabla 54: Tabla de contingencias del ítem 32: “¿Con quién has tenido esas relaciones sexuales con penetración?”, en la fase de pre-intervención.....	195
Tabla 55: Tabla de contingencias del ítem 33: “¿En tus relaciones con penetración qué método anticonceptivo utilizas para evitar el embarazo?”, en la fase de pre-intervención	196

Tabla 56: Tabla de contingencias del ítem 27: "Actualmente, ¿con qué frecuencias te tocas o masturbas?", en la fase post-intervención.....	197
Tabla 57: Tabla de contingencias del ítem 28: "¿Has tenido alguna relación sexual con penetración?", en la fase de post-intervención.....	197
Tabla 58: Tabla de contingencias del ítem 29: "En alguna ocasión, ¿has tenido un contacto sexual con alguien sin haberlo deseado?", en la fase de post-intervención.....	198
Tabla 59: Tabla de contingencias del ítem 30: "En tus relaciones sexuales, ¿has tenido algún tipo de problema?" en la fase de post-intervención	199
Tabla 60: Tabla de contingencias del ítem 31: "¿Con qué frecuencia tienes relaciones sexuales con penetración?", en la fase de post-intervención	199
Tabla 61: Tabla de contingencias del ítem 32: "¿Con quién has tenido esas relaciones sexuales con penetración?", en la fase de post-intervención	200
Tabla 62: Tabla de contingencias del ítem 33: "¿En tus relaciones con penetración qué método anticonceptivo utilizas para evitar el embarazo?", en la fase de post-intervención.....	201
Tabla 63: Tabla de contingencias del ítem 27: "Actualmente,¿con qué frecuencia te tocas o masturbas?" en el Grupo 1 (pre y post-intervención).....	201
Tabla 64: Tabla de contingencias del ítem 28 "¿Has tenido alguna relación sexual con penetración?" en el Grupo 1 (pre y post-intervención).....	202
Tabla 65: Tabla de contingencias del ítem 29: "En alguna ocasión ¿Has tenido un contacto sexual con alguien sin haberlo deseado?" en el Grupo 1 (pre y post-intervención).....	202
Tabla 66: Tabla de contingencias del ítem 30: "En tus relaciones sexuales, ¿Has tenido alguna vez algún tipo de problema?" en el Grupo 1 (pre y post-intervención).....	203
Tabla 67: Tabla de contingencias del ítem 31: "¿Con qué frecuencia tienes relaciones sexuales con penetración?" en el Grupo 1 (pre y post-intervención).....	203
Tabla 68: Tabla de contingencias del ítem 32 "¿Con quién has tenido esas relaciones sexuales con penetración?" en el Grupo 1 (pre y post-intervención).....	204
Tabla 69: Tabla de contingencias del ítem 33: "¿En tus relaciones con penetración qué método anticonceptivo utilizas para evitar el embarazo?" en el Grupo 1 (pre y post-intervención).....	204
Tabla 70: Tabla de contingencias del ítem 27: "Actualmente, ¿con qué frecuencia te tocas o masturbas?" en el Grupo 2 (pre y post-intervención).....	205
Tabla 71: Tabla de contingencias del ítem 28 "¿Has tenido alguna relación sexual con penetración?" en el Grupo 2 (pre y post-intervención).....	205
Tabla 72: Tabla de contingencias del ítem 29: "En alguna ocasión ¿Has tenido un contacto sexual con alguien sin haberlo deseado?" en el Grupo 2 (pre y post-intervención).....	206
Tabla 73: Tabla de contingencias del ítem 30: "En tus relaciones sexuales, ¿Has tenido alguna vez algún tipo de problema?" en el Grupo 2 (pre y post-intervención).....	206
Tabla 74: Tabla de contingencias del ítem 31: "¿Con qué frecuencia tienes relaciones sexuales con penetración?" en el Grupo 2 (pre y post-intervención).....	207
Tabla 75: Tabla de contingencias del ítem 32 "¿Con quién has tenido esas relaciones sexuales con penetración?" en el Grupo 2 (pre y post-intervención).....	207
Tabla 76: Tabla de contingencias del ítem 33: "¿En tus relaciones con penetración qué método anticonceptivo utilizas para evitar el embarazo?" en el Grupo 2 (pre y post-intervención).....	208
Tabla 77: Tabla de contingencias del ítem 27 "Actualmente, ¿con qué frecuencia te tocas o masturbas?" en el Grupo 3 (pre y post-intervención).....	208
Tabla 78: Tabla de contingencias del ítem 28 "¿Has tenido alguna relación sexual con penetración?" en el Grupo 3 (pre y post-intervención).....	209
Tabla 79: Tabla de contingencias del ítem 29 "En alguna ocasión ¿Has tenido un contacto sexual con alguien sin haberlo deseado?" en el Grupo 3 (pre y post-intervención).....	209

Tabla 80: Tabla de contingencias del ítem 30 “En tus relaciones sexuales, ¿Has tenido alguna vez algún tipo de problema?” en el Grupo 3 (pre y post-intervención).....	210
Tabla 81: Tabla de contingencias del ítem 31 “¿Con qué frecuencia tienes relaciones sexuales con penetración?” en el Grupo 3 (pre y post-intervención)	210
Tabla 82: Tabla de contingencias del ítem 32 “¿Con quién has tenido esas relaciones sexuales con penetración?” en el Grupo 3 (pre y post-intervención)	211
Tabla 83: Tabla de contingencia del ítem 33 “¿En tus relaciones con penetración qué método anticonceptivo utilizas para evitar el embarazo?” en el Grupo 3 (pre y post-intervención)	211
Tabla 84: Tabla de contingencias del ítem 27 “Actualmente, ¿con qué frecuencia te tocas o masturbas?” en el Grupo 4 (pre y post-intervención).....	212
Tabla 85: Tabla de contingencias del ítem 28 “¿Has tenido alguna relación sexual con penetración?” en el Grupo 4 (pre y post-intervención).....	212
Tabla 86: Tabla de contingencia del ítem 29 “En alguna ocasión ¿Has tenido un contacto sexual con alguien sin haberlo deseado?” en el Grupo 4 (pre y post-intervención).....	213
Tabla 87: Tabla de contingencia del ítem 30 “En tus relaciones sexuales, ¿Has tenido alguna vez algún tipo de problema?” en el Grupo 4 (pre y post-intervención)	213
Tabla 88: Tabla de contingencias del ítem 31 “¿Con qué frecuencia tienes relaciones sexuales con penetración?” en el Grupo 4 (pre y post-intervención)	214
Tabla 89: Tabla de contingencias del ítem 32 “¿Con quién has tenido esas relaciones sexuales con penetración?” en el Grupo 4 (pre y post-intervención)	214
Tabla 90: Tabla de contingencia del ítem 33 “¿En tus relaciones con penetración qué método anticonceptivo utilizas para evitar el embarazo?” en el Grupo 4 (pre y post-intervención)	215
Tabla 91: Tabla de contingencias de la variable “SIDA 1”.....	217
Tabla 92: Tabla de contingencias de la variable “SIDA 2”.....	218
Tabla 93: Tabla de contingencias de la variable “SIDA 3”.....	219
Tabla 94: Tabla de contingencias de la variable “SIDA 4”.....	220
Tabla 95: Tabla de contingencias de la variable “SIDA 5”.....	221
Tabla 96: Tabla de contingencias de la variable “Embarazo”.....	223
Tabla 97: Resumen de los casos procesados (pre-intervención).....	223
Tabla 98: Variables independientes incluidas en el último paso del modelo de análisis discriminante (pre-intervención)	224
Tabla 99: Descripción de las variables independientes incluidas en el último paso del modelo de análisis discriminante (pre-intervención).....	224
Tabla 100: Comparaciones entre pares de grupos (pre-intervención)	225
Tabla 101: Autovalores de las tres funciones que componen el modelo de análisis discriminante (pre-intervención)	225
Tabla 102: Λ de Wilks (pre-intervención)	226
Tabla 103: Valor de los centroides en las funciones discriminantes (pre-intervención)	226
Tabla 104: Matriz de coeficientes estandarizados de las funciones discriminantes canónicas (pre-intervención)	227
Tabla 105: Matriz de estructura (pre-intervención)	227
Tabla 106: Resultados de la clasificación (pre-intervención).....	229
Tabla 107: Resumen de los casos procesados (post-intervención).....	230
Tabla 108: Variables independientes incluidas en el último paso del modelo de análisis discriminante (post-intervención).....	231
Tabla 109: Descripción de las variables independientes incluidas en el último paso del modelo de análisis discriminante (post-intervención).....	231
Tabla 110: Comparaciones entre pares de grupos (post-intervención).....	231

Tabla 111: Autovalores de las tres funciones que componen el modelo de análisis discriminante (pre-intervención).....	232
Tabla 112: <i>Lambda</i> de Wilks (post-intervención).....	232
Tabla 113: Valor de los centroides en las funciones discriminantes (post-intervención).....	233
Tabla 114: Coeficientes estandarizados de las funciones discriminantes canónicas (post-intervención).....	233
Tabla 115: Matriz de estructura (post-intervención).....	233
Tabla 116: Resultados de la clasificación (post-intervención).....	236
Tabla 117: Programa de educación sexual.....	239

Índice de Figuras

Figura 1: Modelo de apoyos para personas con retraso mental.....	51
Figura 2: Distribución de la edad en el Grupo 1.....	136
Figura 3: Nivel cultural de los padres y madres en el Grupo 1.....	137
Figura 4: Nivel cultural de los padres y madres en el Grupo 2.....	137
Figura 5: Distribución de la edad en el Grupo 3.....	138
Figura 6: Nivel cultural de los padres y madres del Grupo 3.....	138
Figura 7: Distribución de la edad en el Grupo 4.....	139
Figura 8: Nivel de estudios de las personas del Grupo 4.....	139
Figura 9: Nivel Cultural de los padres y madres del Grupo 4.....	140
Figura 10: Mapa territorial Función 2.....	228

PRESENTACIÓN

En la última década se ha producido un avance importante en los aspectos relacionados con las medidas de prevención e intervención en las personas con discapacidad intelectual. Esto, en parte, viene determinado por la lucha existente para modificar el concepto tan estigmático y estereotipado de estas personas. Se intenta cambiar su modo de vida y es frecuente escuchar términos como normalización, inclusión o integración. Pero todo ello implica que las personas con discapacidad intelectual vivan en un contexto igual al nuestro y eso, a su vez, significa que son partícipes de los estilos de vida que en cada momento se encuentran impuestos en una sociedad.

Con el nuevo concepto de retraso mental los profesionales abogan por el paradigma de los apoyos en donde el objetivo prioritario es la mayor normalización de estas personas dotándoles de recursos necesarios para afrontar las situaciones cotidianas de cualquier ser humano. Para llevarlo a cabo es necesario que nos detengamos a analizar las necesidades de estas personas, entre ellas, la que constituye uno de los objetivos de nuestro estudio, el derecho a una vida sexual saludable como base importante para la mejora de su calidad de vida.

No hay aspecto del ser humano que despierte tanta diversidad de ideas, sentimientos y comportamientos como el área de la sexualidad. Se acepta lo fundamental de este aspecto para el ser humano, su importancia en la vida diaria, pero, a su vez, está abierta a constantes debates matizados por el concepto personal de sexualidad y por siglos de educación represiva y moralista.

Podría pensarse que dado el fácil acceso a la información y a los medios de comunicación masivos, nuestra población estaría mejor informada y formada en temas relacionados con la sexualidad, pero la realidad no es así. Si bien se ha avanzado en algunos aspectos, nos enfrentamos a situaciones verdaderamente preocupantes que, en resumidas cuentas, tienen que ver con la manera como nos relacionamos unos con otros. Entre ellas podríamos hablar de las enfermedades de transmisión sexual, el número de muertes ocasionadas por el SIDA, el inicio prematuro de las relaciones sexuales, el embarazo en adolescentes, los abusos y violaciones sexuales o la creciente demanda de abortos en jóvenes.

Es indudable que los medios de comunicación bombardean constantemente con temas relacionados con la sexualidad, pero, lo que también queda claro es que esta información no es bien transmitida o bien asimilada por los jóvenes. Es importante que analicemos que esta misma información es la que les llega a las personas con discapacidad intelectual, que a su vez, debido a sus limitaciones, presentan una mayor dificultad en la asimilación de los contenidos.

No cabe duda que la sexualidad de las personas con discapacidad intelectual tiene una especificidad, pero tampoco es indudable que también tienen derecho a disfrutar de ella. Nos parece incuestionable que entre los apoyos que actualmente se ofrecen es necesario programas de intervención de educación sexual que se adapten a las necesidades y capacidades de cada persona que les permitan vivir una sexualidad plena, y, a su vez, puedan ser menos vulnerables a situaciones de riesgo.

En este sentido, la presente tesis doctoral intenta hacer una aportación acerca de la importancia de elaborar materiales adaptados a la personas con discapacidad que faciliten su mayor comprensión y aprendizaje. Pretendemos ofrecer una visión diferente de la persona con discapacidad intelectual en el que se dejen de valorar sus limitaciones y se resalten sus capacidades.

Dividiremos la exposición de nuestro trabajo en dos partes, la primera de ellas, referida al marco teórico y, la segunda, al estudio experimental llevado a cabo.

El *marco teórico*, formado por cuatro capítulos, da forma a la primera parte de esta investigación. En ella se realizará una revisión de la literatura y se enunciará el propósito de este trabajo:

En el primero de los capítulos efectuaremos una revisión del marco histórico del retraso mental, concepto, factores de riesgo y manifestaciones clínicas del retraso mental, sistemas de clasificación y evaluación, haciendo especial hincapié en el llevado a cabo por la Asociación Americana de Retraso Mental al ser el paradigma de los apoyos uno de los pilares básicos de nuestra investigación.

El capítulo segundo gira en torno a la educación sexual, realizamos un breve recorrido por la definición de la misma así como de otros conceptos, como educación formal, informal o incidental que son relevantes para aclarar el desarrollo de este trabajo. Haremos una revisión a los distintos modelos teóricos que han marcado la educación sexual a lo largo de la historia así como un repaso al panorama de la educación sexual en el mundo para detenernos en el marco legal de la educación sexual de nuestro país y de nuestra comunidad autónoma que es donde se realiza la investigación. Seguidamente, exponemos un apartado en donde se hace una descripción de la conductas sexuales de riesgo de los jóvenes que son esclarecedoras para determinar la importancia de llevar a cabo intervenciones adecuadas que puedan evitar conductas de riesgo. Finalmente, detallamos los contenidos teóricos de algunos programas de educación sexual que encontramos en la literatura, explicando de una manera más detallada el programa de intervención Harimaguada que hemos aplicado en nuestro trabajo.

Para finalizar con el marco teórico, en el tercer capítulo, afrontamos de una manera más específica nuestro tema de estudio, es decir, la educación sexual en personas con discapacidad intelectual. En primer lugar, hacemos una breve introducción histórica y seguidamente exponemos los aspectos éticos y jurídicos de la sexualidad de las personas con discapacidad

intelectual en donde abordamos el derecho al matrimonio, a ser padres y la esterilización. A continuación describimos los mitos y prejuicios en torno a la sexualidad de las personas con discapacidad intelectual así como algunos factores que determinan la sexualidad de las mismas. El tema siguiente tratado, por su repercusión en este colectivo, ha sido la mayor vulnerabilidad a los abusos, el acoso y la violación. Finalmente, se abordan los programas de intervención en personas con discapacidad intelectual así como las recomendaciones de algunos expertos para realizar adaptaciones adecuadas de estos programas.

Para concluir, el capítulo cuarto, tiene como propósito la descripción de objetivos e hipótesis de esta investigación.

El *estudio experimental* es la segunda parte de esta investigación, y comprende tres capítulos:

En el capítulo cinco, expondremos el método y diseño empleado en esta investigación. Haremos una descripción de los participantes, de las variables analizadas e instrumentos utilizados, así como de los tipos de análisis de datos efectuados. A su vez, se expondrá el procedimiento llevado a cabo mediante la descripción de cada paso efectuado en la ejecución de la investigación.

Los resultados obtenidos en la investigación son descritos en el capítulo seis. En él se recogen los resultados o hallazgos más relevantes obtenidos en las dos fases de la intervención en los distintos análisis de datos realizados. Posteriormente, en el capítulo siete de este trabajo, ofreceremos la discusión así como las conclusiones obtenidas de la misma.

Finalmente, con el objetivo de presentar un trabajo más ilustrativo en donde resulte menos tedioso y se facilite la lectura y comprensión del mismo se adjunta un soporte informático CD-Rom en donde se recogen los apéndices de este trabajo. En dichos apéndices se describe el material utilizado en esta investigación y en el cual el lector podrá observar algunas adaptaciones del mismo que han sido necesarias en el desarrollo de este programa.

A continuación pasamos a exponer nuestra investigación con el deseo de que pueda contribuir al estudio de trabajos posteriores relacionados con nuestro propósito.

PRIMERA PARTE

MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO 1

RETRASO MENTAL

1.1. MARCO HISTÓRICO DEL RETRASO MENTAL¹

A pesar de que la historia del retraso mental es larga, tanto como la propia humanidad, son pocos los autores que han escrito sobre la misma. El retraso mental es una categoría diagnóstica que ha cambiado sustantiva y frecuentemente a lo largo del tiempo (Ladesman y Ramey, 1989); de hecho, como señala Scheerenberger (1984), el retraso mental es un fenómeno que empezó a manifestarse desde los albores de la humanidad y está determinado socio-culturalmente. Siguiendo a Pelechano (1988), la historia de las deficiencias aparece en una progresión no lineal, de forma que la irrupción de ideas, concepciones, planteamientos y prácticas nuevos no conlleva la exclusión de las anteriores, sino que coexisten con ellos y, en muchas ocasiones, en clara confrontación y enfrentamiento. Sin embargo, existen ciertas líneas persistentes que, de forma muy sintetizada, giran en torno a una constante histórica, la marginación (Burgdorf, 1980).

La historia de la discapacidad intelectual es muy extensa. Tan sólo si nos referimos a su definición y clasificación diagnóstica vemos como la historia ha ido marcando una serie de acontecimientos. Muchos de ellos constituyen una pieza importante para la elaboración de las actuales definiciones y clasificaciones de la discapacidad intelectual que marcan las actuales líneas de investigación e intervención. Aportar todas las fechas y momentos importantes que nos han llevado al momento actual excede los límites de nuestro estudio, pero lo que sí nos queda claro es la importancia que tiene el proceso histórico, ya que la situación actual de este ámbito de estudio es fruto del esfuerzo de otros muchos investigadores de épocas anteriores.

A continuación, realizaremos un breve recorrido cronológico siguiendo para ello la propuesta de fases históricas realizada por Aguado (1995).

1.1.1. Prehistoria y antigüedad clásica

La primera referencia histórica al retraso mental se encuentra en el *papiro egipcio de Tebas* (1552 a.C.), en donde se observa que en aquellas culturas el retraso mental despierta poco interés médico, aunque hay que reseñar que, en general, las personas que lo padecían recibían un buen trato.

¹ Existen muchos conceptos aplicados al retraso mental, como deficiencia mental, discapacidad cognitiva, discapacidad intelectual, discapacidad psíquica, deficiencia cognitiva o discapacidad general del desarrollo. No existe en la actualidad un consenso sobre el concepto más acertado en torno a este constructo. Los críticos proponen nuevas expresiones menos peyorativas para la etiqueta de retraso mental (Greenspan, 1997; MacMillan, Gresham y Siperstein, 1993, 1995; Verdugo, 2003). Bajo la presión de algunos miembros y autodefensores, la Asociación Americana de Retraso Mental ha estado debatiendo algunos años la recomendación de un cambio de nombre. Las actitudes se reflejan en el lenguaje y, por tanto, es conveniente hacer uso de aquella terminología que menos connotaciones negativas conlleve. Nos encontramos en un período de transición en el que se está abogando por la nueva terminología de Discapacidad Intelectual. A lo largo de este trabajo iremos refiriéndonos a las personas con retraso mental de igual manera que la cita bibliográfica de referencia. Cuando hagamos mención de manera particular, optaremos por la terminología de discapacidad intelectual.

En las épocas más remotas de la humanidad ya se observan dos tipos de enfoques en torno al retraso mental: el primero, un enfoque pasivo, de rechazo total, que considera a los retrasados mentales como resultado de los malos espíritus y donde el infanticidio es la práctica común en la mayoría de los pueblos animistas. En cuanto al segundo enfoque, el activo, se supone que las trepanaciones podrían haberse utilizado como métodos curativos y/o paliativos, aunque existen dudas acerca de la intencionalidad de dichas técnicas.

Respecto a la antigüedad clásica, podemos destacar dos hechos importantes (Aguado, 1995): i) los trastornos mentales, y por tanto la deficiencia mental, son considerados por primera vez fenómenos naturales; ii) el infanticidio, los malos tratos, la venta de niños como esclavos e, incluso, la mutilación para mendicidad, son prácticas frecuentes. En cuanto a los personajes más destacables de ésta época, encontramos la figura pionera de Hipócrates (460-377 a. de C.) que busca el origen de la enfermedad mental en el estancamiento de la *bilis negra*, atribuyendo las causas de la enfermedad y de la deficiencia mental a los procesos naturales y no demonológicos, como hasta este momento se había estado haciendo.

Paralelamente, en la Grecia clásica es común la práctica del infanticidio entre todos los neonatos y niños con apariencia inusual², llegándose incluso a recomendar por parte de los intelectuales, la eugenesia activa; de hecho, Platón (428-347 a. de C.) considera necesario eliminar a los débiles y a los deficientes. De igual forma, Aristóteles (384-322 a. de C.) en su obra *La Política*, señala la importancia de contar con una ley que prohíba criar a personas que estén lisiadas (Aguado, 1995). Ya en esta época se comienza a hablar de intervención y educación, aunque no en el sentido estricto de la palabra; así, A. C. Celso (25 a. de C.-50 d. de C.) utiliza el término *imbecillis* para referirse a un grado moderado de deficiencia mental, defendiendo la *hipótesis del miedo* (castigo de privación de alimentos, cadenas, grilletes, etc.) para su tratamiento. Dicho tratamiento se ha seguido empleando hasta el siglo XX y, todavía en el siglo XXI, los defensores del bienestar de las personas con discapacidad luchan, en algunas ocasiones, contra algunas instituciones y profesionales que emplean este tipo de tratamiento.

Al mismo tiempo, otros profesionales ofrecían mejores alternativas a este tratamiento, como el médico griego Sorano de Efeso (98-138 d. de C.), que recomendaba el reposo, la lectura y la participación en representaciones teatrales.

1.1.2. De la Edad Media a la Reforma

La caída de Roma (476 d. de C.) implicó un progresivo aumento de las influencias cristianas, por lo que el *humanitarismo cristiano* alcanza su esplendor, se socorre a los menos afortunados y se fundan orfanatos y hospitales, llamados nosocomios. El emperador Justiniano (483-565 d. de C.), en su compilación del código legislativo romano, establece que los deficientes mentales no deben sufrir las mismas penas que los demás y que necesitan custodios. En este contexto, es obligado destacar a los médicos árabes, concretamente

² Hay que tener en cuenta que se trata de una cultura donde se rendía culto a la salud y la belleza física (Nuffield, 1988).

Avicena y Maimónides. Avicena (980-1037), en su obra *Canon de medicina* indica que la memoria y el habla pueden verse afectadas por lesiones cerebrales, reconociendo y definiendo distintos niveles de lo que hoy entendemos por funcionamiento intelectual (Scheerenberger, 1984). Es importante también resaltar la aportación de Maimónides (1135-1204), ya que es la primera vez que se aporta alguna expectativa de mejora en las personas con deficiencia mental. Este autor relaciona la teoría de los humores con el funcionamiento intelectual, indicando que si se educa a los deficientes mentales o *flemáticos*, éstos podrían mejorar en su funcionamiento (Aguado, 1995).

Por lo que respecta a la Europa occidental medieval, la Iglesia Católica se convierte en la única institución benéfica donde se da acogida tanto a perturbados como a deficientes mentales. En medicina desaparece el naturalismo griego y la farmacología árabe sustituye a la griega, el monje reemplaza al médico y se establece la *demonología*, responsabilizando de todo mal o enfermedad a los demonios y llevando a cabo rituales para su eliminación (Zilboorg y Henry, 1968). En la baja edad media, se producen dos cambios sustanciales que suponen la culminación de lo que venimos denominando tradición demonológica (Foucault, 1979). Por un lado, los deficientes, como los locos, son considerados hijos del pecado y del demonio, y, por otro, se instaura la inquisición, desafortunado destino de algunos deficientes, probablemente aquellos que presentaban lo que conocemos en la actualidad como problemas de conducta.

En 1534, Fitzherbert (1470-1538), en su obra "*New Natura Brevium*", esboza un primitivo test de inteligencia, en el que se establece que se considerará *tonto* o *idiota de nacimiento* a quien no sea capaz de decir quién es su padre o su madre, saber su propia edad ni saber contar o enumerar veinte peniques. Posteriormente, para saber su nivel de inteligencia se irán agregando otras pruebas, como medir un tejido o nombrar los días de la semana (Scheerenberger, 1984).

1.1.3. Los siglos XVII y XVIII

A lo largo de estos siglos se produce el fenómeno denominado *el gran encierro*, caracterizado por la segregación indiscriminada y el internamiento masificado (Aguado, 1995). Pese a ello y en lo relacionado a la concepción de la deficiencia mental, se producen ciertos avances en su comprensión debido a la aportación de algunos profesionales médicos como Paracelso (1493-1541) y Plater (1536-1614). El primero observa que el cretinismo está asociado a la deficiencia mental, mientras que el segundo, desde una concepción orgánica, formula una primera clasificación psicopatológica en cuatro grandes grupos, siendo pionero en la descripción de la deficiencia mental, *stultitia originalis*, en distintos niveles y en señalar la existencia del cretinismo endémico (Aznar y Osuna, 1983).

Siguiendo a Scheerenberger (1984), en el siglo XVIII se producen una serie de avances en medicina que revierten positivamente en la deficiencia mental, como el descubrimiento de la

circulación de la sangre, la vacuna contra la viruela, los avances en el estudio del sistema nervioso y la expansión del conocimiento del cerebro, de la epilepsia y de la hidrocefalia. En relación a la deficiencia intelectual, las figuras más relevantes que nos parece importante resaltar son las siguientes: Silvio (1614-1672), quien describe la epilepsia asociándola a la deficiencia mental; Harris (1646-1732), autor que explica las graves consecuencias del consumo de bebidas alcohólicas por parte de la madre correlacionándolas con la aparición de deficiencia mental; Hoefer (1614-1681), que atribuye a la alimentación y a la educación las causas del cretinismo; Duttel, quien en 1702 publica una monografía explicando los defectos congénitos; y, por último, Whytt, que propone en 1768 una descripción muy elaborada de la hidrocefalia.

Mención especial nos merece Philippe Pinel, quien en 1801 publica su famoso "*Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale*", texto en el que clasifica las enfermedades mentales basándose para ello más en los órganos lesionados que en los síntomas. En esta obra detalla la demencia y la *idiocia*, considerándolas afines, aunque distingue claramente entre formas congénitas y adquiridas e identifica diversos niveles de funcionamiento intelectual.

Hay que resaltar que todas estas aportaciones hacen que se establezca cierto reconocimiento de la deficiencia mental como entidad, aunque todavía con muchas limitaciones (Scheerenberger, 1984). En cuanto a las actitudes sociales, en general, están presididas por la repulsión, el rechazo y la ignorancia. Por otro lado, en cuanto a la intervención prosiguen la mayoría de las prácticas del pasado y se añaden algunas nuevas (Hernández, 1977). Así, las instituciones se caracterizan por su hacinamiento, celdas oscuras, hambre, falta de asistencia, crueldad de trato, etc., sin olvidar cadenas, grilletes, celdas de castigo y otros aparatos especiales, como el baúl enrejado para pacientes violentos, etc.

Sin embargo, también se producen avances terapéuticos, destacando en ello dos figuras especialmente relevantes: Tuke (1732-1822), creador del famoso *Retreat* (Retiro) de York, en el que acoge a deficientes y enfermos mentales a los que proporciona un trato benevolente y humano; y, por otro lado, Rush (1745-1813), impulsor de métodos terapéuticos que presentan una curiosa mezcla de progreso y tradición: actitud humanitaria y tratamiento moral y sangrías. Además, crea la *silla tranquilizante* para deficientes y enfermos mentales excitados o hiperactivos (Scheerenberger, 1984).

1.1.4. El Siglo XIX

El siglo XIX constituye la era del progreso, el escenario de avances y reformas y protagoniza la llamada *revolución demosanitaria*. En cuanto a la concepción de la deficiencia mental, el siglo XIX supone grandes avances en la descripción, clasificación e identificación de formas clínicas asociadas, cuya máxima expresión estriba en la diferenciación entre enfermedad y deficiencia mental. De igual forma, aporta mejoras sensibles en el trato hacia las personas con deficiencia mental, siendo la época del *tratamiento moral*.

En esta época, la comprensión de las causas biológicas todavía está muy limitada y será el siglo siguiente el que aporte muchos de los avances y descubrimientos científicos en este campo fruto de las múltiples investigaciones llevadas a cabo. No obstante, ya en esta época, se reconoce que el cretinismo es debido a una deficiencia del tiroides y por lo tanto se puede tratar con extracto de tiroides (Zilboorg y Henry, 1968), por lo que se desvincula, en parte, de la deficiencia mental.

Retomando los avances que se van produciendo progresivamente, tanto en lo relativo a la descripción y clasificación, como a la identificación de formas clínicas asociadas a la deficiencia mental, Scheerenberger (1984) resalta algunos de los autores y contribuciones más interesantes como Esquirol (1772-1840), autor que diferencia nítidamente la enfermedad mental (*demencia*) de la deficiencia mental (*amenia*), diferenciando, a su vez, en esta última dos niveles, *imbecilidad* e *idiotia*, con grados variables cada uno. El concepto de *imbecilidad* de Esquirol corresponde a la actual deficiencia mental leve, mientras que la *idiotia* correspondería a niveles inferiores de funcionamiento intelectual.

Por otra parte, Seguin (1812-1880) realiza una clasificación de la deficiencia mental en la que establece cuatro grados distintos: i) *idiotia*: retraso mental moderado, grave y profundo; ii) *imbecilidad*: retraso leve con defectos en el desarrollo moral (social); iii) *debilidad mental*: retardo del desarrollo; y iv) *simpleza*: retraso superficial, desarrollo intelectual lento (Morel, 1987).

Down (1826-1896), conocido especialmente por su descripción del síndrome que lleva su nombre, propone una clasificación *étnica* de la *idiotia congénita* (el término *imbécil* lo reserva para el enfermo mental). Clasifica la *idiotia* en tres grupos etiológicos: i) *congénita*: idiotas con un origen hereditario; ii) *accidental*: idiotas y débiles mentales debidos a causas traumáticas, perinatales e infecciosas; iii) *del desarrollo*: débiles mentales por causas ambientales. A su vez, clasifica la *idiotia congénita* basándose en *similitudes étnicas*, no por prejuicios raciales, sino con la intención de indicar su carácter universal. A pesar de sus buenas intenciones, esta clasificación étnica no es admitida, aunque el término *mongolismo* sí subsistió durante mucho tiempo al lado del de *síndrome de Down*. A parte de su interés por la clasificación, Down también se ocupó de la prevención, siendo partidario de impartir educación especial al deficiente mental, incluso estimulación temprana.

Ireland (1832-1909) publicó, en 1887, "*On Idiocy and Imbecility*", considerándose el primer tratado exhaustivo sobre la deficiencia mental que incluía materias como la definición, etiología, incidencia, educación y legislación (Scheerenberger, 1984). Distingue entre *idiotia* (genéricamente aplicada a la deficiencia) y *demencia* (locura); asimismo, diferencia *imbecilidad* (grado menor) e *idiotia* (grado mayor), dentro de la que aprecia diez tipos de idiotia. Fue el primero en delimitar la circunferencia de la cabeza, inferior a 42 centímetros, para definir la *idiotia microcefálica*. También muestra su preocupación por las causas perinatales de la *idiotia traumática*, en especial las prácticas obstétricas vigentes entonces, como la abusiva utilización de fórceps; se interesa también por los factores ambientales de la *idiotia de privación*. Finalmente,

en lo relativo al *diagnóstico*, mientras que lo usual en aquella época era recurrir al habla y el lenguaje, como hace Esquirol, Ireland anticipa lo que años más tarde hace Binet: la necesidad de comparación de las personas deficientes con individuos no retrasados y de diferentes grupos de edad.

Por su parte, Bourneville (1840-1909) describe ocho variedades de idiocia, siete de las cuales son debidas a malformaciones encefálicas, describiendo incluso una de ellas, la *esclerosis tuberosa*, conocida en la actualidad como *esclerosis tuberosa del encéfalo* o *síndrome de Bourneville-Pringle* (Nuffield, 1988; Braier, 1982).

Finalmente, Duncan y Millar publican en 1866 "*A Manual for the Classification, Training, and Education of the Feeble-minded, Imbecile, and Idiotic*". A diferencia de las anteriores clasificaciones de orientación médica, estos autores basan la suya en la conducta, incidiendo especialmente en la potenciación de las capacidades del deficiente mediante la debida asistencia médica y educación.

En cuanto a la *identificación de formas clínicas asociadas a la deficiencia mental*, el siglo XIX aporta numerosos avances, entre los que vale la pena destacar los relativos a la parálisis cerebral (PC). A mediados de siglo, el cirujano inglés Little (1810-1894), es el primero que describe el síndrome de *diplejia espástica*, razón por la que durante mucho tiempo se denomina a este trastorno *enfermedad de Little* (García Fernández, 1988). Al mismo tiempo, es también pionero en reconocer la etiología perinatal de la PC; de la descripción de Little se deduce equivocadamente que todos los niños con PC pertenecen al mismo tipo y que todos son deficientes mentales. Posteriormente se comprueba que la PC presentaba varias formas y tipos y no siempre va acompañada de deficiencia mental.

Mención especial merecen, en este contexto, la proliferación de asociaciones profesionales en Estados Unidos en la segunda mitad del siglo XIX. En 1876, se crea la *Asociación de Directivos Médicos de las Instituciones para Idiotas y Débiles Mentales de Estados Unidos*, de la que Seguin es su primer presidente. En 1896 recibe el nombre de *Journal of Psycho-Asthenics* y en 1940 el de *American Journal of Mental Deficiency*, pasando a denominarse en 1988, *American Journal on Mental Retardation*.

Por lo que aquí nos interesa, la *American Association on Mental Retardation* (AARM) se ocupa del tema de la *definición, clasificación y terminología*. Fruto de tal interés, en 1877 se instaura la *primera definición del deficiente mental*, en la que aparecen tres niveles o categorías, *idiotia, imbecilidad y debilidad mental*. En 1884 Kerlin añade una cuarta categoría, *imbecilidad moral*, concepto amplio en el que tienen cabida desde problemas de comportamiento leves a conductas agresivas; anomalías de esqueleto, ojos, corazón, aorta; con posible no afectación intelectual.

En cuanto a las corrientes teóricas de esta época, Carpintero y del Barrio (1979) señalan dos líneas en la comprensión de la deficiencia mental: biologicista y social. Las corrientes *biologicistas*, alentadas por el evolucionismo, acentúan la inmodificabilidad de la deficiencia

mental, ya que atribuyen su causa a la heredabilidad. Su extremo más radical lo encontramos en la corriente de la frenología o craneología (Scheerenberger, 1984) de Franz Joseph Gall (1758-1828) que postula que las facultades mentales están localizadas en determinadas áreas del cerebro, cuyo tamaño se corresponde con la fuerza de esa facultad, determinando que las medidas del cráneo permiten deducir determinadas características de los individuos, tanto morales como intelectuales y de personalidad. Dicha corriente tiene una gran aceptación durante la primera mitad del XIX prolongándose en las teorías del *imbécil moral* y en la *antropología criminal* de finales de siglo que tienen serias repercusiones en las actitudes sociales y populares hacia los deficientes, siendo altamente nocivas para los intereses de las personas retrasadas mentales en el siglo XX. La noción de *imbécil moral* es descrita por Ray en 1831, en "*A Treatise on the Medical Jurisprudence of Insanity*", asentada, según él, en bases fisiológicas y conectada con la frenología de Gall. Posteriormente, el criminólogo italiano Lombroso (1835-1909) impulsa esta teoría fisiológica de la imbecilidad moral (Morel, 1987). Así, estudia los componentes anatómicos de la criminalidad y en 1896 publica un modelo epileptoide de criminalidad, modelo abusivamente citado, en el que distingue cinco niveles de criminalidad: *epiléptico criminal*, *imbécil moral criminal*, *criminal nato*, *criminoide* o *criminal ocasional* y *criminal pasional* (Scheerenberger, 1984). De igual forma, la teoría de Lombroso de la *degeneratividad* dominaría todo lo relativo a la etiología de las discapacidades evolutivas, produciéndose una lamentable confusión entre causas congénitas y hereditarias, propiciando ciertas políticas sociales muy negativas, como la esterilización de deficientes, extendida hasta los años cincuenta. Un ejemplo extremo de política social negativa fue la exterminación a través de gas de decenas de miles de retrasados por los nazis (Nuffield, 1988).

Las orientaciones de corte *social*, representadas por Itard y Seguin, por el contrario, descubren la contribución de factores socio-ambientales y *la modificabilidad* de la deficiencia mental. Como fruto de tales progresos, a mediados del XIX se va aceptando la idea de que estos trastornos mentales pueden ser fruto de una interacción de variables ambientales y orgánicas, dando lugar a la puesta en marcha de medidas específicas de educación especial. A finales de siglo, existen varias clasificaciones de la deficiencia mental basadas en criterios anatómicos, categorías clínicas e influencias etiológicas. De igual forma, se van asentando varias ideas de gran importancia para el trabajo de años posteriores: la educabilidad, la modificabilidad, la complejidad del fenómeno y la necesidad de utilizar tratamientos diversos.

En cuanto a estos últimos, el siglo XIX y la primera mitad del XX constituyen la era de la gran expansión de las instituciones asistenciales; se va introduciendo la idea y la práctica de educar a grupos de deficientes en dichas instituciones, combinando el tratamiento médico y la educación. A finales del siglo XIX existe una red de instituciones diseminadas por todo el continente europeo y por toda Norteamérica, produciéndose una progresiva toma de responsabilidad de los gobiernos en el cuidado y manutención en asilos y hospitales. Evidentemente, aunque tales intentos presentaban serias limitaciones, muchos de los principios vigentes hoy en educación especial fueron propuestos y desarrollados en este

período (Mayor, 1988): instrucción individualizada, secuencia ordenada de tareas educativas, preocupación por el ambiente del niño, énfasis en la estimulación, recompensa inmediata ante actuación correcta, entrenamiento en destrezas funcionales, importancia del adiestramiento sensorial y de la adquisición del lenguaje, etc. En suma, se podría decir que buena parte de lo que es vital en la educación especial contemporánea tuvo su origen en la segunda mitad del siglo XIX (Scheerenberger, 1984).

Uno de los hitos importantes de este siglo es el surgimiento de la evaluación psicológica. Hay que destacar la importancia de las relaciones múltiples establecidas entre dicha disciplina y las deficiencias. Dichas relaciones ayudaron a sentar las bases de la evaluación psicológica, teniendo también una influencia decisiva los avances producidos en la praxis clínica y diagnóstica médica, en general, y neurológica y psiquiátrica, en particular, así como el campo de la educación y de la incipiente psicología educativa (Ollendick y Hersen, 1986). A su vez, acontecimiento importante es la necesidad de clasificar escolares, de evaluar la capacidad de aprovechamiento del sistema escolar y de detectar los alumnos no capaces o retrasados, lo que contribuye de forma decisiva al desarrollo de la incipiente evaluación psicológica. Tales necesidades son recogidas por el grupo norteamericano de Hall y el europeo de Binet.

A pesar de las innovaciones que se han ido produciendo a finales del siglo XIX, el panorama del diagnóstico de la deficiencia mental seguía necesitado de reformas, ya que se continuaba evaluando en función de la fisonomía, la edad, el retraso escolar y/o la coordinación general. Sin olvidar las aportaciones de Galton, Binet y los discípulos de Hall en este campo, sin duda, la figura más destacada en este período la de Alfred Binet, quien aboga por el aprovechamiento de las enseñanzas escolares de las personas con deficiencia mental y la no discriminación de los mismo dentro de estos contextos (Pelechano, 1988).

Las aportaciones técnicas más novedosas de Binet estriban en el concepto de *edad mental* y en la necesidad de comparación con individuos no retrasados de diferentes grupos de edad, idea esta última ya anticipada por Ireland y por Guislain para la comparación de pacientes con población general. En todo caso, interesa dejar aquí constancia de que una de las estrategias más importantes y más empleadas para la evaluación de la inteligencia, las *escalas clínicas*, elaboradas desde la perspectiva psicométrica y diferencialista en base a estrategias racionales y desde las concepciones omnibus de la inteligencia (Anastasi, 1982) han sido construidas desde y para la deficiencia mental. De igual forma, las aportaciones de Stern, quien en 1912 propone el *Cociente Intelectual*, de Goddard, Terman y Kuhlmann, revolucionan el panorama del diagnóstico de la deficiencia mental y se generalizan a la evaluación de la inteligencia de toda las personas.

1.1.5. El siglo XX

En lo relativo a la comprensión de la deficiencia mental, este siglo desarrolla la doble orientación biologicista-social. La corriente biológica centra su interés en el estudio de la

etiología y en el tema de la clasificación, mientras que la social acentúa la modificabilidad. Por otro lado, como consecuencia de la revolución industrial y de la escolarización obligatoria, la deficiencia mental adquiere categoría de problema social. Por lo que atañe a la primera de las orientaciones señaladas, la biologicista, se producen cuantiosos y decisivos avances en etiología y en identificación de formas clínicas asociadas a la deficiencia mental que se amplían en décadas sucesivas. Sin embargo, se sigue ignorando la naturaleza genética exacta de estos trastornos y sus componentes bioquímicos por lo que, aunque se recalca el papel de la herencia, se hace dentro de un concepto laxo y equívoco en el que se engloban trastornos genéticos, bioquímicos, traumatismos, lesiones prenatales, perinatales y postnatales e, incluso, el aprendizaje social.

En lo que concierne a la clasificación, con el cambio de siglo quedan establecidos los tres elementos esenciales de la definición de la deficiencia mental, el concepto tripartito: i) presentación precoz; ii) funcionamiento intelectual disminuido por trastorno del desarrollo; y iii) incapacidad para adaptarse a las exigencias de la sociedad. La clarificación del segundo punto se ve favorecida por la introducción de los tests estandarizados de inteligencia. Al mismo tiempo, en 1901 el *Comité para la Investigación Psicológica* de la por entonces denominada *Asociación de Estados Unidos para el Estudio de los Débiles Mentales* elabora un formato de examen psicológico que incluye medidas antropométricas, de sensación, percepción, memoria, emociones, instintos, asociación de ideas, atención, juicio, razonamiento, imaginación, talentos especiales, lectura, escritura, aritmética y aptitudes mecánicas. Ahora bien, ya desde el principio los tests de inteligencia suscitan polémicas y discrepancias, especialmente en lo relativo al problema de los límites debilidad-normalidad (Scheerenberger, 1984). En todo caso, las críticas abundan: contenido verbal y abstracto, excesivo para niños de extracción social baja; inexactitud más allá de 10 años, etc.; en definitiva, críticas que, a pesar del paso de los años, siguen reiterándose. En el contexto de esta polémica, en 1910 el *Comité para la Clasificación* de la *Asociación de Estados Unidos para el Estudio de los Débiles Mentales* añade el nivel de *morón*, acuñado por Goddard, con lo que *débil mental* se convierte en la denominación genérica e *idiotas*, *imbécil* y *morón* quedan para cada una de las categorías de esta clasificación tripartita. Finalmente, en 1915 Kuhlmann presenta la distribución estadística del CI: el 1% de la población, con una proporción de idiotas, imbeciles y morones de 1:3:12 respectivamente (Scheerenberger, 1984).

Respecto a la orientación social, la idea de deficiencia mental es progresivamente sustituida por la de deficiencias comportamentales, la entidad nosológica por los déficits de ejecución, la preocupación por la clasificación por el interés hacia la detección de conductas-problema y/o conductas importantes ausentes en el sujeto y la forma posible de establecerlas mediante aprendizajes concretos. Estos cambios de orientación, que se acentúan en décadas posteriores, contribuyen de forma decisiva a los avances en el tema de la clasificación.

En cuanto a las actitudes sociales, durante las primeras décadas del siglo en los Estados Unidos predominan unas actitudes sumamente negativas hacia los deficientes mentales, concretamente hacia su moralidad, aptitudes y responsabilidades sociales (Scheerenberger, 1984). Se trata de una época de paternalismo protector y de un nivel muy bajo en la sensibilidad social y profesional hacia la deficiencia mental. Como consecuencia de estos estudios, se crea un ambiente de control y prevención social, la alarma eugenésica. Así, la *Asociación de Eugenistas de Estados Unidos* propone medidas del tipo de segregación de por vida de los deficientes mentales, la eutanasia, la esterilización, la restricción matrimonial, etc. Incluso, treinta y nueve estados prohíben el matrimonio entre deficientes mentales o decretan su anulación. De igual forma, se produce una fuerte polémica sobre la esterilización, llegándose a su regulación en ocho estados de la Unión en torno a 1912. No obstante, hacia 1920, varios profesionales que comienzan a trabajar fuera de los contextos institucionalizados, es decir, en ambientes naturales, empiezan a apreciar las influencias del medio social. Sin embargo, todas estas actitudes sumamente negativas son perfectamente compatibles con la incorporación a filas de los deficientes mentales en la I Guerra Mundial (Aguado, 1995).

Por lo que concierne a los tratamientos llevados a cabo (Scheerenberger, 1984), la época del paternalismo protector trae consigo un cambio en los objetivos de las instituciones: de la educación de los niños se pasa a la prevención de la deficiencia en las generaciones futuras mediante la segregación de los adultos deficientes. Como consecuencia, se incrementa la cantidad de institucionalizados aumentando en especial el número de morones, que llega a alcanzar el 80% de los ingresos hacia 1920. La educación especial se ve potenciada, en este caso mediante la creación de las clases sin graduación y su finalidad consiste prioritariamente en retirar a los elementos más difíciles o rebeldes de las clases normales, es decir, es una plataforma para la vida en la institución. Paralelamente, se incrementa la participación gubernamental y se potencian los servicios comunitarios, lo cual se refleja en los dos principales vehículos de la asistencia pública, los programas educativos y residenciales, a los que se añade atención sanitaria (en centros y domiciliaria) y atención pediátrica.

Uno de los acontecimientos más influyentes y decisivos para los deficientes, fue la Segunda Guerra Mundial, época de conflictos y cambios y, a la vez, anticipo y preámbulo de otros cambios aún más innovadores y trascendentes. Scheerenberger (1984) sitúa en este momento histórico el nacimiento del movimiento rehabilitador y de la Psicología de la rehabilitación y su expansión en otros campos. La guerra trae consigo una suerte dispar para los deficientes según el país en el que se ubiquen. Así, la supremacía nazi implica la práctica de la eutanasia de la forma más brutal e indiscriminada con la pretensión de garantizar la mejora de la raza. En el bando de los aliados, más en concreto en los EEUU, a las personas de capacidad disminuida se les requiere para participar activamente en la contienda, con la pretensión de gozar del privilegio de defender a su país; los deficientes, en su mayoría, cumplen perfectamente con sus obligaciones en los diversos frentes de la guerra, pero se les vuelve a encerrar una vez acabada la situación de emergencia.

No obstante, la II Guerra Mundial trae consigo otro tipo de aportaciones, concretamente, el nacimiento del movimiento rehabilitador y de la psicología de la rehabilitación y su expansión a otros campos. En este contexto, son las discapacidades físicas las que ostentan la primacía y se convierten en el eje de progreso en la historia de las deficiencias. Inicialmente centrado en la rehabilitación física y funcional de excombatientes, va progresivamente ampliando, por un lado, su concepto, hasta llegar a la rehabilitación integral, y, por otro lado, los colectivos beneficiados: accidentados laborales, campo clínico y educativo y, posteriormente, deficientes mentales y otras personas con discapacidad. Paralelamente, se constituye el *Consejo Nacional sobre Aspectos Psicológicos de la Discapacidad* y tienen lugar las *Conferencias* de la *División 22* de la *American Psychological Association*. Más adelante, la *División 22* ya se redenomina como *Rehabilitation Psychology*, nombre oficial de la División y de la especialidad. Estos acontecimientos marcan la consolidación de la psicología de la rehabilitación como área de especialidad cuyos principios son válidos para los psicólogos en muchas otras especialidades (Shontz y Wright, 1980), como en el caso de la Psicología clínica.

Como consecuencia de estos cambios, tiene lugar un progresivo incremento y desarrollo de servicios comunitarios, que aparecen con una gran diversificación: clínicas de diagnóstico del habla, audición, ortopedia, orientación, etc.; clínicas especializadas; centros de día y de asistencia domiciliaria; campamentos residenciales; empresas protegidas que ofrecen instrucción y trabajos especiales; asociaciones recreativas y casas de vecindad, etc. Todo ello da pie, más adelante, en los sesenta, al desarrollo de los planteamientos comunitarios. Estos progresos y avances repercuten de forma directa en favor de todos los deficientes en general, las medidas legales e institucionales se multiplican e, incluso, se producen desde las instituciones y organismos internacionales. Así, en 1948 la *Organización de Naciones Unidas* (ONU) hace pública la *Declaración Universal de los Derechos Humanos*. Entre sus artículos pueden enumerarse varios de interés para las personas con discapacidad: el Artículo 5 establece que nadie debe de ser objeto de tratos crueles, inhumanos o degradantes; el 22 proclama el derecho a la seguridad social; el 23 consagra el derecho a trabajar; el 25 defiende el derecho a un nivel de vida adecuado que asegure la salud y el bienestar y, en especial, alimentación, vestido, vivienda, asistencia médica y servicios sociales necesarios; de igual forma, el mismo artículo afirma el derecho a los seguros de desempleo, enfermedad, invalidez, viudedad, vejez u otros casos de subsistencia independientes de la voluntad del afectado; finalmente, el artículo 26 asegura el derecho a la educación.

Estos avances también se reflejan en la concepción de la deficiencia mental. Se trata de un período de optimismo generalizado, de grandes progresos en el conocimiento tanto de esta deficiencia como de las personas afectadas, se interesan por el tema muchos profesionales y políticos, hasta ahora absolutamente desinteresados y tienen lugar las reivindicaciones de las asociaciones de padres que originan toda una serie de cambios legales e institucionales. Todos estos factores confluyen en un cambio substancial en el campo de la deficiencia mental, que deja de ser monopolio médico y recibe un nuevo enfoque multidisciplinar. Se produce un

avance en la etiología e identificación de formas clínicas asociadas. A partir de los cincuenta, se continúan y amplían los descubrimientos bioquímicos y los progresos en citogenética, cirugía cerebral, farmacología, prevención y tratamiento. Sin embargo, pese a todos estos cambios, la mayoría de los deficientes mentales siguen siendo diagnosticados con una etiología indiferenciada. También se avanza en el problema de la definición de la deficiencia mental aunque limitándose a una mera descripción de las limitaciones intelectuales y la etiología de la misma. En este sentido, la *American Association on Mental Deficiency* (AAMD), en 1952, constituye un comité para la definición y la nomenclatura, del que forma parte Heber (1961), cuyas propuestas son aprobadas en 1959 y dadas a conocer, aunque con ligeras modificaciones, en 1961. La definición oficial indica que el retraso mental hace referencia a un funcionamiento intelectual general inferior a la media, que tiene su origen en el período de desarrollo y que va asociado a un menoscabo de la conducta adaptativa.

Bajo las premisas de la AAMD, el funcionamiento intelectual general inferior a la media queda establecido en una desviación típica por debajo de la media, mientras que el período de desarrollo abarca hasta los 16 años. Finalmente, la clasificación adquiere una estructura quintuple (límite: CI= 83-67; leve: CI= 66-50; moderado: CI= 49-33; grave: CI= 32-16; profundo: CI < 16). Más adelante, Grossman (1973, 1977, 1983) reelabora la definición oficial, introduciendo algunas novedades (se hablará de cierta *psicologización* del concepto de deficiencia mental) que serán consideradas en su momento. Previamente a tal psicologización, se acentúan progresivamente la tendencia a considerar la deficiencia mental leve como problema medioambiental y se va admitiendo la importancia del ambiente en la generación de alteraciones de diverso tipo como conductas antisociales en las personas con deficiencia mental. En este contexto, hay que destacar la proliferación de investigaciones, especialmente apoyadas por una serie de instituciones norteamericanas: la mencionada AAMD, el *Instituto de Investigación sobre Niños con Problemas Especiales* de la Universidad de Illinois bajo la dirección de Samuel A. Kira, la *Institución Peabody para Enseñanza de Profesores*, bajo la dirección de Hobbs y Duna, y la *Asociación de Ciudadanos Retrasados*, entre otras. Se investigan prácticamente todas las áreas: memoria rutinaria, series de discriminación, eficacia motriz, atención, destreza manual, formación de conceptos, tiempos de reacción, transferencia de instrucción, percepción táctil, series de aprendizaje, niveles de incentivo, localización, probabilidad y aprendizaje de palabras, motivación de logro y apoyo motivacional. Finalmente, todos estos avances son seguidos de medidas legislativas y políticas, que culminan con el *Panel on Mental Retardation* (1961), convocado por el presidente J.F. Kennedy, del que se derivan varios centros de investigación de la deficiencia mental, que posteriormente están en la vanguardia de la investigación genética, biomédica y celular de las deficiencias (Nuffield, 1988).

Ahora bien, no todos los logros provienen de los Estados Unidos, pues en esta época la deficiencia mental comienza a atraer la atención de los profesionales europeos, más concretamente de los de Reino Unido. Dejando al margen el tema de la escasez de publicaciones (Clarke y Clarke, 1987), en la década de los cuarenta Gunzburg es nombrado

psicólogo del *Monybull Hospital* y en 1948 Tizard y O'Connor ingresan en la *Social Psychiatry Research Unit* en el *Maudsley Hospital*, con el encargo de investigar los problemas sociales de la deficiencia mental. Gunzburg, Tizard y O'Connor marcan el inicio de la investigación conductual en el Reino Unido, que culmina con la obra de O'Connor y Tizard, "*The Social Problem of Mental Deficiency*", publicada en 1956. Dada las condiciones de privación que se aprecian tanto en los hospitales como en los centros ocupacionales, el trabajo se orienta hacia la investigación sobre los determinantes ambientales de la deficiencia mental y hacia la potenciación de técnicas conductuales de mejora.

A continuación, vamos a detenernos en dos acontecimientos acaecidos en la historia de retraso mental que han constituido dos pilares esenciales en la mejora de los actuales planteamientos de intervención de personas con discapacidad intelectual. Nos referimos a la intervención comunitaria y al principio de normalización.

1.1.5.1. La intervención comunitaria

Siguiendo a Cruz y Aguilar (2002), comienza la proliferación de los servicios comunitarios favorecida por algunas medidas legales e institucionales, entre las que cabe destacar los programas de educación compensatoria con vistas a la reinserción social de marginados sociales y deficientes mentales sociogénicos y el famoso *Head Start*, programa pionero de intervención temprana. Por lo que concierne a los desarrollos internos en el campo de la salud mental, varios son los factores que potencian este avance. En primer lugar, la crisis del modelo médico y psiquiátrico. Como consecuencia de la evolución de la psiquiatría y de las instituciones psiquiátricas se pone en tela de juicio la efectividad de tales instituciones, incluso con fuerte repercusión pública, y se demandan cambios en la política social a la vez que la potenciación de centros de salud como solución alternativa. A no muy largo plazo, la desinstitutionalización y la reinserción en la comunidad de los enfermos psiquiátricos es la consecuencia lógica de esta crisis. En el campo de los deficientes, tiene lugar un proceso parecido que cuestiona la función de los internados y propone la integración escolar y la integración en la comunidad. En segundo lugar, la crisis en las concepciones diagnósticas, tanto del diagnóstico psiquiátrico como del psicodiagnóstico tradicional. En general, se les acusa su ligazón con la clasificación y su distanciamiento de los tratamientos. Más en concreto, respecto al diagnóstico psiquiátrico se plantean serias dudas sobre la utilidad y validez de la nosología psiquiátrica tradicional.

En relación con el psicodiagnóstico, que nosotros venimos englobando bajo los desarrollos de la evaluación psicológica, se critica de forma acusada el llamado modelo tradicional "testológico", es decir, el excesivo uso de los tests y su aislamiento y crecimiento hipertrofiado al margen de la psicología científico-experimental.

Respecto a las psicoterapias, ya a comienzos de la década anterior, Eysenck (1952) plantea la polémica sobre los resultados de las psicoterapias, en especial las llevadas a cabo bajo la

influencia del psicoanálisis. Respecto a la modificación de conducta (Pelechano, 1978), también se proponen críticamente sus limitaciones de cara a la intervención social y se toma conciencia de la necesidad de cambiar las técnicas de modificación de conducta convencionales en la medida en que se desee su aplicación masiva al mundo comunitario.

Las principales aportaciones de este enfoque comunitarios respecto a las deficiencias son:

- (1) En primer lugar, las categorías relevantes en el tema de la salud, en general, y de la salud mental en particular, son objeto de una inflexión, en el sentido de pasar de biológico-organicistas o intrapsíquicas a socioambientales y psicosociales.
- (2) En segundo lugar, las estrategias de intervención tradicionales, preferente y casi exclusivamente individualizadas, sufren una transformación hacia un enfoque comunitario (Pelechano, 1986). Sus secuelas inmediatas, los centros de salud mental y el movimiento preventivo, tienen una especial repercusión en el campo de las deficiencias, como lo atestiguan la prioridad concedida a la prevención de las deficiencias y la proliferación de centros de atención a deficientes (Aguado, 1995).
- (3) Finalmente, al aislamiento histórico de los temas relativos a las deficiencias sucede una mayor conexión con las corrientes dominantes en el campo de la salud. Dicha conexión externa se traduce en influencias positivas recíprocas. Por un lado, los desarrollos de la psicología de la rehabilitación tienen una especial repercusión en la potenciación de la psicología clínica. Por otro lado, los enfoques dominantes en las ciencias de la salud, los comunitarios y, más adelante, los bio-psico-sociales, los avances en las ciencias biomédicas, los desarrollos producidos en las diversas áreas de la psicología, en especial la evaluación psicológica, la modificación de conducta, la psicología de la salud y la psicología comunitaria, repercuten de forma decisiva en el campo de las deficiencias.

Como producto de estos cambios en el período comprendido entre 1960 y 1980 hay notables avances en prácticamente todos los temas relativos a las deficiencias. Así, durante estas dos décadas los deficientes son objeto de una serie de medidas sin precedentes en cuanto a su intensidad y generalización, que convierten esta época en una de las más positivas y favorables para estas personas. A ello contribuye de forma decisiva el reconocimiento general de los derechos humanos y civiles junto con la creciente subvención de servicios humanitarios tanto en Estados Unidos como en Europa (Aguado, 1995).

1.1.5.2. El principio de normalización

El principio de normalización, inicialmente desarrollado en relación a la deficiencia mental, se expande y aplica a todos los deficientes, especialmente en su vertiente de desinstitucionalización e integración escolar. El concepto de normalización supone un avance en los objetivos y metas terapéuticas, un cambio en la sensibilidad, por cuanto añade la

posibilidad de facilitar la adaptación y hacerla accesible normalizando el ambiente. No obstante, también este concepto tan aceptado es objeto de muchas significaciones, incluso contradictorias (Fierro, 1986; García García, 1988; Pelechano, 1984; Sanz del Río, 1985). Con las últimas matizaciones, desinstitucionalización y comunitarización, el principio de normalización queda plenamente conectado con la intervención comunitaria.

La irrupción del principio de normalización se produce a finales de la década de los sesenta en los países escandinavos, cuando en 1959 el gobierno danés de la mano de Bank-Mikkelsen propone una ley relativa al cuidado de los retrasados mentales y de otras personas excepcionalmente retrasadas con el objetivo de normalizar la vida de las mismas. Una década más tarde fue ampliado por el sueco Nirje (1969), quien resalta los medios y métodos para conseguir la normalización de las condiciones de vida o, lo que es lo mismo, generación de ambientes adaptados.

Posteriormente, este principio es retomado y reformulado por Wolfensberger (1972, 1980), autor que define el concepto como la utilización de medios, culturalmente tan normativos como es posible, en orden a establecer y/o mantener conductas y características personales que son tan culturalmente normativas como es posible. Este autor realiza una aportación sistematizadora con tres grandes variaciones y dimensiones significativas: i) uso de medios culturalmente valiosos, que permitan vivir vidas valiosas a las personas: empleo de recursos económicos y científicos encaminados a mejorar la calidad de vida; ii) utilización de medios culturalmente normativos que ofrezcan condiciones de vida, tan buenas, al menos, como las del ciudadano medio y, a la vez, que se apoye, en la medida en que sea posible, la conducta, apariencia, *status* y reputación de la persona deficiente: creación de ambientes diferenciados aunque con el mismo *standard* de vida, así como utilización de recursos instruccionales, educativos y de programación de actividades de trabajo y ocio, al uso en el mundo de la normalidad; iii) uso de medios, tan normativos culturalmente como sea posible para establecer, promover o apoyar conductas, apariencias y experiencias lo más culturalmente normativas como sea posible.

Finalmente, Wolfensberger (1983, 1984) realiza una modificación añadida al concepto de normalización, la valoración del rol social o creación, apoyo y defensa de roles sociales valiosos para las personas de alto riesgo de devaluación social, mediante la intensificación de su "*imagen social*" y de sus "*capacidades personales*". Como diría Brown (1988), no se trata de valorar simplemente a la persona en sí, sino de asignarle un rol social valioso. Por ello, la normalización, en su conceptualización más actual, consiste en la promoción y defensa de roles sociales y valiosos en la persona devaluada. Este principio se ha convertido en un clásico de la literatura especializada y entre otras consecuencias, ha ayudado al principio de desinstitucionalización y al desarrollo de un nuevo concepto de comunitarización entendido como la generación de servicios asistenciales y de ayuda en las comunidades locales.

Por último, la conexión con las corrientes dominantes en la sociedad se manifiesta a través de la proliferación de medidas legales e institucionales, algunas específicas para determinados colectivos de afectados y otras de alcance general para todos los deficientes. A destacar la participación de organismos internacionales, principalmente *Organización de Naciones Unidas*, *Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura*, *Organización Mundial de la Salud* y *Organización Internacional del Trabajo*, pero sobre todo, hay que resaltar el reconocimiento universal de los derechos de los deficientes, discapacitados y minusválidos aprobado por la ONU en la *Declaración de los Derechos de las Personas Deficientes Mentales* y la *Declaración de los Derechos de las Personas Minusválidas*, ambas en 1971. En cuanto a los EEUU, en 1961 el presidente Kennedy convoca el *Panel on Mental Retardation*, el cual en 1962 presenta varias recomendaciones para prácticamente todo lo relativo a las deficiencias y cuyos puntos más sobresalientes son la insistencia en investigación y prevención y la prestación de servicios continuos y centrados en la comunidad. Tales recomendaciones cristalizan en 1963 en la *Public Law 86-164*, entre cuyas medidas destaca la creación de centros de investigación de la deficiencia mental asociados a universidades, lo que redundó en un incremento considerable de investigaciones. De igual forma, poco después surgen otras disposiciones legales, *Rehabilitation Act* y *Education for All Handicapped Children Act* que, junto con otras medidas legislativas, reconocen la obligación de la sociedad de proveer educación adecuada, empleo y oportunidades a las personas con deficiencias (Van Hasselt, Strain y Hersen, 1988). Estas dos piezas claves de la legislación americana presentan la novedad de acentuar el trabajo multiprofesional y conceder al psicólogo un papel decisivo en evaluación y tratamiento (Frank, Gluck y Buckelew, 1990). Todas estas medidas se plasman en importantes avances en la concepción de las deficiencias, en las prácticas sociales y en los tratamientos aplicados.

1.1.6. El siglo XXI

Para finalizar, sólo resaltar que, el siglo XXI viene marcado por las líneas de trabajo iniciadas a finales del anterior, cuyo objetivo general es la integración y normalización, en la medida de lo posible, de las personas con discapacidad intelectual. Como hechos a resaltar en la nueva centuria podemos destacar la nueva definición de retraso mental llevada a cabo por la AARM en 2002 que, como explicaremos más detenidamente en los próximos apartados, es una definición multidimensional que abarca todo un proceso de evaluación, diagnóstico y medidas de intervención, y, en algunos casos, prevención. Nos encontramos en la época de los apoyos, en donde se le da una mayor relevancia a los recursos que se pueden ofrecer para mejorar la participación social de estas personas, que al estudio (sin dejar de ser importante) de sus limitaciones intelectuales. En definitiva, se aborda la discapacidad intelectual desde el paradigma de las capacidades más que de las limitaciones, a diferencia de lo que en años anteriores venía ocurriendo.

1. 2. CONCEPTO DE RETRASO MENTAL

Después de la introducción y estandarización de las pruebas de inteligencia (de 1910 a 1920) en Estados Unidos, hay un periodo durante el cual se pone, como hemos comentado, el énfasis en los índices estadísticos de la medida de la inteligencia, como son el Cociente Intelectual (CI) y la Edad Mental (EM). En esta línea, encontramos la definición de Goddard (1941, cit. en Castanedo, 1999) quien considera que un niño es débil mental si tiene más de dos años de retraso en una prueba de inteligencia. También Doll (1941 cit. en Castanedo, 1999) incorpora estos conceptos señalando que la debilidad mental está definida psicológicamente como el retardo intelectual de dos años en una edad menor de nueve y de tres en una edad mayor de nueve. Mantiene, además, que la deficiencia mental es un estado de incompetencia social que se origina en la madurez, que resulta de una detención en el desarrollo mental de origen genético o adquirido, que es esencialmente incurable e irremediable a través del tratamiento, aunque tanto éste como el adiestramiento facilitan hábitos adecuados que compensan superficial y temporalmente las limitaciones de la persona afectada. Esta definición, en esencia, resume los componentes o características que en el pasado estaban incorporados en los conceptos genéricos de enfermedad mental.

La aceptación y difusión de este tipo de definiciones se debe a que se cree que el CI de un individuo permanece constante a lo largo de toda su vida. Progresivamente, esta visión es desechada, incluso en la actualidad hay numerosos autores que desean abandonar por completo el uso de pruebas estandarizadas de inteligencia para valorar la deficiencia mental. En nuestro país, Rodríguez-Sacristán y Buceta (1995) han definido la deficiencia mental como un estado psicológico, cuya etiología puede ser biológica, psicológica o social que afecta en primer lugar a la inteligencia y también a otros aspectos de la personalidad. Como consecuencia de la misma la persona sufre un retraso cuantitativo o cualitativo en su desarrollo psicológico en comparación al promedio de niños de su misma edad cronológica limitando el aprendizaje de las tareas escolares y dificultando el funcionamiento de todas aquellas funciones, conductas y habilidades sociales que posibilitan una autonomía personal suficiente, una adaptación adecuada en su comunidad y una calidad de vida justa. Asimismo, estos autores señalan tres aspectos que completan esta definición: el fenómeno de la adaptación deficitaria, el carácter procesual evolutivo y el carácter unitario.

Sin embargo, la aportación más interesante y aceptada en la actualidad es la de la AAMD, que en 1959 en la quinta edición de su manual sobre la terminología y clasificación de la deficiencia mental propone una nueva definición de la misma, la cual es aceptada y revisada por Heber (1961) en donde define la deficiencia mental en base al funcionamiento intelectual general inferior al promedio que se origina durante el periodo de desarrollo y que está asociada con el deterioro de la conducta adaptativa. Para comprender las implicaciones de esta

definición, tal y como nos indica Castanedo (1999), es necesario considerar sus tres componentes:

- (1) *Funcionamiento intelectual inferior al promedio*: se refiere a un rendimiento de una desviación estándar (desviación típica o sigma estadístico) por debajo de media de la población, considerando el grupo de edad y medido con diversas pruebas psicológicas que son desarrolladas para este propósito³.
- (2) *Se origina en un periodo de desarrollo concreto*: se extiende desde el nacimiento hasta aproximadamente los 18 años de edad, por lo que la deficiencia mental debe comenzar con anterioridad a la vida adulta⁴.
- (3) *Necesidad de deterioro en la conducta adaptativa* que constituye la única característica esencial de esta definición. Herber (1959) establece que el factor crítico del concepto de deficiencia mental es la inclusión del doble criterio de funcionamiento intelectual reducido y de la adaptación social deteriorada. Según consta en este manual, la conducta adaptativa deteriorada se puede reflejar en: la madurez o índice según el cual el individuo desarrolla sus habilidades motoras básicas y de autonomía y el aprendizaje o habilidad con la cual el sujeto es capaz de mantenerse independientemente acorde con los niveles y requerimientos de la sociedad en la que vive.

La definición de la AAMD de Herber (1959) es modificada en la sexta edición de su manual (Grossman, 1973) donde se especifica que la deficiencia mental reside en un rendimiento intelectual significativamente inferior al promedio, está asociada con la deficiencia en la conducta adaptativa y se manifiesta durante el periodo de desarrollo. En esta ocasión, el rendimiento intelectual inferior se rebaja de una a dos desviaciones típicas por debajo de la media en una prueba estandarizada de inteligencia, es decir, se pasa de un CI de 85 a uno de 70 o inferior. Por su parte, la séptima edición aporta pocos cambios, hasta que de nuevo Grossman (1983) elabora la octava edición, en la que para establecer un diagnóstico, se considera únicamente orientativo el límite superior del CI, pudiéndose incrementar hasta 75.

En la novena edición, la *American Association on Mental Retardation* (AAMR, 1992), antigua AAMD, reivindica un cambio de paradigma en el cual rechaza totalmente el retraso mental como un rasgo estático del individuo y enfatiza la importancia de la interacción del individuo con un funcionamiento intelectual limitado y su entorno. Bajo esta perspectiva, se define el retraso mental como limitaciones importantes en el funcionamiento actual caracterizado por

³ Una desviación típica en el test de Stanford-Binet equivale a 16 puntos menos que la media de CI (un valor igual o inferior a 84) y en las Escalas de Wechsler, a 15 puntos menos (en este caso, un CI igual o inferior a 85).

⁴ Este concepto de retraso mental concuerda con la definición dada por Doll (1941).

un rendimiento intelectual general significativamente inferior a la media que coexiste con limitaciones relacionadas en dos o más de las siguientes áreas de la conducta adaptativa: comunicación, autocuidado, vida en el hogar, destrezas sociales, uso de recursos comunitarios, toma de decisiones, salud y seguridad, rendimiento académico, ocio y tiempo libre y trabajo. Al mismo tiempo, se especifica que el retraso mental tiene que manifestarse antes de los 18 años (Luckasson, Coulter, Polloway, Reiss, Schalock, Snell, Spitalnick y Stark, 1992).

Este paradigma adopta un punto de vista amplio del complejo funcionamiento del individuo en un contexto sociocultural. El diagnóstico de retraso mental depende de la forma en la que el individuo esté funcionando realmente; si la forma de funcionar cambia, el diagnóstico debería cambiar. El funcionamiento está relacionado con las aptitudes, que interactúan con los entornos en los que viven, aprenden, juegan, trabajan y se socializan las personas. Este modelo indica también que el funcionamiento influye potencialmente en los apoyos que recibe el individuo y que, a su vez, los apoyos influyen sobre el funcionamiento. Esta nueva concepción del retraso mental, basado en un enfoque multidimensional, pretende ampliar el enfoque existente hasta ahora, evitar la confianza depositada en el CI como criterio para asignar un nivel de discapacidad, y relacionar las necesidades individuales de la persona con los niveles de apoyo requeridos. Esta orientación permite describir los cambios que se producen a lo largo del tiempo y evaluar las respuestas del individuo a las demandas presentes, a los cambios del entorno y a las intervenciones educativas y terapéuticas. Así, se plantean cuatro dimensiones diferentes de evaluación: i) el funcionamiento intelectual y las habilidades adaptativas; ii) los aspectos psicológico-emocionales; iii) los aspectos físicos, de salud y etiológicos; y iv) los aspectos ambientales (Verdugo, 1998). La consideración de todas estas dimensiones es la que aporta una visión global del individuo dirigida a determinar qué objetivos profesionales y sociales les sirven de ayuda. El enfoque multidimensional requiere describir a la persona con retraso mental de un modo comprensivo y global, determinando y analizando:

- (1) La existencia de retraso mental, frente a otras posibles condiciones de discapacidad.
- (2) Las potencialidades y limitaciones existentes en aspectos psicológicos, emocionales, físicos y de salud.
- (3) Las características de los entornos habituales del sujeto (vivienda, escuela, trabajo y comunidad) que facilitan o impiden el desarrollo del sujeto y su satisfacción.
- (4) Las características óptimas del entorno que permitan desarrollar los apoyos necesarios para facilitar la independencia/interdependencia, y la mayor integración de esta persona en la comunidad. Es un tipo de evaluación ecológica dirigida al desarrollo de programas de intervención.

Posteriormente, en 2002 la AARM realiza una nueva modificación, con la que actualmente trabajan los profesionales de este campo. Con relación a las definiciones de 1983 y de 1992

permanecen los tres criterios que se proponen en las mismas: limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual, en la conducta adaptativa y en el desarrollo. La definición aportada nos dice que el retraso mental es una discapacidad caracterizada por limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual y la conducta adaptativa tal como se ha manifestado en habilidades prácticas, sociales y conceptuales. Esta discapacidad tal como se indica en la anterior definición, comienza antes de los 18 años (Luckasson, Borthwick-Duffy, Buntinx, Coulter, Craig, Reeve, Schalock, Snell, Spitalnik, Spreat, y Tassé, 2002). Esta definición pasa de cuatro a cinco dimensiones que desarrollaremos a continuación. Debido a la complejidad de los enfoques multidimensionales (puestos de manifiesto tanto en la definición de la AARM en 1992, como en la de 2002) y a que se trata de una definición que abarca todo un amplio proceso que incluye la evaluación y el diagnóstico del retraso mental, posteriormente haremos una descripción más detallada.

Para concluir el tema del concepto y definición del retraso mental y, siguiendo a Castanedo (1999), hay que tener en cuenta que el colectivo de personas con deficiencia mental presentan ciertas características diferentes a las mostradas por personas con otras discapacidades. Pero, además, no debemos olvidar que son un grupo muy heterogéneo, con personas inmersas en una gran variedad de condiciones. Asimismo, al ser el retraso mental generalmente una discapacidad multicausal, los conceptos modernos de deficiencia mental deben tener en cuenta todas las variables intrínsecas a la persona y todos aquellos factores externos que pueden influir en su conducta.

Como manifestación de este pluralismo hay que aludir a la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías de la *Organización Mundial de la Salud* (OMS). Dicha clasificación aborda el problema de la pluralidad de términos y conceptos con que se suele aludir para denominar a las personas con deficiencias. Tras arduas negociaciones y reuniones con prácticamente todos los organismos implicados en el tema, se llega a la unificación de criterios en inglés (OMS, 1980) y, casi de inmediato, se lleva a cabo la misma tarea en lengua castellana bajo la coordinación del *Instituto de Servicios Sociales* (INSERSO 1983, 1994). Esta clasificación establece la siguiente delimitación:

- (1) **Deficiencia:** Dentro de la experiencia de la salud, una deficiencia es toda pérdida o anormalidad de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica. La deficiencia representa un trastorno a nivel de órgano y hace referencia a las anormalidades de la estructura corporal y de la apariencia y a la función de un órgano o sistema, cualquiera que sea su causa.
- (2) **Discapacidad:** Dentro de la experiencia de la salud, una discapacidad es toda restricción o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano. Las discapacidades representan trastornos al nivel de la persona debido a

que reflejan las consecuencias de la deficiencia desde el punto de vista del rendimiento funcional y de la actividad del individuo.

- (3) **Minusvalía:** Dentro de la experiencia de la salud, una minusvalía es una situación desventajosa para un individuo determinado, consecuencia de una deficiencia o de una discapacidad, que limita o impide el desempeño de un rol que es normal en su caso (en función de la edad, sexo, y factores sociales y culturales). Las minusvalías reflejan una interacción y adaptación del individuo al entorno ya que hacen referencia a las desventajas que experimenta el individuo como consecuencia de las deficiencias y discapacidades.

Tales términos son matizaciones necesarias y convenientes, dado que precisan con más exactitud las consecuencias de la enfermedad, menoscabo, traumatismo, malformación, etc., y nos sirven para reducir los posibles efectos del retraso mental, y, en algunas ocasiones, para la prevención del mismo (Aguado, 1995).

1.3. FACTORES DE RIESGO Y MANIFESTACIONES CLÍNICAS DEL RETRASO MENTAL

Para la realización de una adecuada intervención es importante, entre otros aspectos, analizar la etiología, factores de riesgo y manifestaciones clínicas del retraso mental.

Con respecto a la etiología, la AARM (2004) hace especial hincapié en su análisis, ya que la considera un aspecto relevante del diagnóstico y de la clasificación por varias razones:

- (1) El funcionamiento físico y psicológico pueden verse influenciados por otros problemas de salud asociados a la etiología.
- (2) Para realizar un diseño y evaluación de programas de intervención que prevengan etiologías específicas del retraso mental es necesario una buena información.
- (3) Cuando existen propósitos investigadores, administrativos o clínicos, la comparación de individuos puede depender de la formación de grupos lo más homogéneos posible, compuestos por individuos con las mismas o similares etiologías.
- (4) Se puede anticipar las necesidades de apoyo en el funcionamiento real, posible o futuro cuando la etiología está asociada con un fenotipo conductual específico.
- (5) Conocer la etiología facilita el consejo genético y la posibilidad de elección en la familia así como la orientación previa a la concepción.

- (6) Cuando se conoce la etiología se facilita el autoconocimiento y la planificación de la vida por parte del individuo.
- (7) El conocimiento de la etiología puede clarificar muchos aspectos clínicos de una persona en crisis.
- (8) Se puede prevenir la discapacidad cuando se conocen los factores de riesgo sociales, conductuales y educativos que contribuyen a la etiología del retraso mental.

A continuación, se exponen los factores de riesgo y manifestaciones clínicas más relevantes en torno a la evaluación de retraso mental.

1.3.1. FACTORES DE RIESGO

Los enfoques históricos previos a la concepción multifactorial del concepto de retraso mental consideran la etiología del retraso mental en dos grandes grupos: retraso mental de origen biológico y retraso mental debido a una desventaja social (cultural y familiar) (Grossman, 1983). Posteriormente, como se describe en el manual de la AARM (Verdugo y Jenaro, 2004), se concibe como un constructo multifactorial y se amplía la lista de factores de riesgo en dos direcciones: por un lado, los tipos de factores y, por otro, el momento de ocurrencia de ellos:

- (1) La primera dirección amplía los tipos de factores en cuatro agrupamientos que interactúan a lo largo del tiempo, pudiendo producirse a lo largo de la vida del individuo y entre generaciones de padres a hijos:
 - Biomédicos: se relacionan con procesos biológicos, como son los factores genéticos o la nutrición.
 - Sociales: se relacionan con la interacción social y familiar, como es la estimulación o la receptividad del adulto.
 - Conductuales: son posibles comportamientos causales, como actividades peligrosas (lesivas) o abuso de sustancias por parte de la madre.
 - Educativos: se relacionan con la disponibilidad de apoyos educativos que promueven el desarrollo mental y de habilidades adaptativas.
- (2) La segunda dirección describe la variable intergeneracional, es decir, la influencia de factores presentes durante una generación en los resultados de la siguiente. Describe el momento de ocurrencia de los factores causales, en función de si esos factores afectan a los padres de la persona con retraso mental, a la persona con retraso mental o a ambos. A su vez, se reconoce la importancia del control de influencias ambientales adversas que pueden relacionarse con la etiología del retraso mental y su carácter reversible sobre los efectos intergeneracionales. Igualmente se enfatiza la

necesidad de la comprensión de los mismos para orientar el incremento de apoyos individuales y familiares.

La definición de la AARM en 2002 relaciona la etiología con la prevención, obviando la inclusión de la simple enumeración de etiologías existentes. El concepto de multidimensionalidad y de aspectos generacionales del retraso mental tiene implicaciones importantes para las personas en los tres niveles de prevención:

- (1) *Primaria*: incluye prevención de los factores que podrían ocasionar la aparición del retraso mental.
- (2) *Secundaria*: engloba acciones para disminuir o eliminar el retraso mental una vez que ha surgido.
- (3) *Terciaria*: hace referencia a acciones para minimizar las consecuencias negativas y mejorar el nivel de funcionamiento (rehabilitación, educación).

La Tabla 1 enumera los factores de riesgo de retraso mental por categoría y tiempo de ocurrencia del factor de riesgo en la vida de un individuo con retraso mental.

Tabla 1. Factores de riesgo de retraso mental (tomada de Verdugo y Jenaro, 2004)

Momento	Biomédicos	Sociales	Conductuales	Educativos
Prenatal	<ul style="list-style-type: none"> -Trastornos cromosómicos -Trastornos asociados a un único gen -Síndromes -Trastornos metabólicos -Disgenesia cerebrales -Enfermedades maternas -Edad parental 	<ul style="list-style-type: none"> -Pobreza -Malnutrición maternal -Violencia doméstica -Falta de acceso a cuidados prenatales 	<ul style="list-style-type: none"> -Consumo de drogas por parte de los padres -Consumo de alcohol por parte de los padres -Consumo de tabaco por parte de los padres -Inmadurez parental 	<ul style="list-style-type: none"> -Discapacidad cognitiva sin apoyos, por parte de los padres -Falta de apoyos para la paternidad
Perinatal	<ul style="list-style-type: none"> -Prematuridad -Lesiones en el momento del nacimiento -Trastornos neonatales 	<ul style="list-style-type: none"> -Falta de cuidados en el momento del nacimiento 	<ul style="list-style-type: none"> -Rechazo por parte de los padres a cuidar el hijo -Abandono del hijo por parte de los padres 	<ul style="list-style-type: none"> -Falta de informes médicos sobre servicios de intervención tras el alta médica
Postnatal	<ul style="list-style-type: none"> -Traumatismos craneoencefálicos -Malnutrición -Meningo-encefalitis -Trastorno epilépticos -Trastornos degenerativos 	<ul style="list-style-type: none"> -Falta de cuidados del hijo con deficiencias -Falta de adecuada estimulación -Pobreza familiar -Enfermedad crónica en la familia -Institucionalización 	<ul style="list-style-type: none"> -Maltrato y abandono infantil -Violencia doméstica -Medidas de seguridad inadecuadas -Deprivación social -Conductas problemáticas del niño 	<ul style="list-style-type: none"> -Deficiencias parentales -Diagnóstico tardío -Inadecuados servicios de intervención temprana -Inadecuados servicios educativos especiales -Inadecuado apoyo familiar

1.3.2. MANIFESTACIONES CLÍNICAS DEL RETRASO MENTAL

Las manifestaciones clínicas de las personas con retraso mental se encuentran habitualmente relacionadas con algunos déficits manifestados, déficits que es necesario tener en cuenta ya que van a determinar las pautas de actuación en cualquier intervención que llevemos a cabo con estas personas permitiendo una mejor adecuación de los programas en función de sus características.

Exponemos a continuación la síntesis llevada a cabo por Verdugo y Canal (1995) de los resultados más relevantes sobre los diferentes problemas cognitivos que manifiestan las personas con retraso mental:

(1) Deficiencias estructurales de la atención

- (a) Dificultades para atender inicialmente a dimensiones relevantes de los estímulos.
- (b) Dificultades para atender a más de una dimensión.
- (c) El recuerdo de la localización y la frecuencia puede verse afectado por los aspectos semánticos de los estímulos.
- (d) Dificultades en el procesamiento atencional automático en personas con CI inferior a 55.
- (e) Las deficiencias del procesamiento atencional controlado están en función del CI.

(2) Deficiencias funcionales de la atención

- (a) Existen deficiencias en habilidades de atención cuando se incrementan las demandas de procesamiento central.
- (b) Estas deficiencias se producen tanto en el registro sensorial inicial como en el subsecuente procesamiento central.
- (c) Las principales deficiencias en los parámetros ejecutivos de la atención son:
 - Problemas en habilidades generales de atención implicadas en los procesos de: acumulación de información, detección de estímulos apropiados y traslado de la información a respuestas apropiadas.
 - Necesitan más tiempo para acumular información suficiente para hacer una discriminación correcta.
 - Parecen responder a las tareas con menos información que los no retrasados.
- (d) La atención es deficiente debido a una limitada capacidad de procesamiento:
 - Poseen menos capacidad total de atención para distribuirla entre los procesos.

- No distribuyen adecuadamente la atención de acuerdo con las demandas de la tarea.

(3) Estudios sobre problemas funcionales de la memoria a corto plazo (M.C.P.)

- (a) Las personas con retraso mental son deficientes en tareas que requieren usar estrategias activas de recuerdo.
- (b) No producen estrategias nemotécnicas espontáneamente, pero pueden aprender a usarlas.
- (c) El mantenimiento de la estrategia entrenada es relativamente fácil de conseguir, pero no la generalización de dichas estrategias.
- (d) Resulta difícil identificar una variable concreta responsable de la mejora en la ejecución.
- (e) Muestran peor retención y transferencia de estrategias pasivas y mayor tiempo de retención de estrategias activas.
- (f) Fallan en secuenciar técnicas de repetición con otras de adquisición.
- (g) El entrenamiento de estrategias debe centrarse en procesos de control ejecutivo, para sincronizar la selección, secuenciación y coordinación de estrategias de repetición y recuperación.
- (h) Los estudios sobre el entrenamiento de estrategias indica que los déficits funcionales de la M.C.P pueden ser recuperables cuando se dan instrucciones adecuadas, aunque esa mejoría parece limitada a la propia tarea y es de difícil generalización a situaciones nuevas.

(4) Problemas en la memoria a largo plazo (M.L.P.)

- (a) La mayoría de los estudios presentan problemas metodológicos y sus resultados son contradictorios.
- (b) Parece que los déficits en los procesos perceptivos-atencionales, en la memoria sensorial y a corto plazo y en las estrategias de repetición estarían dificultando la medida de la M.L.P.
- (c) Las diferencias entre personas con retraso mental y sin retraso mental en la M.L.P se encuentran cuando se mide la profundidad de codificación (semántica o no semántica).

(5) Estudios sobre los problemas en la recuperación de la información

- (a) El mayor problema parece estar en la accesibilidad más que en la disponibilidad de la información.

- (b) Tienen problemas para almacenar la información de forma que luego sea fácil de recuperar.
 - (c) El pobre rendimiento que presentan en pruebas de uso de categorías es consecuencia de un fallo para recuperar información que está disponible en la M.L.P.
 - (d) Son más lentos en su habilidad para procesar información semántica permanentemente almacenada en la memoria.
 - (e) Bajo condiciones en las que el conocimiento semántico puede ser de utilidad no tienden a utilizar espontáneamente estrategias de recuperación.
- (6) **Estudios sobre los problemas en el uso de estrategias y metacognición**
- (a) Las personas con retrasos mentales bajos pueden generar estrategias aunque su número y rango de aplicación es más limitado que en los no retrasados de similar edad mental.
 - (b) Los problemas en el uso de estrategias pueden consistir en:
 - No apreciar el efecto de la inferencia de otros estímulos sobre el aprendizaje.
 - Desconocer los beneficios de dedicar un mayor tiempo de estudio frente a estudiar brevemente un material nuevo.
 - Carecer de habilidad de generar estrategias para recordar ítems categorizables.
 - No entender que la memoria es falible.
 - No reconocer que los ítems contextualizados se recuerdan mejor.
 - (c) Los niños con discapacidad intelectual leve o moderada, a medida que aumentan su edad son más conscientes de que su memoria puede fallar y muestran un entendimiento creciente de que cuanto más tiempo se dedique al estudio mejor se recordará y ejecutará una tarea.
 - (d) El entrenamiento de estrategias de solución de problemas es más eficaz en niños con edades mentales superiores a los ocho años aunque se produce poca transferencia del aprendizaje a nuevas tareas.

Como resumen, Verdugo y Canal (1995) señalan que la mayoría de las deficiencias observadas en personas con retraso mental están relacionadas con la deficiencia general de su sistema cognitivo, aunque hay algunas diferencias relacionadas más con aspectos estructurales, sobre todo en aquellas personas que sufren graves retrasos en el desarrollo, debido, probablemente, a la presencia de alteraciones biológicas. De forma general, se puede decir que las personas con retraso mental son menos eficientes en procesos de control ejecutivo de la

atención, uso de estrategias de memorización a corto plazo y recuperación de información almacenada en la memoria a corto y largo plazo. Por último, también parecen tener dificultades para conducirse espontáneamente de un modo estratégico cuando tienen que aprender cosas, o cuando tienen que resolver un problema pudiendo ser los problemas de metacognición la base de este tipo de dificultades.

1.4. SISTEMAS DE CLASIFICACION DEL RETRASO MENTAL

En primer lugar, antes de comenzar a describir los actuales sistemas de clasificación diagnóstica, es importante comentar que en los últimos años muchas personas con retraso mental y distintos profesionales han venido reclamando la desaparición del retraso mental como categoría diagnóstica. Las razones para abogar por esa desaparición se fundamentan, principalmente, en el carácter estigmatizador de la etiqueta y su frecuente uso erróneo (Luckasson y cols, 1992). Las principales razones para oponerse a las clasificaciones han sido manifestadas sobre todo por parte del colectivo de profesionales que trabajan en el ámbito educativo y son: i) se les da una mayor relevancia a las áreas débiles; ii) se produce la llamada *profecía autocumplida* que explica por qué los estudiantes no hacen progresos; iii) los estudiantes adquieren un autoconcepto negativo; y iv) se les permite a los profesores tener a los alumnos al margen de los programas educativos corrientes (Langone, 1990).

Por el contrario, también existen argumentos avalados por algunos autores a favor de los sistemas de clasificación (Verdugo y Jenaro, 2004) como: i) son un conjunto de procedimientos estándar y replicables; ii) se mide la ejecución actual y no el potencial futuro que es un constructo hipotético; iii) se centran en tareas relacionadas con el desarrollo del alumno que requieren la medida de contextos y expectativas apropiadas a su edad; y iv) facilita la toma de decisiones, la financiación, la evaluación, la prestación de servicios, el establecimiento de parámetros para la investigación, la comunicación y la determinación de la prevalencia de la población y la mejora de los programas de intervención.

A continuación vamos a hacer una breve revisión de los sistemas clasificatorios vigentes utilizados por los distintos profesionales. Se pueden utilizar distintos sistemas de clasificación de manera que las necesidades múltiples de los investigadores, clínicos y profesionales puedan ser satisfechas. En primer lugar, presentamos la *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud* (CIE-10) (OMS, 2003), que incluye códigos para varios niveles de retraso mental y es el sistema internacional más aceptado para identificar enfermedades y condiciones físicas, incluyendo aquellas que pueden asociarse con el retraso mental (Medicode, 1998).

Otro sistema de Clasificación de la OMS con relevancia para el retraso mental es la *Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud* (CIF) (OMS, 2001). Este sistema clasifica el funcionamiento en términos de funciones y estructuras corporales, actividades, participación y factores contextuales.

En tercer lugar, referimos el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos mentales* (DSM-IV-TR) (APA, 2002) que incluye una definición y código para niveles del retraso mental pero es principalmente utilizado para clasificar una amplia variedad de trastornos mentales, algunos de los cuales se asocian con frecuencia al retraso mental.

Finalmente, se especifican las reglas diagnósticas y clasificatorias del retraso mental según la Asociación Americana sobre Retraso Mental (AARM) que ha dirigido históricamente el campo y han sido consecuentemente adoptados en su mayor parte por otros sistemas de clasificación. Describiremos el sistema de clasificación de la AARM de 2002, si bien no debemos omitir que dicha definición es la remodelación de la clasificación de la AARM de 1992 que fue la piedra angular de la definición actual y la primera definición funcional que da un giro importante en la forma de trabajar con el retraso mental, enfatizando las interacciones e intensidades de los apoyos necesarios para el funcionamiento de personas con retraso mental y, proporcionando una manera de clasificar y organizar la información importante sobre lo que necesitan estas personas.

1.4.1. Clasificación Estadística Internacional de las Enfermedades y problemas relacionados con la salud (CIE-10)

La denominación de esta décima edición refleja la extensión del ámbito de la clasificación más allá de enfermedades y daños, para incluir también procedimientos médicos e incapacitación. La CIE-10 mantiene la estructura tradicional de la CIE, esto es, un diseño de clasificación de eje único-variable, pero reemplaza el esquema numérico previo por otro alfanumérico, lo que amplía la estructura de codificación y permite revisiones futuras sin alterar el sistema de codificación. Básicamente es una lista de clasificación tabular, donde cada ítem de la clasificación se etiqueta con un código alfanumérico de cuatro caracteres.

El retraso mental se categoriza en el Capítulo V denominado *Trastornos mentales y del comportamiento*, realizando el diagnóstico del mismo desde un punto de vista algo diferente al DSM-IV-TR. Para la CIE-10, el retraso mental es una condición del “*desarrollo detenido o incompleto de la mente*” caracterizado por la alteración en el desarrollo de las habilidades que “*contribuye al nivel total de inteligencia*” (se ven así afectadas las capacidades lingüísticas, motoras y cognitivas). Especifica que el retraso mental no tiene por qué asociarse a otras enfermedades mentales o físicas, pero que la prevalencia de las mismas es tres o cuatro veces superior en personas retrasadas que en la población general.

En cuanto al comportamiento adaptativo, la CIE-10 manifiesta que, aunque se encuentra casi siempre alterado en personas con retraso mental, puede no resultar evidente en

“ambientes protegidos”. Las categorías que incluye para especificar la extensión de la alteración de la conducta son las siguientes: *ninguna o mínima*, *significativa* (que requiere tratamiento o atención) y *otras alteraciones*. Para el diagnóstico definitivo de retraso mental estipula un nivel reducido del funcionamiento intelectual que resulte en una menor capacidad para adaptarse a las demandas diarias del entorno social normal (OMS, 2003). La base del diagnóstico debe encontrarse en la capacidad global y no en las alteraciones específicas. El grado de retraso mental está determinado por los CI que se asignan a cada tipo de retraso, la edad mental y el grado de adaptación social en un ambiente determinado.

En cuanto a los niveles que establece de retraso mental, realiza un análisis más detallado de las habilidades de este tipo de personas en función del nivel de gravedad. Así, especifica que: i) las personas con retraso mental leve pueden adquirir el lenguaje aunque lo hacen más tardíamente que su grupo de referencia. Son capaces, aunque generalmente a un ritmo más lento, de desarrollar las habilidades y destrezas suficientes para autocuidarse; ii) las personas con retraso mental moderado pueden llegar a conseguir poco a poco un lenguaje limitado y presentan problemas para autocuidarse. Habitualmente logran el desarrollo máximo de sus capacidades en ambientes estructurados y supervisados, aunque sólo suelen aprender las habilidades escolares básicas y hacen trabajos simples; y c) en el retraso mental grave, la persona se encuentra intensamente limitada en las destrezas cognoscitivas y motoras, no llegan a desarrollar el lenguaje o éste es muy limitado y son incapaces de autocuidarse (OMS, 2003).

Se debe destacar que la CIE-10 no es un manual de diagnóstico profundo, sino que es más bien un sistema para asignar códigos estadísticos que identifiquen trastornos de salud. Debido a su amplia utilización en el campo médico, los profesionales la utilizan a menudo para identificar el retraso mental e introducir el diagnóstico en las bases de datos de salud, aunque ni es apropiada ni pretende metas de evaluación o de determinación de apoyos.

La Tabla 2 muestra la clasificación diagnóstica de retraso mental en esta clasificación. De hecho, en el manual sobre “criterios Diagnósticos de Investigación” se plantea que no es posible especificar unos criterios diagnósticos de investigación del retraso mental que puedan ser aplicados internacionalmente, en el mismo sentido en que se ha hecho para los demás trastornos en el capítulo V. Esto se debe a que los dos componentes del retraso mental, el bajo rendimiento cognitivo y la competencia social disminuida están profundamente influidos por el entorno social y cultural. Por lo tanto, aquí sólo se proporcionan normas muy generales sobre el diagnóstico (CIE, 2003).

Tabla 2: Códigos para el retraso mental de la CIE-10 (tomado de OMS, 2003)**Retraso mental (F70-F79)**

Las cuatro subdivisiones de cuatro factores siguientes se utilizan para identificar la extensión de la deficiencia sobre la conducta en las categorías F70-F79:

- .0 Con deterioro del comportamiento mínimo o ausente.
- .1 Con deterioro del comportamiento importante que requiere atención o tratamiento.
- .8 Con otros deterioros del comportamiento.
- .9 Sin alusión al deterioro del comportamiento.

Si se desea se pueden utilizar códigos adicionales para identificar trastornos asociados tales como el autismo, otros trastornos del desarrollo, epilepsia, trastornos de conducta o minusvalía física severa.

F70 Retraso mental ligero

Aproximadamente un CI entre 50 y 69 (en adultos, edad mental entre 9 y 12 años). Presenta probablemente algunas dificultades de aprendizaje en la escuela. Muchos adultos serán capaces de trabajar y mantener buenas relaciones sociales y contribuir a la sociedad.

F71 Retraso mental moderado

Aproximadamente un rango de CI entre 35 y 49 (en adultos, edad mental entre 6 y 9 años). Probablemente presenta retrasos notables en el desarrollo en su infancia, pero la mayor parte aprenden a desarrollar algún grado de independencia en autocuidado y adquieren habilidades académicas y de comunicación adecuadas. Los adultos necesitarán diversos niveles de apoyo para vivir y trabajar en la comunidad.

F72 Retraso mental severo

CI aproximadamente entre 20 y 34 (en adultos, edad mental entre 3 y 6 años). Presentará probablemente una necesidad continua de apoyo.

F73 Retraso mental profundo

CI por debajo de 20 (en adultos, edad mental por debajo de 3 años). Presenta limitaciones severas en autocuidado, continencia, comunicación y movilidad.

F78 Otro retraso mental**F79 Retraso mental no especificado**

1.4.2. Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF)

En el año 2001, la OMS diseña una nueva escala de clasificación para abordar el estado de salud de la población mundial desde una perspectiva diferente a la planteada hasta el momento, la denominada *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud* (CIF) (OMS, 2001). Bajo este título, se ofrece en un lenguaje unificado y estandarizado y en un marco conceptual descriptivo de la salud y de los estados relacionados con ella, una clasificación revisada que define los componentes de la salud y otros componentes relacionados con lo que se denomina la *salud del bienestar* (educación, trabajo, etc.). Esta clasificación parte de la premisa de que la medición del estado de salud de las personas no puede realizarse exclusivamente a través de medidas de mortalidad y enfermedad, por ello, la OMS ha elaborado una clasificación suplementaria que evalúa las consecuencias de las enfermedades y que parte de la creada en 1980, la denominada *Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías*. Por lo tanto, la actual CIF es una remodelación y una

adaptación de aquella clasificación inicial con una serie de reformas que se centran en evaluar de manera más profunda el impacto sobre la salud que cualquier enfermedad o discapacidad produce sobre las personas que la manifiestan, con un interés primordial en la "vida", considerando cómo viven las personas sus problemas de salud y cómo se pueden intentar corregir estos problemas para que las personas consigan llevar una vida productiva y satisfactoria. Así, esta clasificación se ha diseñado con un propósito múltiple para ser empleada en varias disciplinas y diferentes sectores y ha pasado de constituir una clasificación de *consecuencias de enfermedades* (versión de 1980) a una clasificación de *componentes de salud*, que adopta una posición neutral en relación con la etiología, dejando a criterio de los investigadores desarrollar relaciones causales mediante la utilización de métodos científicos apropiados.

La razón de incluir esta clasificación se debe, por un lado, a que representa un cambio de punto de vista en el planteamiento general que tendrá importantes repercusiones en el ejercicio de la medicina, de la legislación y de las políticas sociales destinadas a mejorar el acceso, el tratamiento y los derechos de las personas. Por otro, porque se propone un cambio en el concepto de discapacidad, presentándola no como un problema de un grupo minoritario ni tampoco de personas con una deficiencia visible sino que incluye a todas las personas que vean afectadas su capacidad de disfrutar de una vida plena en la comunidad tomando en consideración también los aspectos sociales de las discapacidades. Por último, en esta clasificación no se hace una distinción entre las diferentes enfermedades o problemas de salud, por lo que los trastornos mentales se hallarían al mismo nivel que las enfermedades físicas (OMS, 2001).

Por otro lado, la CIF quiere establecer que la información referida al funcionamiento humano sea fácilmente accesible, este interrelacionada y tenga significado. Para ello, esta información está organizada en dos partes. La primera parte engloba el funcionamiento y las discapacidades mientras que la segunda abarca los factores contextuales; además, cada parte tiene dos componentes que comprenden varios dominios y diferentes categorías (dentro de cada dominio) que son las unidades de clasificación (Tabla 3):

(1) Parte 1: Componentes del Funcionamiento y la Discapacidad:

- (a) El componente *corporal* que abarca dos clasificaciones: i) funciones de los sistemas corporales y ii) estructuras corporales.
- (b) El componente de *actividad y participación* cubre el rango completo de actividades realizadas desde una perspectiva individual o social como, por ejemplo, actividades de aprendizaje y aplicación de conocimientos, actividades relacionadas con la comunicación o actividades domésticas; por otra parte, se incluyen también cuestiones como la participación en el cuidado personal, en la movilidad o en la educación.

(2) Parte 2: Componentes de los Factores Contextuales:

- (a) Los *factores ambientales* tienen impacto sobre todos los componentes del funcionamiento y la discapacidad y están organizados secuencialmente desde el más inmediato al individuo hasta el ambiente más general. Se englobarían dentro de este componente cuestiones como los productos y las tecnologías, el entorno natural y cambios en el entorno derivados de la actividad humana, el apoyo y las relaciones, las actitudes, valores y creencias y los servicios y los sistemas y políticas.
- (b) Los *factores personales* también son un componente de los Factores contextuales pero no se clasifican en la CIF porque tienen una gran varianza cultural y social asociada.

Tabla 3: Componentes Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (OMS, 2001)

	Parte 1: Funcionamiento y discapacidad		Parte 2: Factores Contextuales	
	Funciones y Estructuras corporales	Actividades y participación	Factores ambientales	Factores personales
Dominios	1. Funciones corporales 2. Estructuras corporales	Áreas vitales (tareas, acciones)	Influencias externas sobre el funcionamiento y la discapacidad	Influencias internas sobre el funcionamiento y discapacidad
Constructos	· Cambios en las funciones corporales (fisiológicas) · Cambios en las estructuras corporales (anatómicas)	· Capacidad de Ejecución de tareas en un entorno uniforme · Desempeño / realización · Ejecución de tareas en el entorno real	Impacto facilitador o de barrera de las características del mundo físico, social y actitudinal	El efecto de los atributos de la persona
Aspectos positivos	Integridad funcional y estructural Funcionamiento	Actividades Participación	Facilitadores	No aplicable
Aspectos negativos	Deficiencia	Limitación de la actividad Restricción de la participación Discapacidad	Barreras /Obstáculos	No aplicable

La CIF utiliza un sistema alfanumérico en el cual las letras *b*, *s*, *a*, *p* y *e* denotan los componentes correspondientes a Funciones corporales, Estructuras corporales, Actividades, Participación y Factores contextuales, mientras que la parte numérica corresponde a la

codificación de la evaluación en las categorías. La evaluación se realizará atendiendo al dominio en el que nos hallemos.

Entre las ventajas de esta clasificación encontramos que puede ser una buena estrategia para comprobar el impacto que distintas situaciones de la vida de las personas tienen sobre su funcionamiento. Por otro lado, supone un importante esfuerzo por trasladar el énfasis desde un enfoque negativista centrado en las enfermedades y las discapacidades a otro centrado en el funcionamiento y la participación. Por último, hay que destacar el intento por utilizar estos conceptos de un modo más completo y elaborado de lo que supone el Eje IV y el Eje V del DSM, constituyéndose en un claro complemento de la CIE-10 que debemos tener presente, aunque en nuestro entorno no sea esta la clasificación de referencia más extendida.

1.4.3. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR)

Es un sistema multiaxial que facilita una evaluación completa y sistemática de los distintos trastornos mentales y enfermedades médicas, de los problemas psicosociales y ambientales y del nivel de actividad, que podrían pasar desapercibidos si el objetivo de la evaluación se centrara en el simple problema objeto de la consulta. Proporciona un formato adecuado para organizar y comunicar información clínica, para captar la complejidad de las situaciones clínicas y para describir la heterogeneidad de los individuos que presentan el mismo diagnóstico. Está formado por cinco ejes cada uno de los cuales concierne a un área distinta de información que puede ayudar al clínico en el planteamiento del tratamiento y en la predicción de resultados: Eje I) Trastornos Clínicos y otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica; Eje II) Trastornos de la Personalidad y Retraso Mental; Eje III) Enfermedades Médicas Eje IV) Problemas psicosociales y ambientales; y Eje V) Evaluación de la actividad global.

El eje II incluye los Trastornos de la Personalidad y algunas formas de Retraso Mental. También puede utilizarse para hacer constar mecanismos de defensa y características desadaptativas de la personalidad. Enumerar los trastornos de la personalidad y retraso mental en un eje separado del resto de trastornos asegura que se tomará en consideración la posible presencia de ambos, que pudieran pasar desapercibidas cuando se presta atención directa a trastornos del Eje I.

El DSM-IV-TR incluye el retraso mental dentro de los Trastornos de Inicio en la Infancia, la niñez o la adolescencia y especifica que el diagnóstico sólo puede hacerse cuando la medida del CI con un test estandarizado con un resultado por debajo de la media y la del funcionamiento adaptativo revelen deficiencias en al menos dos de las siguientes áreas: comunicación, autocuidado, vida en el hogar, socialización, recursos comunitarios, autodirección, habilidades académicas funcionales, satisfacción laboral, salud y seguridad. Los criterios diagnósticos se muestran en la Tabla 4.

Tabla 4: Criterios diagnósticos del DSM-IV-TR para el Retraso Mental (tomado de DSM-IV-TR, 2002)

<p>A.- Capacidad intelectual significativamente inferior al promedio: un CI aproximadamente de 70 o inferior en un test de CI administrado individualmente (en el caso de niños pequeños, un juicio clínico de la capacidad intelectual significativamente inferior al promedio).</p> <p>B.- Déficit o alteraciones concurrentes de la actividad adaptativa actual (esto es, la eficacia de la persona para satisfacer las exigencias planteadas para su edad y por su grado cultural), en por lo menos dos de las áreas siguientes: comunicación, cuidado personal, vida doméstica, habilidades sociales/interpersonales, utilización de recursos comunitarios, autocontrol, habilidades académicas funcionales, trabajo, ocio, salud y seguridad.</p> <p>C.- De inicio anterior a los 18 años.</p> <p>Códigos basados en la gravedad correspondiente al nivel de afectación intelectual:</p> <p>a.- Retraso mental leve: CI entre 50-55 y aproximadamente 70.</p> <p>b.- Retraso mental moderado: CI entre 35-40 y 50-55.</p> <p>c.- Retraso mental grave: CI entre 20-25 y 35-40.</p> <p>d.- Retraso mental profundo: CI inferior a 20 o 2.5</p> <p>e.- Retraso mental de gravedad no especificado: Cuando existe clara presunción de retraso mental, pero la inteligencia del sujeto no puede ser evaluada mediante tests usuales.</p>

1.4.4. Asociación Americana sobre Retraso Mental (AAMR)

Como ya hemos comentado, en el año 2002 la AAMR plantea una remodelación de la definición de retraso mental realizada en 1992. La definición de la AAMR (2002) engloba un sistema de clasificación multidimensional que comprende cinco dimensiones: i) capacidades intelectuales; ii) conducta adaptativa (habilidades conceptuales, sociales y prácticas); iii) participación, interacciones y roles sociales; iv) salud (física, mental y factores etiológicos).y iv) contexto (ambientes y cultura). Seguidamente procederemos a describir cada una de ellas.

1.4.4.1. Dimensión I: Capacidades intelectuales

La inteligencia se considera una capacidad mental general que incluye “razonamiento, planificación, solucionar problemas, pensar de manera abstracta, comprender ideas complejas, aprender con rapidez y aprender de la experiencia” (Verdugo y Jenaro, 2004, p. 58). Este planteamiento es congruente con el estado actual de la investigación en la que se aboga por explicar el funcionamiento intelectual en base a un factor general de inteligencia. Se refiere a una amplia y profunda capacidad para comprender nuestro entorno e implicaría algo más que la medición a través de tests o del rendimiento académico. Dicha evaluación deberá ser realizada por profesionales cualificados y por instrumentos de evaluación estandarizados para la población en general.

Para diagnosticar retraso mental tendremos que valorar otros aspectos: a) las limitaciones de la inteligencia se deben considerar a la vez que las otras cuatro dimensiones: conducta adaptativa, participación, interacciones y roles sociales, salud y contexto; b) la medición de la inteligencia tendrá una mayor o menor relevancia en función de los objetivos a alcanzar, con

fines diagnósticos o clasificatorios y c) la mejor medida actual del funcionamiento intelectual son las puntuaciones de CI obtenidas con instrumentos de evaluación apropiados, aunque teniendo en cuenta las limitaciones que éstos presentan.

El criterio para determinar la existencia de una limitación intelectual significativa es la obtención de una puntuación de alrededor de dos o más desviaciones típicas por debajo de la media. Ello implica una puntuación típica aproximadamente de 75-70 o inferior, basándose en escalas con una media de 100 y una desviación típica de 15. Si las medidas estandarizadas no son las adecuadas hay que recurrir al juicio clínico, señalando como limitación significativa un rendimiento inferior al alcanzado por aproximadamente el 97% de las personas de su grupo de referencia (en edad y ambiente cultural). Por otro lado, hay que asegurarse que el funcionamiento del sujeto en situaciones de la vida diaria es consistente con el rendimiento obtenido en las medidas estandarizadas. Si no se produce esta congruencia hay que poner en tela de juicio la validez de las medidas obtenidas a través de los tests.

1.4.4.2. Dimensión II: Conducta adaptativa

La conducta adaptativa se entiende *“como el conjunto de habilidades conceptuales, sociales y prácticas aprendidas por las personas para funcionar en su vida diaria”* (Verdugo y Jenaro, 2004, p. 97).

Aunque históricamente el constructo de conducta adaptativa no ha estado incluido con tanta seguridad como el de inteligencia ni en las definiciones de retraso mental ni en la práctica diagnóstica, en la actualidad está siendo muy considerado por los profesionales que trabajan en este campo. Las limitaciones en la conducta adaptativa afectan tanto a la vida diaria como a la habilidad para responder a los cambios de la vida y a las demandas ambientales.

Una diferencia de esta definición en relación con la de 1992 es que especifica con claridad que, para diagnosticar limitaciones en las conductas adaptativas, se debe hacer por medio del uso de medidas estandarizadas con baremos de la población general, incluyendo personas con y sin discapacidad (Verdugo y Jenaro, 2004). El criterio para considerar significativas esas limitaciones, al igual que al evaluar la inteligencia, debe ser el de dos desviaciones típicas por debajo de la media.

Las limitaciones o capacidades del individuo tendrán que ser analizadas en función de varios parámetros: i) la evaluación se llevará a cabo de manera diferencial en distintos aspectos de la conducta adaptativa ya que dichas limitaciones coexisten con capacidades en otras áreas; ii) se deberán analizar las limitaciones en el contexto de comunidades y ambientes culturales típicos de la edad de sus iguales y en función a las necesidades individuales de apoyos; iii) estas habilidades deben considerarse a la par que las otras dimensiones propuestas; y iv) las limitaciones o capacidades tendrán diferente relevancia según se estén valorando, bien para diagnóstico, clasificación o planificación de apoyos.

En la Tabla 5 se muestran ejemplos de habilidades conceptuales, sociales y prácticas (Verdugo y Jenaro, 2004):

Tabla 5: Ejemplo de habilidades conceptuales, sociales y prácticas (tomado de Verdugo y Jenaro, 2004)

Conceptual	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lenguaje (receptivo y expresivo) ▪ Lectura y escritura ▪ Concepción ▪ Autodirección
Social	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Interpersonal ▪ Responsabilidad ▪ Autoestima ▪ Credulidad (probabilidad de ser engañado o manipulado) ▪ Ingenuidad ▪ Sigue las reglas ▪ Obedece las leyes ▪ Evita la victimización
Práctica	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Actividades de la vida diaria: (comida; transferencia/movilidad; aseo; vestido) ▪ Actividades instrumentales de la vida diaria (preparación de comidas; mantenimiento de la casa; transporte; toma de medicinas; manejo del dinero; uso del teléfono) ▪ Habilidades ocupacionales ▪ Mantiene entornos seguros

1.4.4.3. Dimensión III: Participación, interacción y roles sociales

Esta nueva dimensión es uno de los aspectos más relevantes de la definición de 2002. Lo primero que resalta es su similitud con la propuesta realizada por la OMS en la CIF (2001). En ambas propuestas se enfatiza la importancia de analizar las oportunidades y restricciones que tiene la persona para participar en la vida de la comunidad.

A diferencia de las dimensiones anteriores, en las cuales se analizaban aspectos personales o ambientales de la persona con retraso mental, en ésta, el eje central es la evaluación del rol social desempeñado y las interacciones con los demás en los distintos ambientes. Los ambientes son entornos específicos en los que una persona vive, aprende, juega, trabaja, se socializa e interactúa. Los ambientes positivos promueven el crecimiento, desarrollo y bienestar, considerándose como ambientes positivos los habituales para sus iguales en edad y que son consistentes con la diversidad cultural y lingüística de la persona. Se considera un funcionamiento adaptativo del comportamiento de la persona cuando ésta se encuentra activamente integrada en su ambiente, bien asistiendo, interaccionando o participando.

Para analizar la *participación* se utiliza la observación directa del individuo, evaluando las *interacciones* del mismo con su entorno material y social. Se consideran *roles sociales* (o *estatus*) a un conjunto de actividades consideradas como normales para un grupo específico de edad,

pudiendo hacer referencia a aspectos personales, escolares, laborales, comunitarios, de ocio, espirituales o de otro tipo. Son necesarios una serie de recursos y servicios comunitarios para que el individuo pueda desempeñar su rol social así como la eliminación de barreras físicas y sociales que dificultan el correcto funcionamiento de la persona en la comunidad.

Es importante apreciar las implicaciones de estos factores en la multidimensionalidad del retraso mental: i) la participación hace referencia al grado de implicación de un individuo y a la ejecución de tareas en situaciones de la vida real incluyendo, a su vez, las respuestas de la sociedad al nivel de funcionamiento; ii) la falta de disponibilidad y accesibilidad de recursos, acomodaciones y servicios puede llevar a la falta de participación e interacciones; iii) la falta de participación e interacciones frecuentemente limita la consecución de roles sociales válidos.

1.4.4.4. Dimensión IV: Salud

El sistema de la AAMR de 1992 proponía una dimensión sobre *Consideraciones psicológicas y emocionales* que intentaba diferenciar la conducta psicopatológica de la concepción de comportamiento adaptativo. Debido a las críticas recibidas por la excesiva relevancia que daba a los problemas de comportamiento y la posible psicopatología de los individuos, en la actual definición se propone que esta dimensión debe incluir aspectos no patológicos del bienestar emocional (Verdugo y Jenaro, 2004). La AAMR incluye esta nueva dimensión de Salud para dar una respuesta integrada desde una perspectiva de bienestar a estos aspectos criticados, basándose en el concepto de salud propuesto por la OMS en 1980 en el que se definía como un estado de completo bienestar físico, mental y social.

Los efectos de la salud física y mental sobre el funcionamiento de la persona pueden oscilar desde muy facilitadores a muy inhibidores. Algunos individuos disfrutan de una excelente salud que les permite la integración y participación social, mientras que otros sufren serias limitaciones que no le permiten la realización de sus roles sociales, tales como el trabajo y actividades de ocio. Por otra parte, los ambientes también determinan el grado en que la persona puede funcionar y participar; pueden crear peligros actuales o potenciales en el individuo o pueden fracasar en proporcionar la protección y apoyos a los individuos con discapacidad intelectual.

Los problemas de salud de las personas con retraso mental no han de diferir sustancialmente de aquellas otras que no presentan ningún retraso. Sin embargo, sus efectos sí pueden ser diferentes, debido a los ambientes en los que estas personas se desenvuelven y a sus limitadas habilidades de afrontamiento. El diagnóstico del estado de salud de una persona con retraso puede conllevar ciertos problemas derivados de: i) la dificultad en reconocer los síntomas; ii) dificultades en describir síntomas; iii) ausencia de cooperación en el examen físico; iv) presencia de múltiples problemas de salud que dificulta interpretar los síntomas; y v) influencia de alteraciones previas no relacionadas con los síntomas que se están evaluando.

Al mismo tiempo, se deben tener en cuenta las siguientes implicaciones de la salud física y mental sobre la multidimensionalidad del retraso mental: i) la evaluación de la inteligencia y de la conducta adaptativa pueden verse afectadas por las condiciones de salud física y mental; ii) la ingesta de fármacos, tales como anticonvulsivos y las drogas psicotrópicas, pueden afectar al rendimiento. Así, la evaluación de la conducta adaptativa puede también verse afectada por medicaciones que influyen en las habilidades motoras y de comunicación; iii) las condiciones de salud física y mental pueden tener su efecto sobre la evaluación de apoyos necesarios. Para la mejora del funcionamiento y la participación pueden ser necesarios apoyos relacionados con la salud para superar, por ejemplo, limitaciones en movilidad o seguridad.

1.4.4.5. Dimensión V: Contexto

El contexto describe las condiciones en que la persona vive diariamente (Verdugo y Jenaro, 2004). Se realiza un planteamiento ecológico (Bronferbrenner, 1979) en el cual se propone tres niveles diferentes de interrelación compuestos por distintos ambientes que pueden proporcionar oportunidades y fomentar el bienestar de las personas. Dichos niveles son: i) *Microsistema*: espacio social inmediato, que incluye a la persona, familia y a otras personas cercanas; ii) *Mesosistema*: “comprende las interrelaciones de dos o más entornos en los que la persona en desarrollo participa activamente (familia, trabajo y vida social). Es por tanto un sistema de microsistemas. Se forma o amplía cuando la persona entra en un nuevo entorno” (Bronfrenbremer, 1979, p. 44); iii) *Macrosistema o megasistema*: patrones generales de cultura, sociedad y grandes grupos de población, países o influencias sociopolíticas; y iv) *ecosistema*: se refiere a uno o más entornos que no incluyen a la persona en desarrollo como participante activo, pero en los cuales se producen hechos que afectan a lo que ocurre en el entorno y comprende a la persona en desarrollo, o que se ven afectados por lo que ocurre en ese entorno (lugar de trabajo de la pareja, grupos de amigos de la misma, etc.).

Las oportunidades que ofrecen los ambientes educativos, laborales, de vivienda y de ocio se analizan en cinco aspectos: *presencia comunitaria* (al compartir lugares normales que definen la vida comunitaria), *experiencia de elección* (la experiencia de toma de decisiones, autonomía y control), *competencia* (oportunidad de aprender y desarrollar actividades funcionales y significativas), *respeto* (al ocupar un lugar valorado por la propia comunidad) y *participación comunitaria* (formar parte de una red de familiares y amigos) (O’Brien, 1987; cit. en Verdugo y Jenaro, 2004).

Los distintos aspectos ambientales que fomentan el bienestar se refieren a la importancia de la salud y seguridad personal, comodidad material y seguridad financiera, ocio y actividades recreativas en una perspectiva de bienestar, estimulación cognitiva y desarrollo, un trabajo interesante, recompensante y que merezca la pena (Shallock, 1997). Además, hay que tener en cuenta como uno de los aspectos más importantes que el ambiente sea estable, predecible y controlado. En esta dimensión se tiene en cuenta, además de los ambientes, la cultura ya que muchos de los valores y asunciones sobre la conducta son resultado de la misma. En este

sentido, se pueden destacar aspectos que forman parte de nuestro estilo de vida tales como nuestra relación con la naturaleza, nuestro sentido del tiempo y orientación temporal, las relaciones que tenemos con los demás, nuestro sentido del yo, el uso de los bienes materiales, el estilo personal del pensamiento y la provisión de apoyos formales e informales. Con el paso acelerado hacia una sociedad multicultural en la que Europa y España se encuentran inmersas, adquieren cada vez más importancia los aspectos diferenciales relacionados con la cultura y ello tanto en aspectos diagnósticos como, sobre todo, a la hora de planificar y organizar los apoyos e intervenciones necesarias. La comprensión completa de las características de personas inmigrantes con discapacidad intelectual, y con otro tipo de limitaciones, requerirá atender bien a los aspectos culturales en relación con cualquier contexto ya sea escolar, laboral o comunitario. La evaluación del contexto no se suele realizar con medidas estandarizadas sino que es un componente necesario del juicio clínico e integral para una comprensión del funcionamiento humano y de la provisión de apoyos individualizados. En la Tabla 6 se muestran una serie de vías a través de las cuales se pueden modificar los entornos para aumentar el sentimiento de bienestar y estabilidad de una persona. Las sugerencias que realiza la AAMR están organizadas en cuatro áreas fundamentales: física, social, material y cognitiva.

Tabla 6: Factores ambientales que aumentan la sensación de bienestar de estabilidad de una persona (Adaptado de Luckasson et al., 1992; cit. en Verdugo y Jenaro, 2001)

Área de la vida	Factor	Sugerencia para maximizar el factor
FÍSICA	Salud, estado físico, nutrición	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Salvaguardar la salud y estado físico de la persona ▪ Asegurar unos adecuados servicios médicos, oftalmológicos, estomatológicos, de terapia física y nutricional
MATERIAL	Hogar, posesiones, ingresos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Permitir la posesión y control de las pertenencias materiales personales ▪ Maximizar la cantidad de ingresos disponibles que están bajo el control de la persona ▪ Salvaguardar y promover la calidad física del hogar ▪ Promover la calidad y la cantidad de las posesiones de la persona
SOCIAL	Presencia en la comunidad	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Promover el acceso a la comunidad (tiendas, ocio y servicios educativos) ▪ Fomentar la existencia de un amplio número de amigos, miembros de la familia, colegas e iguales ▪ Permitir elecciones sobre el hogar, actividades y posesiones ▪ Desarrollar habilidades básicas de comunicación, capacidades, autoayuda, y habilidades sociales
COGNITIVA	Desarrollo cognitivo	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Proporcionar estimulación, educación y entornos enriquecedores ▪ Enseñar habilidades de toma de decisiones ▪ Desarrollar competencias y capacidad para elegir y tomar decisiones

Hay que tener en cuenta las siguientes implicaciones del contexto sobre la multidimensionalidad del retraso mental: i) el contexto debe considerarse a la par de las otras cuatro dimensiones; ii) la relevancia del mismo estará en función de los propósitos de diagnóstico, clasificación o planificación de apoyos; iii) la evaluación del contexto es un componente necesario del juicio clínico, aunque no se lleve a cabo con medidas estandarizadas y es esencial para una comprensión del funcionamiento de la persona.

1.5. EVALUACIÓN DEL RETRASO MENTAL

Tal como ya hemos comentado, aunque son varios los sistemas de clasificación utilizados en estos momentos para la evaluación de personas con discapacidad intelectual, es la evaluación aportada por la AARM la que en la actualidad tiene mayor auge entre los profesionales dedicados a la intervención. La estructura de dicha evaluación se compone de:

- (1) Tres funciones principales: el diagnóstico, la clasificación y la planificación de apoyos para la persona;
- (2) Cada una de las funciones comprende varios fines o propósitos que van desde la elegibilidad de unos servicios y la investigación hasta la organización de la información disponible y la puesta en marcha de un plan de provisión de apoyos individualizado.
- (3) Seleccionar los instrumentos y medidas apropiados de acuerdo con cada una de las funciones y el propósito que se quiera conseguir.

En la Tabla 7 se sintetiza la estructura para la evaluación del retraso mental que pasaremos a desarrollar en los apartados siguientes.

Tabla 7: Estructura para la evaluación del retraso mental (tomado de Verdugo y Jenaro, 2004)

Función	Propósitos	Medidas e instrumentos	Consideraciones sobre las evaluaciones
Diagnóstico	- Establecer la elegibilidad de servicios; prestaciones; protección legal	- Evaluaciones requeridas para establecer un diagnóstico de retraso mental (Test de C.I.; -- Escala de conducta adaptativa; - Edad de aparición documentada)	- Correspondencia entre medidas y propósitos; - Características psicométricas de las pruebas apropiadas para la persona (grupo de edad, grupo cultural, idioma principal, medidas de comunicación, género, limitaciones sensoriomotoras)

Tabla 7 (continuación)

	Función	Propósitos	Medidas e instrumentos	Consideraciones sobre las evaluaciones
Clasificación		- Agrupar con objeto de financiar servicios; investigación; ofrecer servicios; informar sobre determinadas características	- Escala de intensidad de apoyos - Rangos o niveles de C.I. - Categorías de Educación especial - Evaluaciones ambientales - Sistema de factores de riesgo-etiológicos - Niveles de conducta adaptativa - Medidas de salud mental - Niveles de financiación - Categorías de prestaciones	- Capacitación del examinador - Características del evaluador y posibles sesgos - Consistencia con las normas y prácticas profesionales - Selección de informantes - Contextos y ambientes relevantes - Roles sociales, participación, interacciones - Oportunidades/experiencias - Historia clínica y social
Planificación de apoyos		- Mejorar los resultados personales: Independencia; Relaciones; Contribuciones; Participación (escolar y comunitaria); Bienestar personal	- Herramientas de planificación centrada en la persona - Autoinformes - Medidas de evaluación de las condiciones objetivas de vida - Escalas de intensidad de apoyo - Elementos requeridos d planificación individual (PSIF, PEI, PTI, PPI, PHI)	- Factores de salud física y mental - Conducta en situación de evaluación - Metas personales - Información del equipo

Nota: PISF=Plan Individual de Servicios para la Familia; PEI= Programa Educativo Individual; PIT= Plan Individual de Transición; PPI= Plan de Programa Individualizados; PIH= Plan Individualizado de Habilitación

1.5.1. El proceso diagnóstico y clasificación de la AAMR

El proceso de evaluación establecido por el sistema de evaluación de la AAMR (2002) se estructura en tres pasos que comienzan con el diagnóstico diferencial del retraso mental, continúa con la clasificación y descripción del sujeto en base a sus potencialidades y limitaciones en las distintas dimensiones y en relación al medio en que se desenvuelve y finaliza con la determinación de los apoyos necesarios en cada una de las dimensiones propuestas. Antes de iniciar el proceso se han de analizar los objetivos y propósitos para ello y, a su vez, las medidas e instrumentos apropiados para cada función, ya que estarán determinadas por el motivo que lleva a la realización del mismo.

En la Tabla 8 se presenta la estructura de la evaluación de la discapacidad intelectual con una síntesis de los aspectos principales del proceso evaluativo a desarrollar:

Tabla 8: Principales aspectos del proceso evaluativo (tomado de Verdugo y Jenaro, 2004)**PRIMER PASO: Diagnóstico del retraso mental***Determina la elegibilidad*

Se diagnostica retraso mental si:

- (1) Existen limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual
- (2) Existen limitaciones significativas en la conducta adaptativa
- (3) La edad de comienzo es inferior a los 18 años

SEGUNDO PASO: Clasificación y descripción*Identifica capacidades y limitaciones en las cinco dimensiones y la necesidad de apoyos*

Describe las capacidades y limitaciones del individuo en cada una de las cinco dimensiones:

- (1) Capacidades intelectuales
- (2) Conducta adaptativa
- (3) Participación, interacciones y roles sociales
- (4) Salud (física, mental y etiológica); y
- (5) Contexto (ambiente y cultura)

TERCER PASO: Perfil de apoyos necesarios*Identifica los apoyos necesarios para mejorar el funcionamiento*

Identifica el tipo de apoyos necesarios, la intensidad de los apoyos requeridos, y la persona responsable de proporcionar el apoyo en cada una de las nueve áreas de apoyo:

- (1) desarrollo humano;
- (2) enseñanza y educación;
- (3) vida en el hogar;
- (4) vida en la comunidad;
- (5) empleo;
- (6) salud y seguridad;
- (7) conductual; social;
- (8) y protección y defensa

1.5.1.1. Primer paso: diagnóstico de retraso mental

El primer paso es llevar a cabo un diagnóstico válido de retraso mental, para lo cual nos basamos en los tres criterios aportados por la definición: i) si hay limitaciones significativas del funcionamiento intelectual; ii) si hay limitaciones significativas de la conducta adaptativa; y iii) edad cronológica de aparición (antes de los 18 años).

El análisis y determinación de las limitaciones en las habilidades adaptativas ha de realizarse dentro de los entornos comunitarios típicos para los iguales en edad y es necesario relacionarlos con las necesidades individualizadas de apoyo. Además, para determinar los niveles de habilidades adaptativas es necesario utilizar instrumentos adecuadamente normalizados y estandarizados que nos permitan establecer el perfil de habilidades adaptativas (destrezas y limitaciones) existentes en las áreas representativas.

1.5.1.2. Segundo paso: clasificación y descripción

El proceso de evaluación en esta ocasión se centra en analizar y describir los puntos fuertes y débiles de la persona en cada una de las dimensiones descritas con anterioridad y determinar las necesidades de apoyo. Este proceso se centra no sólo en las limitaciones sino también en las capacidades con el objetivo de llevar a cabo un perfil adecuado de apoyos que permita el mejor funcionamiento en la vida del individuo (Tabla 8).

1.5.1.3. Tercer paso: perfil e intensidad de los apoyos necesarios

El tercer paso, como ya se hacía en la definición de la AARM de 1992, presenta un modelo de apoyos basado en un enfoque ecológico (Fig. 1); dicho enfoque nos ayuda a comprender la conducta y está orientado a evaluar la discrepancia entre las capacidades y habilidades de la persona y los requerimientos y demandas que en ese sentido se necesitan para funcionar en un ambiente concreto. El modelo de apoyos es un aspecto clave en la concepción actual de la discapacidad intelectual y de su puesta en marcha depende en gran manera el que existan o no verdaderos cambios en el sistema de atención a la población con limitaciones intelectuales (Verdugo, 1998).

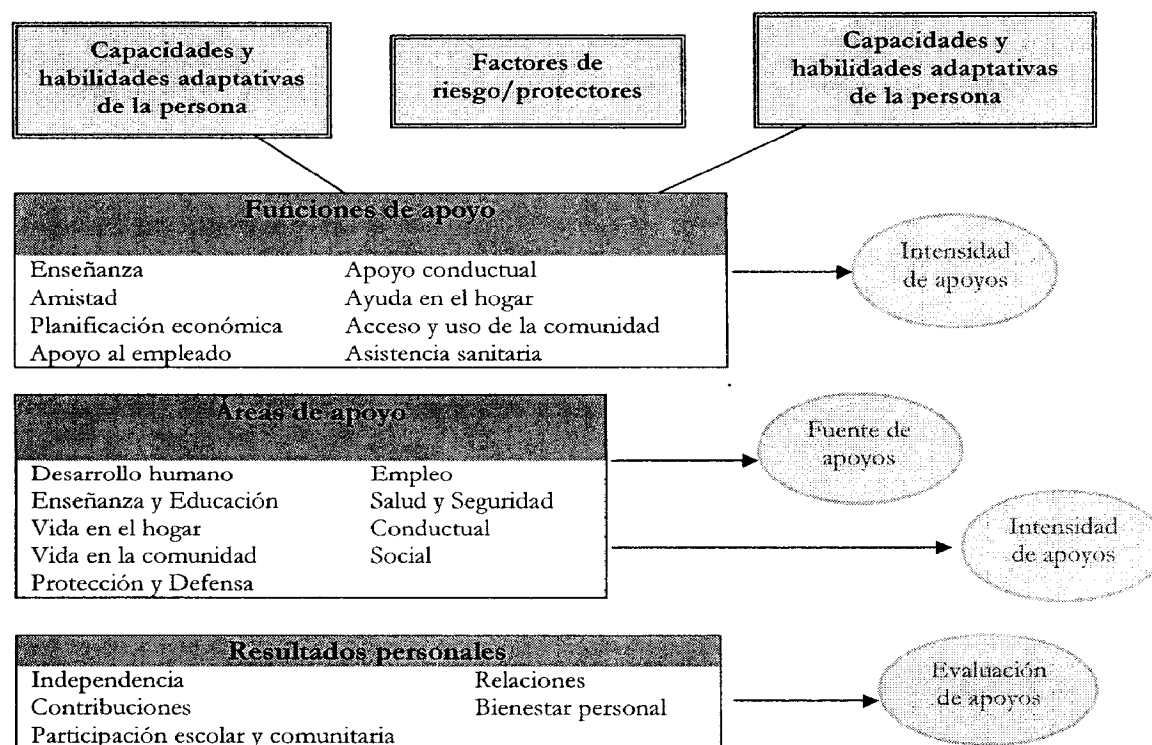


Figura 1: Modelo de apoyos para personas con retraso mental (tomado de Verdugo y Jenaro, 2004)

Antes de desarrollar el tercer paso de la evaluación creemos conveniente clarificar a continuación algunos de los conceptos de este modelo.

Se definen los apoyos como *recursos y estrategias que pretenden promover el desarrollo, educación, intereses y bienestar personal de una persona y que mejoran el funcionamiento individual. Los servicios son un tipo de apoyo proporcionado por profesionales y agencias*" (Verdugo y Jenaro, 2004, p. 179).

Se establecen dos fuentes de apoyo: los *naturales* y los *basados en servicios*. Los primeros son recursos y estrategias proporcionados por personas o equipamiento en determinados entornos que: i) posibilitan el logro de resultados personales y de rendimiento deseados; ii) están normalmente disponibles y son culturalmente apropiados en el ambiente respectivo; y iii) están apoyados por recursos dentro del ambiente y facilitados en la medida necesaria por la coordinación de servicios humanos (Butterworth, Hagner, Kiernan y Shalock, 1996). Con respecto a los *apoyos basados en servicios*, constituyen los mismos recursos y estrategias pero proporcionados por personas o equipamiento que normalmente no son parte del *ambiente natural* de la persona. En este caso se incluyen a los maestros, profesionales de la salud, voluntarios remunerados, etc. Siguiendo a Luckansson et al. (1992), no debemos caer en el error de identificar los apoyos exclusivamente con los servicios, ya que los primeros abarcan muchos más recursos e intervenciones posibles que los propios servicios. Así, los apoyos comprenden desde la propia persona u otras personas hasta los que se basan en servicios educativos o sociales. Comprenderían desde el propio individuo, pasando por la familia y amigos, abarcando los apoyos informales, los servicios genéricos, hasta llegar a los servicios especializados.

En cuanto a las intensidades de los apoyos, es necesario resaltar que son susceptibles de experimentar variaciones tanto de intensidad como de duración ya que cambian según las personas, situaciones y ciclos vitales. Las siguientes cuatro modalidades son útiles en la planificación, puesta en marcha y evaluación de los apoyos (Luckasson et al., 1992):

- (1) *Intermitente*: es un tipo de apoyo episódico, ya que la persona no siempre los necesita, o sólo se requieren durante un periodo de corta duración o durante momentos de transición en el ciclo vital. Este tipo de apoyos pueden ser de alta o baja intensidad.
- (2) *Limitado*: apoyo intensivo durante un tiempo limitado pero no intermitente. Puede requerir un número menor de profesionales y menos costes que otros niveles más intensivos.
- (3) *Extenso*: caracterizado por una implicación regular en, al menos, algunos entornos y sin limitación temporal.
- (4) *Generalizado*: apoyo caracterizado por su constancia, elevada intensidad y que se proporciona en distintos entornos con elevada probabilidad de ser necesarios durante toda la vida.

En cuanto a las funciones y actividades correspondientes de los apoyos, son ocho las que aparecen recogidas en esta definición (Figura 1). Dichas funciones son: la enseñanza, la amistad, la planificación económica, el apoyo al empleado, el apoyo conductual, la ayuda en el hogar, el acceso y uso de la comunidad y la asistencia sanitaria.

A su vez, el modelo de apoyos abarca nueve posibles áreas: desarrollo humano, enseñanza y educación, vida en el hogar, vida en la comunidad, empleo, salud y seguridad, conductual, social y protección y defensa (Fig. 1). El funcionamiento individual de la persona resulta de la interacción de apoyos con estas dimensiones (Luckasson et al., 1992).

Una vez aclarados estos conceptos, vamos a detallar el proceso de evaluación y planificación de los apoyos propuestos por la AAMR. La evaluación de las necesidades de apoyo puede tener distinta relevancia, dependiendo de si se hace con propósito de clasificación o de planificación de apoyos (Luckasson et al., 1992). El proceso de evaluación está compuesto de cuatro pasos que consisten en:

- (1) *Identificar el perfil de necesidades de apoyo* entre las nueve áreas citadas. Estas funciones de los apoyos son la base para hacer un uso juicioso de los mismos con vistas a reducir la discrepancia entre las habilidades del individuo y las demandas ambientales, por ello a veces es necesario modificarlas levemente para adaptarlas a las distintas edades de los individuos.
- (2) *Identificar las actividades de apoyo relevantes para cada una de las nueve áreas*: de acuerdo con los intereses y preferencias de la persona y con la probabilidad de participar en ellas por la persona y por el contexto.
- (3) *Valorar el nivel o intensidad de las necesidades de apoyo*: de acuerdo con la frecuencia, duración y tipo del mismo.
- (4) *Escribir el Plan Individualizado de Apoyos que refleje al individuo*, para lo cual hay que atender a los siguientes aspectos: i) los intereses y preferencias de la persona; ii) áreas y actividades de apoyo necesitadas; iii) contextos y actividades en los cuales la persona probablemente participará; iv) funciones específicas de apoyo dirigidas a las necesidades identificadas; v) énfasis en los apoyos naturales; vi) personas responsables de proporcionar las funciones de apoyo; vii) resultados personales; y viii) un plan para controlar la provisión y resultados personales de los apoyos provistos.

El enfoque actual de los apoyos se relaciona directamente con la incorporación de una perspectiva de *Planificación Centrada en la Persona (PCP)* en la que se fomenta el impulso de la autodeterminación de las personas para lograr una pertenencia comunitaria mayor (Butterworth, Steere y Whitney-Thomas, 1997) y cuyas premisas fundamentales son: i) la persona participa en el proceso planificación y de formulación de planes; ii) se establece como fuente principal de apoyos la fuente de relaciones interpersonales y sociales fomentando la

participación de los miembros de la familia y los amigos en el proceso de planificación; iii) el eje principal en el que trabajar no son las limitaciones o necesidades de la persona sino sus preferencias, deseos y capacidades; iv) se promueve que la persona pueda tener una expectativa de futuro en su estilo de vida y en las metas necesarias para llegar a conseguirlo sin sentirse limitado por los actuales recursos o servicios y; v) emplea un abanico de apoyos tan extenso como sea necesario para conseguir las metas de las personas.

Y para concluir, resaltaremos la importancia que tiene que familiares, profesionales, responsables de servicios e investigadores presten la máxima atención a promover el desarrollo de los apoyos de acuerdo con el enfoque propuesto por la AAMR. Como nos indica Verdugo y Jenaro (2004), para la práctica profesional tiene indudables repercusiones la concepción que tengamos del retraso mental. Así, frente a una concepción estática, se destacan las posibilidades de crecimiento y desarrollo personal, mientras que la consideración absoluta del retraso mental como etiqueta inherente a la persona enfatiza su relatividad en función de los medios o ayudas que le ofrezca su entorno para fomentar la independencia/interdependencia, productividad e integración en la comunidad.

Como hemos visto, este modelo tiene su pilar básico en el análisis individual de las capacidades de la persona para facilitarle los apoyos necesarios para que pueda adaptarse e integrarse en la comunidad. Sin embargo, no debemos olvidar que, sobre todo, debemos conocer las características que presentan las personas con discapacidad intelectual, teniendo en cuenta, como ya se ha reiterado en varias ocasiones, las diferencias individuales.

En este capítulo hemos hecho una revisión histórica y conceptual sobre la discapacidad intelectual. Se ha analizado el extenso proceso que ha conllevado la delimitación de la etiología, evaluación y diagnóstico, hasta el momento actual. Se observa cómo la discapacidad ha estado cargada de connotaciones negativas que no han ayudado en absoluto en la integración de estas personas en la sociedad. En la últimas décadas estamos abogando por la integración y normalización y ello conlleva la apertura a estilos de educación bien diferentes a los que hasta ahora se estaban llevando, así como la participación de las personas con discapacidad intelectual en el aprendizaje de temas que hasta ahora no eran considerados necesarios para ellos, como es la educación sexual, la cual no constituye sino un apoyo más para ayudarles a su verdadera normalización. En el próximo capítulo haremos una revisión de todo lo relacionado con el ámbito de la educación sexual.

CAPÍTULO 2

EDUCACIÓN SEXUAL

2.1. INTRODUCCIÓN

En este capítulo vamos a hacer referencia a los aspectos más importantes que conforman la educación sexual⁵ actual. Previo a ello nos gustaría resaltar la importancia del concepto de sexualidad que determinemos cada uno de nosotros ya que, dicho concepto, es, en gran parte, el responsable de la educación sexual que transmitimos.

La historia de la sexualidad humana va indisociablemente unida a la del ser humano puesto que sería imposible hablar de éste sin hablar de su sexualidad. La sexualidad humana es parte esencial de los individuos y de las sociedades abarcando todas las dimensiones de nuestra vida, tanto los aspectos culturales como los individuales. Cuando hablamos de sexualidad, nos referimos no sólo a una relación erótica o coital, sino a una experiencia que también abarca nuestras emociones, preferencias o comportamientos. Podríamos decir, por tanto, que existe un sinnúmero de manifestaciones de la sexualidad, tantas como personas diferentes.

Sin embargo, a pesar de todo lo expuesto anteriormente, el estudio de la sexualidad no cuenta con una larga historia. Esto, en parte, es consecuencia del hecho de haber estado determinada por muchos tabúes y prejuicios que han hecho que no fuera un tema en el que muchas personas quisieran involucrarse. A esto se le suma que ninguna disciplina explícitamente ha asumido como suya esta área de estudio hasta la década de los años 60 y principios de los 70 en donde se inician una serie de movimientos de liberación sexual que dan lugar, entre otros hechos, al establecimiento de la Sexología como una rama interdisciplinaria de la psicología respaldada por la sociedad.

Resultaría excesivamente tedioso mencionar todas las fechas relevantes para la evolución en la historia de la sexualidad y, por consiguiente, de la educación sexual; por tanto, en este capítulo sólo resaltaremos los que consideramos hitos más destacables de la historia de la educación sexual, tanto en algunos países del mundo como en el nuestro y que consideramos son una influencia clara en la sexualidad actual así como en las prácticas educativas relativas a la misma que son de especial importancia para la realización de este trabajo.

⁵ Algunos profesionales partiendo del concepto erróneo de Educación sexual entendido como sinónimo de educación genital o coital optaron por la utilización del término educación afectiva sexual. En este trabajo emplearemos el término educación sexual partiendo de nuestra concepción de que la educación afectiva está integrada de manera indisoluble ya que cuando trabajamos la sexualidad estamos trabajando la persona en su totalidad.

2.2. EDUCACIÓN SEXUAL

2.2.1. Definición de Educación Sexual

Son muchas las definiciones sobre educación sexual que se han aportado a lo largo de la historia. Algunas de ellas son muy similares entre sí, mientras que otras aportan una perspectiva diferente con detalles o aspectos interesantes y adicionales poniendo de relieve la inevitable interdisciplinariedad de la Educación Sexual. Entre ellas cabe destacar las siguientes:

“La Educación Sexual consiste en la enseñanza tendente a desarrollar la comprensión de los aspectos físico, mental, emocional, social, económico y psicológico de las relaciones humanas en la medida en que afecten a las relaciones entre hombre y mujer” (Kilander, 1973, p.28).

“La Educación Sexual será el conjunto de aprendizajes que permiten el buen desarrollo de las capacidades sexuales, su coordinación con las demás facultades y la consecución de una buena interrelación con las otras personas que resulten estimulantes por su condición sexuada y sexual, consiguiendo altos niveles de espontaneidad y comunicación, y también de respeto y estima” (Boix, 1976, p.116).

“La Educación Sexual es la parte de la educación general que incorpora los conocimientos bio-psico-sociales de la sexualidad, como parte de la formación integral del educando. Su objetivo básico es lograr la identificación e integración sexual del individuo y capacitarlo para que se cree sus propios valores y actitudes que le permitan realizarse y vivir su sexualidad de una manera sana y positiva, consciente y responsable dentro de su cultura, su época y su sociedad” (Instituto Nacional de Educación Sexual, 1976, p.14).

“La Educación Sexual, tomada en un sentido amplio, comprende todas las acciones, directas e indirectas, deliberadas o no, conscientes o no, ejercidas sobre un individuo (a lo largo de su desarrollo), que le permiten situarse en relación a la sexualidad en general y a su vida sexual en particular” (García, 1979, p. 9).

Para Monroy (1981), la Educación de la Sexualidad debe formar parte de la educación integral y desarrollar responsabilidad en la persona para que el individuo desarrolle al máximo sus capacidades y logre salud y bienestar. Asimismo, este autor considera que debe ser científica y racionalmente planeada y estar basada en el desarrollo psicosexual del individuo y debe proveer información en sus aspectos físico, mental, emocional, social, económico y psicológico.

Por su parte, Atocha (1981), plantea que la educación de la sexualidad parte de la educación general que transmite los conocimientos necesarios para que el individuo pueda desarrollar las actitudes y asumir los valores que le permitan aceptar y vivir su sexualidad y la de otros en forma sana, placentera y responsable.

De otro lado, Nava (1991) resume en un solo propósito la importancia de la educación de la sexualidad, ya que considera que a través de ésta los seres humanos pueden aprender los

medios, los procesos y finalidades de la sexualidad, con lo cual pueden lograr un equilibrio emocional y social.

Otros autores como Bolaños, González, Jiménez, Ramos y Rodríguez (1994d), consideran la educación afectivo-sexual como un proceso cuyo objetivo básico es posibilitar que cada persona viva su sexualidad de forma sana, feliz y responsable.

Por último, siguiendo a Barragán (2000), entendemos la educación sexual como el proceso lento, gradual y complejo que hace posible la construcción de las diferentes nociones sexuales, que ayuda a comprender los procesos, históricos y culturales por los que se han generado los conocimientos actuales y la organización social y sexual vigentes y que nos permita tomar conciencia de aquellos aspectos que deseamos asumir y los que deseamos cambiar.

2.2.2. Educación sexual formal, no formal e incidental

Existen muchas clasificaciones en torno al concepto de educación sexual, pero la que consideramos más relevante para nuestro objeto de estudio es la realizada en función del ámbito de actuación y de la acción de distintos agentes educadores (familia, amigos, profesores, medios de comunicación) (Samaniego, 2004). Como indica Hiriart (2000) existen tres formas de abordar la educación de la sexualidad: educación formal, no formal e incidental o espontánea.

(1) La primera, es una educación sistemática, llevada a cabo de forma intencional y consciente. Su ámbito de actuación es el escolar y es realizada por los profesionales de la enseñanza. La educación sexual formal facilita la construcción del conocimiento sexual a través del contraste de las preconcepciones del alumnado con una información lo más objetiva, completa y rigurosa posible a nivel biológico, psíquico y social de la sexualidad del ser humano, fomentando la adquisición de actitudes positivas y de conductas de respeto y responsabilidad (Bolaños et al., 1994a).

(2) La educación no formal es el conjunto de medios e instituciones que generan efectos educativos a partir de procesos intencionales, metódicos y diferenciados; cuenta con objetivos pedagógicos previa y explícitamente definidos, desarrollados por agentes cuyos roles educativos están institucional o socialmente reconocidos, y que no forman parte del sistema educativo graduado o que, formando parte de él, no constituyen formas estrictas y convencionalmente escolares (Sarramona, Vázquez y Colom, 1998; Trilla, 1986, 1996).

(3) Por último, la educación incidental espontánea o no intencional (difusa, informal, natural, paralela, etc.) es el conjunto de influencias educativas que se ejercen sin una intencionalidad explícita clara, fuera o dentro del ámbito escolar, como efecto de otros propósitos o de propósitos educativos difusos no sistemáticos. Cualquier agente educativo o social, personas o producto cultural, pueden ejercer este tipo de influencias. Según Bolaños et al. (1994a), esta educación adquiere una importancia vital en aspectos como las vivencias de

unas relaciones de apego adecuadas, la existencia de unos modelos que transmitan mensajes de igualdad y cooperación y el desarrollo de pautas educativas que fomenten la adquisición de actitudes y conductas positivas ante la sexualidad.

A pesar de existir diversas fuentes de información y formación en temas de educación sexual, sin embargo, diversos autores (Gallart y Maticka-Tyndale (2004); Givaudan, Saldivar, Ramón, Martínez y Pick, 1995; Hubbard, Giese y Rainey (1998); Kirby (2001); Kirby, Laris y Rolleri (2006); Kirby, Short, Collins, Rugg, Kolbe, Howard, Miller, Sonenstein, y Zabin, (1994) Romero, Lora y Cañete, 2001; Santín, Torrico, López y Revilla, 2003) revelan una falta de educación en temas de sexualidad, tanto a nivel formal, informal, como incidental. Los padres y madres presentan un estilo educativo informal, usando mensajes verbales y no verbales en los que dan a conocer su opinión y actitudes pero que no siempre tienen la intención de educar en el terreno de la sexualidad. Ello no implica que sus efectos sean menores, sino que habitualmente se profundiza en temas biológicos y de autocuidado y se ignoran los aspectos emocionales y las dudas específicas que podrían inquietar o preocupar al adolescente (Yarber, Bauserman, Schreer, Davis, y Davis, 1998). En cuanto al profesorado, los estudios anteriores informan que se inclinan a pensar que los familiares son los responsables de estas cuestiones por tratarse de asuntos íntimos. No obstante, el profesor de forma no intencional educa informalmente a través de ciertos comentarios o situaciones espontáneas que se plantean en clase que dejan entrever cuáles son sus ideas, valoraciones y actitudes en torno a la sexualidad (Trilla, 1986, 1992, 1996). Además, se educa formalmente desde una perspectiva fundamentalmente biológica-reproductiva. Oliveira (1998) considera que el modelo predominante en las escuelas españolas es el que él denomina *sanitarizado* por estar centrado en evitar riesgos (de embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual), aunque también se adentra en otros aspectos como la reproducción, los órganos sexuales y la relación sexual coital. Paralelamente, los medios de comunicación ejercen su influjo en este ámbito a través de publicaciones, cine, etc., predominantemente de manera informal, pero estos mensajes proporcionan, igualmente, información fragmentada y distorsionada (Lowicki-Zucca, Spiegel y Cintia, 2005; Samaniego, 2004)

Las consecuencias de esta escasa o nula educación sexual quedan reflejadas en las estadísticas anuales que muchas de las instituciones públicas llevan a cabo sobre enfermedades de transmisión sexual y embarazos no deseados, entre otros. Todo ello nos lleva a pensar en la necesidad de una intervención global que sea asumida, tanto por las instituciones encargadas de la educación, como por los diferentes responsables de la educación de los jóvenes.

2.2.3. Modelos de educación sexual

La educación sexual ha estado caracterizada por la influencia de múltiples factores económicos, sociales e ideológicos que, como ya hemos podido observar en el desarrollo histórico de esta disciplina, han ido en paralelo a la historia de la sexología. Son muchos los autores que han hecho aportaciones importantes a la educación sexual realizando diferentes

propuestas que pueden ser consideradas como modelos globales claramente diferenciados, habiendo entre ellos claras interconexiones.

Estos modelos aparecen más claramente en el siglo XX y son fundamentalmente abstracciones que realizan diferentes investigadores contrastando la literatura existente y las prácticas educativas realizadas. Son varios los autores que hablan de diversos modelos de educación afectivo-sexual, clasificando diferentes posturas bajo un determinado término que los representa (Barragán, 2000; Gaudreau, 1985; López, 1990, 1995, 2002, 2005; Puerto, 2000). Siguiendo a Gaudreau (1985), los podríamos clasificar en:

- **Modelos biológicos:** centrados en informaciones de tipo anatómico y fisiológico.
- **Modelos morales y religiosos:** la sexualidad se vincula fundamentalmente a todo lo relacionado con la moral y la familia.
- **Modelos preventivos:** ponen el acento en la prevención de los riesgos asociados a la actividad sexual.
- **Modelos personales:** la sexualidad es vista como una forma de estar en el mundo, de comunicarse, de realizarse, desarrollando las mejores posibilidades del ser humano en cuanto ser sexuado.

Por su parte, la clasificación que propone Barragán (2000) es la siguiente:

- **Modelo tradicional:** asume que la función de la sexualidad es la procreación como expresión del amor entre las personas, por lo que ésta queda reducida al contacto genital. Condena el placer, la homosexualidad, la masturbación, el uso de los métodos anticonceptivos así como todas las manifestaciones sexuales extramaritales. Considera el deseo sexual como propiedad del hombre y manifiesta que nunca debe ser expresado por la mujer, quien debe conservar su virginidad hasta el matrimonio. La prostitución es tolerada como desahogo del varón, ya que considera que éste es más impetuoso que la mujer.
- **Modelo burgués:** considera que el amor y el sexo deben darse unidos, aunque el sexo representa "*los instintos*" de la persona. Reconoce el placer aunque de forma no explícita. Las formas preferentes de manifestación de la sexualidad son la penetración y la genitalidad. Tolerancia la homosexualidad aunque como algo vergonzoso y poco normal y, con respecto a la autoestimulación, resalta las consecuencias negativas de la misma. Reconoce la sexualidad infantil pero la considera incompleta.
- **Modelo liberal capitalista:** contempla como funciones primordiales de la sexualidad la comunicación, el afecto y el placer. Defiende la necesidad de satisfacción sexual tanto en el hombre como en la mujer, resaltando el respeto a todas las orientaciones sexuales. Propone formas de relación sexual no genitales así como la autoestimulación

como una conducta sexual normal. A su vez, considera que la consecución del orgasmo no es, necesariamente, el fin último de las relaciones sexuales. Permite y aconseja el uso de todos los métodos anticonceptivos. Se afirma la existencia de la sexualidad infantil como expresión natural y completa.

De acuerdo con la clasificación de Félix López (1990, 1995, 2002, 2005) los modelos de educación sexual son:

- **Educación sexual para evitar riesgos:** se establece la necesidad de abstinencia fuera del matrimonio, o bien, el uso adecuado de métodos de prevención eficaces. Se asocia la actividad sexual al peligro de contraer una enfermedad. Contempla dos propuestas distintas dentro del mismo modelo; por un lado, si la ideología es conservadora, no se informa profesionalmente de las formas que permiten evitar los peligros de la actividad sexual, ni en qué consisten dichos peligros; por otro lado, si la ideología es progresista se limitan a informar de las técnicas o conductas que permiten evitar el peligro, así como de los síntomas y naturaleza de éstos: embarazo no deseado, enfermedades de transmisión sexual, SIDA, etc.
- **Educación sexual como educación moral:** este modelo está basado en contenidos morales cívicos así como en contenidos relacionados con la anatomía, concepción, embarazo, parto, la familia, las relaciones padres-hijos y las relaciones chicos-chicas.
- **Educación sexual para la revolución sexual y social:** se centra fundamentalmente en el análisis crítico de la moral dominante, teniendo como eje central del análisis la regulación social de la sexualidad y el papel de la familia. A su vez, defiende los grupos minoritarios, como homosexuales y transexuales. Sus contenidos más teóricos se centran en la anatomía y fisiología del placer sexual y en la anticoncepción.
- **Educación sexual profesionalizada, democrática o abierta (modelo biográfico profesional):** Partiendo de la importancia de estar libres de prejuicios y tópicos, ofrece una información lo más científica posible. Enfatiza el derecho al placer sexual, libremente deseado, no limitando, a su vez, la actividad sexual a una edad, el matrimonio, la genitalidad, la heterosexualidad o la procreación. Constituye una educación sexual tolerante y respetuosa con diferentes creencias e ideas presentes en una sociedad democrática, poniendo el énfasis en la necesidad de responsabilidad y ética social para que sean evitados riesgos y las relaciones de explotación entre las personas. Se ofrece información profesional para promover la adecuada educación sexual y se fomentan actitudes positivas hacia la sexualidad.

Siguiendo a Puerto (2000), los modelos de educación sexual vendrían caracterizados por el momento histórico, siendo los siguientes:

- **Moral tradicional (patológico):** centrados en la importancia de la sexualidad como mecanismo de reproducción.
- **Médico-biológico (preventivo):** basado en un modelo en los que es importante la información, lo genético, lo reproductivo y lo contraceptivo.
- **Biográfico (personalista):** centrado en las actitudes ante la sexualidad. Aporta una visión integral de la persona.
- **Cultural, social (Radical):** está abierto a otras culturas, teniendo en cuenta la revolución sexual del momento.
- **Sexológico Relacional (democrático):** es un modelo de carácter holístico y de encuentro placentero entre iguales.

2.2.4. Historia de la Educación sexual

2.2.4.1. La Educación sexual escolar en el mundo

Según el momento histórico y el tipo de gobierno que ocupaba el poder, desde las Administraciones públicas y los diferentes Ministerios de Educación se han legislado y planificado programas de educación sexual que corresponden con los modelos anteriormente expuestos: modelos para evitar riesgos, modelos de educación moral, modelos de educación sexual para la convivencia, etc. (Holmstedt, 1974; Mellanby, Phelps y Tripp, 1992; Nazario, 1992; Scales, 1981; Siedlecky, 1979; Thomson, 1994; Wallace y Vienonen, 1989). Esos cambios han quedado reflejados en el contenido y en las ideologías que estructuran los planes de estudios sobre salud sexual y la controversia pública que a menudo provocan. Como consecuencia de los altibajos en la historia de la educación sobre salud sexual, ésta, en vez de ser un concepto homogéneo o unitario, por el contrario abarca un amplio abanico de planes de estudios que difieren en cuanto objetivos, contenidos, temporalización y aplicación (Jorgensen, Potts y Camp, 1993; Nazario, 1992).

En torno a los años 30 surge en Viena, promovido por Reich, uno de los hitos que más influencia ha tenido en la educación sexual, el movimiento juvenil denominado *Sexualidad y Política* (SEX-POL) (López, 1979; López y Fuertes, 1989; Subirat, 1975). Dicho movimiento estaba asociado al conocimiento intelectual de la época denominado freudo-marxismo y defendía la necesidad de una revolución sexual y social en paralelo, es decir, la revolución sexual como condición necesaria de una revolución social y viceversa, la necesidad de una revolución social para que se produzca la sexual. El movimiento SEX-POL planteó una ideología que rompía con los esquemas de la época, como era lo imprescindible de la educación sexual en la escuela, la amplitud del concepto de sexualidad más allá de la mera función reproductiva, la pareja más allá del débito conyugal, la posibilidad del uso libre de anticonceptivos por los jóvenes, el derecho a poder decidir la interrupción voluntaria del

embarazo, la libertad de elección en la orientación sexual, la defensa de los homosexuales, etc. (López, 1990).

La diversidad de enfoques y la forma en que la educación sexual está incluida en los programas educativos en los distintos países es muy variada. Así por ejemplo, a los programas se los ha etiquetado en distintas ocasiones como educación para la vida familiar, salud sexual, desarrollo personal, aclaración de valores, «límitate a decir no», respeto al sexo y salud sexual humana.

En primer lugar, podríamos hacer la distinción de aquellos países en los que están incorporados dentro del currículo oficial, y, en segundo lugar, analizar de qué manera se encuentran incluidos. Así, existen países como Rusia, Irlanda, Grecia, Rumania e Italia en los cuales no se aborda la educación sexual, otros países en donde sólo algunas materias de la educación sexual están incluidas en los programas de otras asignaturas, como el caso de Albania, Finlandia, Francia, Holanda, Hungría, Polonia, Reino Unido, Turquía, Bélgica flamenca, Eslovaquia, República Checa, etc. y, otro tercer grupo minoritario, donde la educación sexual se contempla dentro de los programas oficiales.

Otra distinción que merece la pena destacar es la forma en que se la educación sexual está contemplada dentro del currículo oficial. Así, en algunos países no forma parte de ningún asignatura especial pudiendo estar vinculada a asignaturas como Biología, Salud y Ciencias Naturales mientras que en otros la educación sexual se imparte dentro de asignaturas específicas dentro de los planes de estudio oficiales, como es el caso de “*Educación de la vida familiar*” en la República Checa, Eslovaquia y Turquía, “*Educación sobre la vida*” en Francia, “*Preparación para el matrimonio y la vida familiar*” en Polonia y “*Desarrollo Personal y Social*” en Portugal. Para finalizar, es importante reflexionar que, aunque en algunos países se imparte, al no ser una materia oficial, el cómo y cuándo queda bajo la responsabilidad y criterios de los orientadores, jefes de estudios o coordinadores (Maceiras, Barros-Dios, Pereira y Segovia, 1996).

Sería difícil resaltar la experiencia en educación sexual de todos los países, por ello hemos seleccionado algunos (como Suecia, Francia o Portugal) por su cercanía geográfica o cultural con relación al nuestro, y otros (como el caso de Estados Unidos) por la influencia que ejerce en el resto de países occidentales.

Entre los países pioneros, es un referente mencionar la experiencia de Suecia, donde la educación sexual ha sido especialmente apoyada por una asociación de profesionales (RFSU: *Riksförbundet för Sexuell Upplysning*) que ha tenido gran influencia incluso en otros países (López, 1990). La RFSU se formó en 1933 como asociación nacional con el objetivo de promocionar un programa de políticas sexuales. Siguiendo a Lindahl (1997), presidenta de la RFSU, los tres puntos principales de este programa son los siguientes: i) información gratuita sobre contraceptivos y fácil acceso a ellos; ii) legalización del aborto, sujeto a ciertas restricciones; iii)

educación de la sexualidad en las escuelas para alumnos de todas las edades, empezando en primero de educación primaria (con siete años de edad). Éstos, han sido y siguen siendo los pilares básicos de la educación sexual en este país escandinavo, añadiendo la aceptación de la homosexualidad como un elemento clave específico.

En Suecia, desde 1956 se han ido sucediendo diferentes normativas y manuales estatales que han convertido la educación sexual en obligatoria y sistemática a través de los ciclos de enseñanza, evolucionando de una educación sexual más moralizante a otra más aperturista, tolerante y democrática, así como de una educación sexual basada en lo biológico a una educación sexual basada en las relaciones sociales, sexuales, valores, actitudes, etc.

En 1957 se publica el primer manual oficial de Educación Sexual. En 1966, un grupo de profesionales, como rechazo a dicho manual oficial al que consideran excesivamente moralizante y cargado de connotaciones políticas, elaboran el manual denominado "*Sampell*". En éste reivindican, entre otros muchos aspectos, el derecho al placer y al conocimiento de técnicas anticonceptivas. En 1976 una comisión estatal elaboró un informe de evaluación de la educación sexual en el país detectando una serie de necesidades que hasta entonces no se tenían en cuenta con el modelo de educación existente. En este informe se confirma que la educación sexual es demasiado biologicista y se resalta el ineludible papel que ejercen en la sexualidad los aspectos emocionales y sociales, considerándola una dimensión fundamental de la personalidad. A su vez, se enfatiza el derecho a una sexualidad vivida en un contexto de tolerancia y de valores éticos que permitan libertad de elección a todas las personas. Como fruto de estas reflexiones, en 1977 se publica un nuevo manual que recoge las necesidades anteriormente mencionadas.

Siguiendo a Elman (1996), los logros de la educación sexual en Suecia, según este mismo informe, parecen indudables: se ha conseguido incrementar el nivel de información de toda la población, no ha aumentado el número de embarazos no deseados (a diferencia de lo que ocurre en otros países occidentales) y han disminuido las enfermedades de transmisión sexual. A su vez, este mismo autor, manifiesta cómo a pesar de disponer de un manual de referencia, casi un tercio de los profesores dedicados a esta enseñanza se sienten faltos de formación y carentes de suficientes recursos para afrontar el tema, hecho que es frecuente en todos los países. En este país, en la educación primaria, la educación sexual forma parte de otras asignaturas, siendo el profesor titular el encargado de organizar e impartir el contenido de esta materia.

Por otro lado, autores como Macciras et al. (1996) recomiendan la importancia de mencionar la experiencia francesa y portuguesa debido a su cercanía geográfica y, por tanto, la posibilidad de influencia en nuestro país. En Francia, en 1973 se publica una orden ministerial en la que se introdujo la obligatoriedad de la educación sexual en la escuela. En el ciclo formativo comprendido para los alumnos de 11 a 13 años, el contenido temático consistía en información sobre biología. En los ciclos superiores de enseñanza se incluían

contenidos más amplios que abarcaban desde información en general hasta el conocimiento de los métodos anticonceptivos. Oficialmente, al igual que en otros países, como hemos mencionado anteriormente, se deja a la voluntad de cada centro educativo la decisión sobre la conveniencia de ofrecer una educación sexual más amplia, que se ofrecería como educación informal a través de programas que se impartirían fuera del horario oficial escolar. Aunque esta circular ha sufrido posteriormente diferentes modificaciones, refleja muy bien cual ha sido, y lamentablemente sigue siendo, la historia de la educación sexual en la mayor parte de los países. Las consecuencias de esta educación parcial podemos observarla en que sólo el 7% de los Centros han organizado actividades voluntarias de Educación Sexual que han llegado a un 10% de los niños aproximadamente. Un elevado número de educadores consideran que esta circular sólo les ha servido para añadir más trabajo y esfuerzo diario, puesto que han de compatibilizar la educación formal con la educación informal quedando a la voluntad de los directores, claustros de padres, etc.

En el caso de Portugal, Nodin, Moureira y Ourô (2001) nos informan que la historia de la educación sexual puede establecer sus orígenes en los años 1960. La Iglesia católica era responsable de la orientación moral de la educación, separando a muchachos y muchachas en escuelas públicas y reprimiendo la educación de la sexualidad. Se comenzó a impartir un nuevo curso en Lisboa denominado "*la Sexualidad, el Amor, el Matrimonio y la Familia*" y, aparecieron varias publicaciones sobre sexualidad en revistas y periódicos de ideología cristiana. En las escuelas públicas, la sexualidad era impartida por sacerdotes en la asignatura denominada "*La Religión y la Moralidad*". La sexualidad fue incluida como un modo de garantizar matrimonios duraderos y felices para futuros adultos. Sin embargo, este acercamiento no era sistemático, no tenía ninguna base científica y era con frecuencia inadecuado. En 1967, se crea la Asociación de Planificación familiar portuguesa (APF), interesándose por la educación sexual que se impartía en países de la Europa del Sur. Esta organización no fue muy bien aceptada ni por el gobierno, ni por la Iglesia, ni por la mayor parte de sectores conservadores de la sociedad, pero sirvió para iniciar varias acciones encaminadas a la formación en la educación de la sexualidad de profesionales así como a la puesta en marcha de un servicio de planificación familiar para la población.

A principios de los años 1970, el Ministerio de Educación Nacional crea la Comisión para el Estudio de Sexualidad y Educación que se extinguió un año después. Esta comisión aboga por la abolición de la educación separada de muchachos y muchachas y enfoca la necesidad de un acercamiento diferente, integrado y no simplemente al estudio del cuerpo humano en los libros de texto (Roque 1999). La revolución de 1974 que terminó con la dictadura en Portugal trajo un cambio rápido a la sociedad. Pero, aunque la educación sexual podría ser y de hecho, públicamente fue hablada y defendida en este tiempo, la atmósfera desequilibrada postrevolucionaria no era favorable a su introducción en el sistema educativo. Otras cuestiones, como el aborto y la igualdad entre hombres y mujeres, eran las preocupaciones o intereses principales por las cuales nuevas medidas legales y prácticas fueron planteadas. El

APF se hizo la organización principal responsable de la educación sexual en el contexto de la escuela, con acciones realizadas por profesionales.

Sin embargo, estos esfuerzos fueron muy limitados y no podían responder a las verdaderas necesidades de jóvenes. Los profesores fueron formados para cualificarlos en la impartición de esta materia, y más tarde, al principio de los años 1980, nuevos programas enfocados a jóvenes y apoyados por el Fondo de Naciones Unidas de Actividades Demográficas (UNFPA) fueron puestos en acción fuera del contexto de la escuela. Había una necesidad urgente de legalizar la educación sexual y esto ocurrió con el la ley 3/84, el 24 de marzo de 1984 (Nodin, Moureira y Ourô, 2001). Según esta ley: i) el estado garantiza el acceso a la educación sexual como un derecho básico educativo; ii) el estado es la entidad responsable para la promoción, la difusión, y la organización del medio jurídico y técnico necesario para una maternidad responsable y la paternidad; iii) los planes de estudios de la escuela deben incluir el conocimiento científico sobre la anatomía, la fisiología, y la genética de sexualidad humana, y también no deben permitir la discriminación social basada en el sexo biológico y en la división tradicional de los roles entre hombres y mujeres; iv) los profesores deben ser formados en educación sexual como un modo de ser capaz de responder a las necesidades de jóvenes; y v) los padres también deberían ser apoyados acerca de la educación sexual de sus hijos.

Aunque aprobado y autorizado, el modo en cómo se imparte la educación sexual nunca fue estandarizado. Los niños y adolescentes sólo tenían el acceso a la educación sexual debido a la iniciativa (en muchas ocasiones poco sistemática) de algunos profesores y otras organizaciones. La educación sexual se implanta y así sigue actualmente dentro de la denominación de "*Desarrollo Personal y Social*", siendo el único foro de debate oficial para facilitar la discusión de los jóvenes directamente relacionados con la realidad y las necesidades prácticas de los mismos (Vaz, 1996). Esto permitió una introducción más regular del sexo y la sexualidad en el sistema escolar, con frecuencia como una respuesta a las peticiones de los estudiantes. Comienzan también los programas para la prevención del virus de inmunodeficiencia humano, ya que la educación sexual se considera también un modo de luchar contra la propagación del SIDA.

En 1998, una comisión formada por los representantes de varios ministerios presenta un informe que propone un plan de acción para la educación sexual y la planificación familiar, en la cual proponen medidas prácticas en varias áreas. Su objetivo es el de proveer el libre acceso a la educación sexual de los estudiantes. Aunque surgen nuevas leyes e iniciativas, lo cierto es que todavía es necesario mucho trabajo para que la educación sexual esté disponible de forma regular y eficaz para los jóvenes y la población en general.

Con relación a ambos países (Francia y Portugal), una diferencia de gran importancia se encuentra en los contenidos incluidos como materia de enseñanza; así, en Francia, se basan más en modelos preventivos, mientras que en Portugal existe un acercamiento más positivo e integral hacia una sexualidad que abarque todas sus dimensiones.

De otro lado, en Polonia la educación sexual se le llama “*Preparación para el matrimonio y la vida familiar*”. Se constituyó como una materia obligatoria dentro de la asignatura de biología entre los 11 y 15 años, abordándose el tema de la planificación familiar. A los 17 años la impartición de educación sexual es una asignatura opcional. En Varsovia se implantó un programa especial que abordase la educación sexual en aquellos colegios en los que no estaba constituida como educación formal. Dicho programa, formado por conferencias, torbellino de preguntas y debate y seis películas a lo largo de un curso escolar, dejó de impartirse en 1979, incorporándose en 1981 como obligatorios en el plan de estudios (una vez superado el ciclo de educación primaria), los programas de preparación para la vida familiar (Maceiras et al., 1996).

En algunos países como Holanda y Reino Unido, la educación formal se contempla en torno a tres ejes centrales, desarrollándose dentro de cada uno de ellos áreas principales de trabajo: i) *relaciones*, siendo sus áreas clave: *habilidades sociales, emociones y amistad*; en este primer eje se contemplan temas como la educación sexual, salud mental y afectiva, vida familiar y relaciones interpersonales y de intimidad sexual; ii) *autocuidados personales*, tendiendo como áreas clave: *ejercicio/descanso, comidas sanas, seguridad, abuso de drogas (o sustancias adictivas) e higiene personal (o salud personal) (o gestión del cuerpo)*; iii) *comunidad/entorno (o medio ambiente)*, siendo sus áreas clave: *el cuidado del entorno, participación comunitaria y servicios comunitarios* (Maceiras et al., 1996).

En países como Turquía, el tema fue completamente tabú hasta hace no mucho tiempo. Con el propósito de presentar una política de educación familiar en las escuelas, en 1983 un grupo de profesionales dedicados a la planificación familiar en este país elaboraron un proyecto para ser impartido en las escuelas con el nombre de “*Educación de la vida familiar*”. Sin embargo, aunque se han ido añadiendo algunos bloques temáticos, hasta el momento no ha obtenido mucho éxito debido, sobre todo, a la ideología conservadora religiosa que prevalece en la cultura de este país (Maceiras et al., 1995, 1996).

También creemos conveniente destacar la experiencia de Québec (Canadá) (Gaudreau, 1985; Samsom, 1981) por haber sido un país pionero tanto en la implantación de la educación sexual como materia obligatoria en la escuela, como en ofrecer un programa universitario para la formación de educadores especialistas en sexualidad. El período comprendido entre los años 1963 y 1984 se caracterizó por la implantación paulatina de diferentes programas de educación sexual que llevaron en muchas ocasiones a importantes debates desde los distintos órganos de gobierno de este país. A pesar de los inconvenientes y de los detractores de este tipo de educación, en 1984 se llegó a un acuerdo oficial en donde se constituía la educación sexual como materia obligatoria en las escuelas. A su vez, se inicia un período caracterizado por los numerosos talleres y cursos de formación para los docentes con el objetivo de cualificarlos para la tarea encomendada. Es a partir de este momento cuando la educación sexual forma parte del currículo de formación personal y social oficial de la enseñanza de este país, distinguiéndose las siguientes áreas: educación para la salud, educación sexual, educación para el consumo, relaciones interpersonales y vida en sociedad.

Es interesante detenernos en la historia de la Educación Sexual en Estados Unidos, ya que ésta ha estado marcada por dos ideologías totalmente opuestas y enfrentadas: por un lado, un período caracterizado por acciones a nivel estatal con apertura hacia una educación sexual positiva, democrática y libre para todos los ciudadanos; y, por otro lado, a partir de los años 70, se introduce un movimiento conservador que prevalece en la actualidad.

A finales del siglo XIX, en Estados Unidos (Brown, 1981) con el objetivo de intentar evitar enfermedades de transmisión de origen sexual, embarazos no deseados así como para potenciar la educación en valores morales, se introduce en diversos estados del país un modelo de educación sexual basado en la prevención. En 1959 comenzó un período de apoyo a la educación sexual creyendo que si se ofrecía una sexualidad con una visión más positiva se eliminarían conductas de riesgo promoviendo a su vez una adecuada salud sexual. En los años sesenta comienza un período que plantea la educación sexual como ineludible para el desarrollo integral de la persona. Dicho período culmina en 1965 con la implantación de asignaturas específicas de educación sexual en los programas escolares. En esta época, la educación sexual se encontraba claramente apoyada por las administraciones estatales y locales de casi todo el país, siendo recomendada para los jóvenes desde comisiones estatales tan importantes como la *Population Growth* (1971) y la *Comissions on Obscenity and Pornografy* (1970) (Brown, 1981). En esta misma etapa, más concretamente en 1964, se constituye la principal organización que promueve la educación sexual en Estados Unidos. Nos estamos refiriendo a la *Sex Information and Education Council of United States* (SIECUS), creada siguiendo el modelo de la asociación sueca.

Paralelamente, en 1969 se estaba gestando un movimiento conservador seguido por los gobiernos conservadores y la derecha religiosa de este país, responsable de la promoción de fuertes campañas: por un lado, la eliminación de la educación sexual (ya que, según ellos, contribuía al deterioro moral de la sociedad y al incremento de todos los riesgos relacionados con la actividad sexual: aumento de los embarazos no deseados, abortos, pornografía infantil, aumento de parafilias tales como la paidofilia, etc.) (Kempnec, 2004); y, por otro lado, de la difusión del lema "sólo abstinencia" como único método para evitar los embarazo no deseados y las enfermedades de transmisión sexual. Este movimiento conservador aboga por la supresión de la educación sexual, o bien, por instaurar un modelo basado en la enseñanza de la moral y en la prevención de los numerosos riesgos asociados a la libertad sexual.

Desde principios de la década de 1980, el movimiento en pro de los "valores familiares" ha logrado obtener la colaboración de los gobiernos y las instituciones públicas, desde el Congreso hasta las juntas escolares locales. En la actualidad, las escuelas impiden que los estudiantes tengan acceso a información sobre salud sexual en la clase, en la biblioteca escolar y a través de los portales de Internet de las bibliotecas públicas. Además, censuran la libertad de expresión de los estudiantes, al censurar la publicación de artículos que tengan como contenido temático la educación sexual. A su vez, los programas que promueven el enfoque

“sólo abstinencia”, promueven una política sexual basada en el miedo, difundiendo con frecuencia información errónea y alarmista sobre salud sexual e inculcando en los estudiantes una ideología religiosa que condena la homosexualidad, la masturbación, el aborto y el control de la natalidad (Boonstra, 2004; Committee on Government Reform, 2004).

En 1981, el Congreso aprobó la *“Ley de Vida Familiar de los Adolescentes”*, también conocida como la “ley de castidad”, que financia programas educativos para “promover la autodisciplina y otros enfoques prudentes” con respecto al sexo adolescente o para “educar para la castidad”. Fueron muchas las subvenciones destinadas a estos programas con destino a las iglesias y a los conservadores religiosos de todo el país (Heins, 2001; Levin-Epstein, 1998; Pardini, 1998; Schemo, 2000). Doce años más tarde, la Corte Suprema de los Estados Unidos determinó que los programas que cuentan con financiación deben suprimir las referencias directas a la religión para de esa forma evitar el enriquecimiento de grupos fundamentalistas cristianos.

En 1996, el Congreso incorporó una disposición a la ley de bienestar social que creaba un programa federal para financiar exclusivamente programas que promovían el método de “sólo abstinencia”. Desde la aparición del movimiento “sólo abstinencia”, se han invertido aproximadamente 135 millones por año, llegando a un total de casi mil millones en programas cuyo único objetivo es enseñar los beneficios sociales, psicológicos y de salud que se pueden lograr mediante la abstinencia sexual (Boonstra, 2004; Take Back Our Rights, 2004).

Durante el año 2005, el Congreso destinó aproximadamente 170 millones a promover la educación basada en el enfoque “sólo abstinencia” (Committee on Government Reform, 2004; Schemo, 2000). En cada estado, las respectivas legislaturas están copiando la ley federal de “sólo abstinencia” y a menudo incorporan disposiciones explícitas para una censura previa. Por ejemplo, Nueva Jersey propuso un control estricto de los materiales didácticos y también de los maestros. Aún en el caso de que no se aprueben dichas propuestas, estos proyectos de ley operan a modo de censura y, a la vez, tienen un efecto paralizante. El gobernador de Utah vetó un proyecto similar en ese estado, pero encomendó a los organismos de gobierno que se controlaran los programas de educación sexual para detectar lenguaje y contenido “inapropiados”.

El resultado de toda esta campaña en contra de la educación sexual basada en la consigna “sólo abstinencia”, siguiendo a Kempnec (2004), no funciona. Un extenso conjunto de investigaciones científicas ha probado que el enfoque para la educación sexual basado solamente en la abstinencia no ha sido efectivo para evitar embarazos no deseados, ni para proteger a la juventud del VIH y de otras infecciones de transmisión sexual, sin embargo, ha habido una proliferación de la educación basada solamente en la abstinencia, dado que el gobierno de los EE.UU. ha aumentado la financiación de este tipo de programas desde el año 1996, a pesar de la falta de evidencia que apoye su efectividad. La llegada de la Administración de George W. Bush ha acarreado consigo políticas que atacan la sexualidad positiva en los Estados Unidos y en el exterior. La mayoría de los currículos basados en la abstinencia que

están actualmente en uso presentan a la sexualidad juvenil como algo inmoral y universalmente dañino; algunos llegan al extremo de proporcionar información inexacta. A nivel internacional, los representantes de los EE.UU. han presionado continuamente para la inclusión del lenguaje de la abstinencia en los documentos de las Naciones Unidas, a la vez que minimizan la importancia de los condones en la lucha contra el VIH/SIDA.

Para terminar este apartado pensamos que es importante hacer mención a la *Carta Iberoamericana de Derechos de la Juventud* que se encuentra en elaboración y cuya finalidad es darle un pleno reconocimiento jurídico a todos los temas relacionados con el ámbito de la juventud, así como dar respuesta a las demandas de protección y garantía para el ejercicio de los derechos sexuales por parte de las nuevas generaciones de jóvenes. La Organización Iberoamericana de la Juventud (OIJ) puso en marcha una amplia estrategia, a nivel nacional e internacional, con la finalidad de que participaran en la elaboración de dicha carta todas las personas y organismos involucrados en la temática juvenil, tales como jóvenes, asociaciones juveniles, juristas, expertos, etc. En lo referente a la educación sexual, dicha Carta, en su Artículo 23 recoge los siguientes enunciados que creemos de importancia para el establecimiento en el futuro de políticas educativas sobre el campo de la sexualidad: i) Los estados iberoamericanos signatarios reconocen que el derecho a la educación también comprende el derecho a la educación sexual como fuente de desarrollo personal, afectividad y expresión comunicativa, así como la información de los aspectos y consecuencias de la reproducción; ii) La educación sexual se impartirá en todos los niveles educativos y fomentará una conducta responsable en el ejercicio de la sexualidad, orientada a su plena aceptación e identidad, así como, a la prevención de las enfermedades de transmisión sexual, el VIH (Sida), los embarazos no deseados y el abuso o violencia sexual; iii) Los estados partes reconocen la importante función y responsabilidad que corresponde a la familia en la educación sexual de los y las jóvenes; iv) Los estados iberoamericanos signatarios adoptarán e implementarán políticas de educación sexual, estableciendo planes y programas que aseguren la información y el pleno y responsable ejercicio de este derecho (OIJ, 2005).

2.2.4.2. Marco legal para la educación sexual

En el siguiente apartado vamos a hacer un breve repaso de las características de la educación sexual en nuestro país en los últimos años y en la actualidad, tanto en lo referente a las leyes que la amparan como a los contenidos teóricos incluidos en la misma.

2.2.4.2.1. Marco legal estatal

En 1985 la Ley Orgánica del Derecho a la Educación (LODE) introduce en sus contenidos bloques temáticos sobre educación sexual para los distintos ciclos de enseñanza. Este marco legal, aunque permitía el establecimiento de la educación sexual en las escuelas, no aseguraba su implantación debido a dos hechos fundamentales: por un lado, proponía la libertad de enseñanza y cátedra y, a su vez, apostaba por la autonomía de los centros.

Nuevamente, con estas dos propuestas nos encontramos ante una política de enseñanza que dejaba el campo de la enseñanza relativo a educación sexual abierto a la iniciativa de los profesores, de tal forma, que estaba en la voluntad de ellos realizar dichos programas educativos. A esto hay que añadir que no se contemplaba la formación de los maestros en Educación sexual lo que constituía un agravante más para no llevar a cabo dichas enseñanzas (López, 1990).

Los bloques temáticos de educación sexual propuestos por el Ministerio de Educación y Ciencia (BOE, 21 de enero, 1981 y BOE, 6 de marzo de 1981) fueron los siguientes:

- (1) Preescolar: Área de comportamiento social afectivo (Bloque temático tercero: preparación para la educación sexual):
 - Conocer y asumir su propio yo sexual.
 - Conocer las diferencias anatómicas de ambos sexos.
 - Captar la integración de la sexualidad en amor y comunicación.
- (2) Ciclo inicial: Área del comportamiento afectivo social (Bloque temático tercero: preparación para la educación sexual):
 - Conocer y asumir su propio yo sexual.
 - Jugar y comunicarse con los niños de uno y otro sexo.
- (3) Ciclo medio: dentro de ciencias naturales:
 - El hombre se reproduce.
- (4) Ciclo superior: dentro de ciencias naturales:
 - La reproducción.

Debido a necesidades que no podía solucionar la LODE (como por ejemplo, la adaptación del sistema educativo español al sistema europeo y la propia constitución española, la ampliación de la escolaridad obligatoria hasta la edad en que legalmente se permite trabajar a los jóvenes, etc.) comienzan las nuevas transformaciones en el sistema educativo español (López, 1990). En estos momentos entra en vigor la Ley Orgánica 1/1990 de 3 de Octubre, de Ordenación General del Sistema Educativo (LOGSE) (BOE de 4 de Octubre de 1990). Como aspecto importante a destacar para nuestro objeto de estudio es la introducción de la Educación Sexual como materia transversal obligatoria en las enseñanzas generales no universitarias.

En España, desde 1986, se estaba trabajando en la inclusión de la educación para la salud en el currículo de la Reforma Educativa, constituyéndose en 1987 una comisión técnica, con participación de representantes del Ministerio de Educación y Sanidad, cuyo contenido

fundamental fue redactar un borrador acerca de cómo deberían incluirse los contenidos de salud en los diseños curriculares (Nieda, 1992). En 1989 se firmó un convenio de colaboración entre ambos ministerios que perseguía tres objetivos fundamentales: apoyar la formación de los docentes, promover experiencias innovadoras en centros escolares en colaboración con el sector sanitario y elaborar materiales didácticos adecuados.

Ya en el marco de la LOGSE, los reales decretos establecieron los currículos de las distintas etapas educativas definiendo las enseñanzas que deben estar presentes a través de diferentes áreas o enseñanzas transversales: la educación moral y cívica, la educación para la paz, para la salud, para la igualdad de oportunidades entre sexos, la educación ambiental, la educación sexual, la educación del consumidor y la educación vial. La insistencia en que todos esos aspectos educativos han de estar presentes en la práctica docente confiere una nueva dimensión al currículo, donde éste parece vertebrado por ejes claros de objetivos, de contenidos y de principios de construcción de los aprendizajes que le dan coherencia y solidez. Los temas transversales se denominan de esta manera porque se pretende que no configuren una materia más a impartir en el aula, sino que deben desarrollarse “transversalmente” a lo largo de todas las etapas del proceso de enseñanza, incluyendo las demás áreas del currículum o enseñanzas que se programan y desarrollan curso a curso. Para la LOGSE, el objetivo primero y fundamental de la educación es el de proporcionar a los niños, niñas y jóvenes una formación plena que les permita conformar su propia y esencial identidad así como construir una concepción de la realidad que integre a la vez el conocimiento y la valoración ética y moral de la misma.

Por lo tanto, la LOGSE contempla la educación sexual dentro de las denominadas materias transversales, concretamente como uno de los contenidos de la educación para la salud. No se trata de instaurar una nueva asignatura en los planes de estudio que se denomine educación sexual, sino de desarrollar en materias como las ciencias sociales, lengua o literatura contenidos y actividades sobre sexualidad. Además, se trata de que estas actividades de educación sexual se desarrollen a lo largo de todo el proceso educativo (Consejería de Salud, 1990). Para ello el Ministerio elaboró unos materiales que incluyen directrices generales y unas orientaciones didácticas.

Los contenidos curriculares de los temas transversales son objeto, en la actualidad, de una fuerte demanda social. Como parte de esta nueva orientación de la educación, la educación sexual debe estar presente en la educación escolar no sólo como información sobre sus aspectos biológicos, sino que también es preciso incluir información, orientación y educación sobre los aspectos emocionales y sociales, de modo que las alumnas y alumnos lleguen a conocer y apreciar los papeles sexuales femeninos y masculinos y el ejercicio de la sexualidad como actividad de plena comunicación entre las personas. Es importante resaltar que, además de los contenidos adecuados se debe emplear otra manera de enseñar y de aprender que deriva del *currículo oculto* (Altable, 2000): el conjunto de valores, normas y actitudes que de una manera

implícita están presentes y conforman el microclima escolar. Las actitudes de los profesores, sus valoraciones prioritarias, la disposición al diálogo, el ambiente general del centro, el mayor o menor equilibrio en los menús del comedor escolar, la limpieza de las instalaciones, conforman todo un entramado de contenidos a los que nadie alude, pero de los que todos los alumnos están constantemente tomando nota.

A continuación, exponemos los principales contenidos de la educación sexual en las distintas etapas educativas establecidas en la LOGSE.

• Educación Infantil

La educación sexual viene recogida dentro del *área de identidad y autonomía personal*, y dentro del *área de la comunicación y representación*, más concretamente en el Punto 5 titulado “*Expresión corporal*”, siendo los contenidos a tratar los que se exponen en la Tabla 9).

Tabla 9: Contenidos de la educación sexual contemplados por la LOGSE en Educación Infantil (esquema realizado por Nieda, 1992).

Objetivos	Cuerpo e imagen
	Sensaciones, percepciones y necesidades
	Sentimientos y emociones
	Aceptación de la propia identidad sexual
	Aceptación de las diferencias
	Control del cuerpo
Contenidos	Teóricos
	El cuerpo humano. Características, diferencias del cuerpo humano. Imagen global del cuerpo humano
	Sensaciones y percepciones del propio cuerpo. Las necesidades básicas del cuerpo humano
	Sentimientos y emociones propios y de los demás y su expresión corporal
	Control del cuerpo: actividad, movimiento, respiración, reposo, relajación
	Possibilidades del propio cuerpo para expresar y comunicar sentimientos, emociones, necesidades
Actitudinales	Aceptación y valoración ajustada y positiva de la propia identidad y de sus posibilidades y limitaciones
	Valoración y actitud positiva ante las demostraciones de afecto de los adultos y de los demás niños
	Aceptación de las diferencias, de la identidad y características de los demás, evitando las discriminaciones

• Educación Primaria

La educación sexual se contempla dentro del *área de conocimiento del medio natural, social y cultural*, más concretamente en el Punto 1 denominado “*El ser humano y la salud*” y en el área de Educación Física en el Punto 1 “*El cuerpo: imagen y percepción*” y en el punto 4 llamado “*Salud corporal*”. Los contenidos a tratar se detallan en la Tabla 10):

Tabla 10: Contenidos de la educación sexual contemplados por la LOGSE en Educación Primaria (esquema realizado por Niedo, 1992).

Objetivos	Funciones de relación y reproducción	
	Relación afectiva y sexual	
Valoración de los aspectos socioculturales de la sexualidad		
Contenidos	Teóricos	Aspectos básicos de las funciones de relación, nutrición y reproducción Identificación y localización de los principales órganos y aparatos La relación afectiva y sexual
	Actitudinales	Aceptación del propio cuerpo y respeto por las diferencias derivadas de los distintos aspectos corporales (estatura, peso, diferencias sexuales, etc.) Valoración de los aspectos sociales y culturales de la sexualidad

• Educación Secundaria Obligatoria

La educación sexual se incluye dentro del *área de Ciencias de la Naturaleza*, más concretamente en el Punto 7 denominado "*Las personas y la salud*". Los contenidos que abarca se describen en la Tabla 11.

Tabla 11: Contenidos de la educación sexual contemplados por la LOGSE en Educación Secundaria Obligatoria (esquema realizado por Niedo, 1992).

Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reproducción humana ▪ Conducta sexual ▪ Anticoncepción ▪ Higiene sexual ▪ Información sexual 	
Contenidos	Teóricos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La reproducción sexual. Los cambios corporales a lo largo de la vida. Aparato reproductor masculino y femenino. Fecundación, embarazo, parto. Identificación y localización de los principales órganos y aparatos ▪ La sexualidad humana como comunicación afectiva y opción personal ▪ Diferentes pautas de conducta sexual. El sexo como factor de discriminación en la sociedad ▪ Métodos anticonceptivos y nuevas técnicas reproductivas ▪ Enfermedades de transmisión sexual. Hábitos saludables de higiene sexual
	Actitudinales	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Interés por informarse sobre cuestiones de sexualidad y disposición favorable a acudir en demanda de ayuda a profesionales y centros especializados ▪ Reconocimiento y aceptación de diferentes pautas de conducta sexual y respeto por las mismas

2.2.4.2.2. Marco legal en la Comunidad Autónoma de Andalucía

A partir de los Reales Decretos que establece el Ministerio de Educación y Ciencia y las Comunidades Autónomas con competencias plenas en Educación elaboraron sus propias normativas. En Andalucía, zona en la que desarrollamos nuestra investigación, la Consejería de Educación y Ciencia de la Junta de Andalucía en 1992 y mediante tres decretos amplió los contenidos de las enseñanzas y de forma más específica, marcó los objetivos para exigir e impartir educación sexual en los centros educativos de Andalucía dependientes de la Consejería de Educación: i) Decreto 107/1992 sobre “*Enseñanzas de la Educación Infantil en Andalucía*”. BOJA de 20 de junio de 1992. ii) Decreto 105/1992 sobre “*Enseñanzas de la Educación Primaria en Andalucía*”. BOJA de 20 de junio de 1992. iii) Decreto 106/1992 sobre “*Enseñanzas de la Educación Secundaria Obligatoria (ESO) en Andalucía*”. BOJA de 20 de junio de 1992.

A continuación, se exponen los contenidos específicos que marcan los decretos anteriormente mencionados en lo que se refiere a la educación sexual en la Comunidad Autónoma de Andalucía.

- **Educación Infantil**

El Decreto 107/1992 sobre “*Enseñanzas de la Educación Infantil en Andalucía*” (BOJA de 20 de junio de 1992), en lo que se refiere a la educación sexual especifica los siguientes objetivos y contenidos a trabajar en Educación Infantil (Tabla 12):

Tabla 12: Contenidos de la educación sexual en Educación Infantil en Andalucía (tomado de Barranco, Chica, Sánchez y Soler, 2001).

Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> ■ Establecer relaciones afectivas satisfactorias, expresando libremente los propios sentimientos, así como desarrollar actitudes de ayuda y colaboración mutua, y de respeto hacia las diferencias individuales ■ La educación para la vida en sociedad, la educación para la salud, la educación para la igualdad entre los sexos, la educación sexual ■ Interiorización de una imagen positiva del propio cuerpo
Contenidos	<p>IDENTIDAD Y AUTONOMÍA PERSONAL EL CUERPO EN MOVIMIENTO</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Las posibilidades motrices son el primer recurso que poseen los niños para comunicarse y relacionarse con el mundo que les rodea. A partir del propio movimiento y en el marco de la interacción social, los niños y niñas aprenderán a conocer su propio cuerpo y a utilizarlo como medio de expresión y de intervención en el medio y, sobre esta base, construirán su identidad personal ■ A través de estos primeros vínculos y cuidando de su calidad, se podrá ayudar a los niños a ir vivenciando los sentimientos de seguridad y confianza que necesitan para interiorizar una imagen positiva y estable de sí mismos, a reconocer y aceptar las propias características y a asumir su identidad sexual y los rasgos físicos que comporta

Tabla 12 (Continuación)

COMUNICACIÓN Y REPRESENTACIÓN EXPRESIÓN CORPORAL	
Contenidos	<ul style="list-style-type: none"> La forma de comunicación más primaria se establece a través del lenguaje del cuerpo. Los ritmos biológicos del niño y las reacciones a los contactos físicos con el medio exterior y, sobre todo, con las otras personas, se convierten en código de expresión al ser interpretados por estas como señales y atendidos satisfactoriamente. Así se irá construyendo todo un sistema de comunicación recíproca, compartido por cada niño con los adultos que lo cuidan, a través de lo cual los niños va diferenciándose y estableciendo los primeros vínculos afectivos

- **Educación primaria**

Según el Decreto 105/1992 sobre *“Enseñanzas de la Educación Primaria en Andalucía”* (BOJA de 20 de junio de 1992), la educación sexual en dicha etapa contempla los siguientes temas (Tabla 13):

Tabla 13: Contenidos de la educación sexual en Educación Primaria en Andalucía (tomado de Barranco, Chica, Sánchez y Soler, 2001).

Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> Conocer y apreciar el propio cuerpo y contribuir a su desarrollo, adoptando hábitos de bienestar y valorando las repercusiones de determinadas conductas sobre la salud y la calidad de vida Se desarrollarán así aspectos como la alimentación, la higiene y el cuidado del cuerpo y la educación sexual
-----------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

EDUCACIÓN PARA LA SALUD Y CALIDAD DE VIDA	
Contenidos	<ul style="list-style-type: none"> Salud, relaciones con los demás y educación sexual Desde este campo concreto de actuación debe realizarse un trabajo específico, encaminado a desarrollar la capacidad de comunicarse y relacionarse con los demás, de establecer vínculos afectivos positivos con el medio en el que se vive y de construir una sexualidad sana y satisfactoria Junto al trabajo de las actitudes y valores también es conveniente favorecer la información y construcción de nociones sexuales, cada vez más evolucionadas, que ayuden a los alumnos y alumnas a vivir su sexualidad de forma libre y responsable y favorezcan un desarrollo igualitario entre sexos, reflexionando y analizando el por qué de la discriminación de las mujeres en nuestra cultura

- **Educación Secundaria Obligatoria**

Según el Decreto 106/1992 sobre *“Enseñanzas de la Educación Secundaria Obligatoria en Andalucía”* (BOJA de 20 de junio de 1992), en lo que se refiere a la educación sexual en Educación Secundaria Obligatoria, especifica los siguientes contenidos (Tabla 14):

Tabla 14: Contenidos de la educación sexual en Educación Secundaria Obligatoria en Andalucía (tomado de Barranco, Chica, Sánchez y Solet, 2001).

Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> ■ Conocer y comprender los aspectos básicos del funcionamiento del propio cuerpo y la incidencia que tienen diversos actos y decisiones personales, tanto en la salud individual como colectiva ■ El conocimiento de los mecanismos que regulan el funcionamiento del cuerpo humano, contribuir a una mejor comprensión y aceptación de los cambios que acompañan a la adolescencia, facilitando el desarrollo de una sexualidad sana y responsable
Contenidos	<p>AREA DE CIENCIAS DE LA NATURALEZA: LAS PERSONAS Y LA SALUD</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ La consideración del ser humano como un sistema de autorregulación permite entender la salud como una manifestación de su equilibrio ■ A lo largo de la vida humana se producen cambios corporales entre los que destacan los relacionados con el desarrollo de la capacidad de reproducción ■ La sexualidad humana supone una comunicación afectiva y es una opción personal. Manifestada según diferentes pautas de conducta ■ En la gestación de un nuevo individuo intervienen aspectos biológicos, psicológicos y sociales ■ Deberá favorecerse una actitud de tolerancia y respeto por las diferencias individuales físicas y psíquicas, así como el reconocimiento, aceptación y respeto de diferentes pautas de conducta sexual

Por último, en el curso académico 2003-2004, el sistema educativo español comienza a regirse por una nueva ley denominada Ley Orgánica 10/2002, de 23 de diciembre, de Calidad de la Educación (LOCE) (BOE 24-12-2002), quedando atrás más de una década de la LOGSE. Debido a algunas reformas llevadas en esta ley, la entrada en vigor de algunos aspectos de la misma se retrasará dos años. Eso significa que la ley sigue en vigor y que no hay ninguna modificación en las cuestiones que ya habían empezado a aplicarse pero que no estaban sometidas a calendario.

2.3. PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN

En este apartado que exponemos seguidamente llevamos a cabo una breve descripción de las conductas y hábitos sexuales en jóvenes, así como de algunos programas de intervención recopilados de la literatura.

2.3.1. Conductas sexuales en jóvenes

Como se ha podido observar en los apartados anteriores la educación sexual formal en España es escasa. A este dato se le suman una serie de indicadores de riesgo que nos hacen pensar en la necesidad de llevar a cabo programas de intervención para paliar las posibles carencias que se ofrecen desde la educación formal. La falta de información puede inducir a realizar comportamientos que conlleven riesgo de transmisión de enfermedades como es, por

ejemplo, el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), así como de embarazos no deseados. Ahora bien, existen otras variables de tipo social, conductual y cognitivo que también pueden dar explicación a las conductas sexuales de riesgo (Bryan y Stallings, 2002; Espada, Quiles y Méndez, 2003; Kotchick, Shaffer, Forehand y Miller, 2001; Malow, Rosenberg, Donenberg y Dévieux, 2006; Santelli, Ott, Lyon, Rogers y Summers, 2006; Santelli, Ott, Lyon, Rogers, Summers y Schleifer, 2006; Shoveller, Johnson, Savoy y Pietersma, 2006; Tapert, Aarons, Sedlar y Brown, 2001). Es por ello que, aunque es importante analizar los comportamientos sexuales en los distintos países del mundo, sin embargo, dichos comportamientos tienen una gran carga de influencias culturales y sociales, por lo que nos detendremos más especialmente en aquellos estudios y datos de la población española.

En relación a la prevención de lo posibles peligros en las relaciones sexuales, hay que destacar la importancia que tiene que el adolescente perciba el riesgo y se sienta competente para desarrollar comportamientos protectores, así como los beneficios de tomar estas medidas. Por todo lo expuesto vamos a dedicar algunas páginas de este trabajo al análisis de las características de las prácticas sexuales que tienen los jóvenes en la actualidad.

Para poder realizar intervenciones preventivas eficaces, es preciso conocer las variables que originan y mantiene las conductas de riesgo de los adolescentes. El riesgo que supone para los jóvenes las relaciones sexuales sin protección queda de manifiesto en las tasas desproporcionadamente elevadas de infección de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y de embarazos no deseados.

En relación a las primeras, según el Informe sobre la epidemia mundial del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (ONUSIDA, 2006), se estima que a final de 2005 había 38,6 millones de personas en todo el mundo que vivían con el VIH; que en el curso del año 4,1 millones contrajeron la infección por el VIH, y que 2,8 millones perdieron la vida a causa del SIDA. De todos ellos se producen casi la mitad de las nuevas infecciones en jóvenes entre los 15 y los 24 años. Más concretamente, en nuestro país, el Instituto Nacional de Estadística, a junio de 2003 nos habla de una cifra de 66.334 personas. Especial atención tenemos que prestarle a los intervalos etarios de 15-19 años con 423 casos, de 20-24 años con 4.428 y de 25-29 años con 15.230 (INE, 2004).

Por otra parte, el aumento de embarazos no deseados (END) en adolescentes en la década de los 80, en contraste con el fuerte descenso de las tasas de natalidad en la población general, se convierte en un problema de salud prioritario para los diversos organismos internacionales relacionados con la salud pública (OMS, 1981; IPPF, 1986). España ha sido uno de los países en que este contraste ha sido más acentuado. Alrededor de 18.000 menores de 19 años se quedan embarazadas cada año en nuestro país, cifra que no debería sorprender a tenor de otro dato, relativo al uso de anticonceptivos, facilitado por el Ministerio de Sanidad y Consumo (2004): del 25% de adolescentes entre 15 y 17 años que reconoce tener relaciones sexuales, sólo el 12,7% asegura utilizar algún método anticonceptivo. A su vez, el Consejo Superior de

Investigaciones Científicas (CSIC) (2002) cifra en 62 el número de embarazos que se produce cada día en el país. Cataluña, por ejemplo, es una de las autonomías donde más aumento han registrado estos casos. Según el Ayuntamiento de Barcelona y de acuerdo a datos de 2002, el número de jóvenes embarazadas se triplicó en los últimos diez años anteriores a esa fecha y el 75% de embarazos en adolescentes menores de 20 años acabó en aborto.

Según la ONU (2004), unas 15 millones de adolescentes entre 15 y 19 años de todo el mundo dan a luz cada año y más de 44 millones se someten a un aborto. Sólo el 17% de los adolescentes que declaran mantener relaciones sexuales utiliza el preservativo. Según los datos que maneja la Federación de Planificación Familiar (F.P.F.E.) (2003), en ocho comunidades autónomas se interrumpen más del 50% de los embarazos en menores de edad. Cataluña, Aragón, Madrid, Asturias, Castilla y León, Baleares, País Vasco y Comunidad Valenciana son las zonas donde más abortos se practican. Según datos del Ministerio de Sanidad y Consumo (2004), en 2001 se practicaron en España 69.857 abortos (766 por cada 1.000 mujeres entre 15 y 44 años). El 97% de las mujeres que abortaron lo hicieron bajo el supuesto que permite la interrupción del embarazo cuando la madre pertenece al grupo de riesgo, el 253% lo hizo por el riesgo fetal y un 01% por violación.

A continuación se describen los principales aspectos que caracterizan las relaciones sexuales en la adolescencia, como la edad de inicio, el tipo de relaciones, el número de compañeros sexuales, o los conocimientos sobre los riesgos asociados.

Con relación a la edad de inicio, para la mayoría de los jóvenes la iniciación sexual se produce entre los 13 y los 19 años. En varios países se han hecho estimaciones sobre las primeras experiencias sexuales de los jóvenes: a los 15 años ya han mantenido relaciones sexuales el 53% de los jóvenes de Groenlandia, el 38% de los daneses (Werdelin, Miesfeldt, Melbye y Olsen, 1992) y el 69% de los suecos (Klanger, Tyden y Ruusuvaara, 1993; Weinberg, Lottes y Aveline, 1998). A los 18-19 años, son sexualmente activos el 541% de los jóvenes estadounidenses, el 31% de los de la República Dominicana (Westhoff, McDermott y Holcomb, 1996), el 665% de los de Nueva Zelandia (Paul, Dickson, Davis, Lay Yee, Chetwynd y McMillan, 1995) y el 516% de los australianos (Rodden, Crawford, Kippaz y French, 1996). La edad de iniciación se ha estimado en 17 años, por término medio, en Inglaterra (Wellings, Wadsworth, Johnson, Field, Whitaker, Field, 1995; Weinberg, Lottes y Aveline, 1998), mientras que, en Estados Unidos la media es de 1595% (Zelnik y Shah, 1983) y de 168% en Suecia (Schwartz, 1993; Weinberg, Lottes y Aveline, 1998). Weinberg, Lottes y Aveline (1998) encuentran promedios muy similares en las/los jóvenes europeos, siendo en las primeras la edad media de 173 años y 177 en los jóvenes. Por consiguiente, la mayoría de los jóvenes empiezan a tener relaciones sexuales antes de cumplir los veinte, y la mitad, al menos, en torno a los 16.

En España, según los datos proporcionados por el Instituto Nacional de la Juventud (INJUVE) en el año 2004, la edad de la primera experiencia sexual se produce como media a

los 17'6 años en los chicos y a los 18'4 años en las chicas. Los datos de 2004 señalan que a los 17-18 años, más de la mitad de la población (55'3%) reconoce mantener relaciones sexuales, porcentaje que sube a casi un 70% a los 19-20 años. Los datos ponen de manifiesto que, a medida que aumenta la edad de los jóvenes, también lo hace el porcentaje de los que tienen experiencia sexual: el 90'2% de los hombres y las mujeres de entre 23 y 34 años encuestados en el año 2004.

El número de relaciones sexuales o cambios de pareja es un hecho; así, los adolescentes cambian de compañero sexual con mayor frecuencia que los adultos, siendo más elevado el cambio desde la adolescencia hasta comienzo de la veintena (Billy, Tanfer, Grady y Klepinger, 1993; Founilloux, 1999; Paul et al., 1995). Esto no sólo es cierto en el caso de parejas causales, sino también en el caso de relaciones que se consideran regulares y monógamas (Rosenthal, Biro, Succop, Cohen y Stanberry, 1994). La relevancia de este dato radica en que, a mayor número de parejas, aumenta la probabilidad de contraer una enfermedad de transmisión sexual. Se da la circunstancia de que los jóvenes con más parejas y mayor número de contactos sexuales son quienes emplean menos el preservativo (Espada, Quiles y Méndez, 2003).

Por otra parte, el carácter estable de las relaciones, aleja subjetivamente el peligro de contraer una ETS (Rosenthal et al., 1994). Así, desde esta perspectiva las relaciones sexuales sin protección no se perciben con el mismo riesgo porque la pareja es estable y no ocasional, lo que significa que debido a la monogamia aparente que es percibida y al compromiso mutuo en cada relación individualmente considerada, no se percibe riesgo en las relaciones sexuales. También existen diferencias de género en cuanto a la promiscuidad sexual, teniendo los chicos mayor variedad de parejas que las chicas, llegando en ocasiones a ser el doble (Cerwonka, Isbell y Hansen, 2000; Rotheram-Borus, Marelich y Srinivasan, 1999).

En lo que respecta a los datos referentes a la promiscuidad, el INJUVE (2004) informa que, según las encuestas realizadas, la mayor parte de los jóvenes que tienen relaciones sexuales lo hacen con parejas estables en todos los niveles de edad, si bien aproximadamente el 13% de los/las jóvenes entre 17 y 24 años tienen relaciones con varias personas conocidas (parejas regulares y monógamas), frente al 5'5% (parejas ocasionales) de los chicos y chicas de la misma edad que mantienen relaciones con personas poco conocidas.

En cuanto a los hábitos sexuales, existe un amplio espectro de conductas existentes, destacando entre ellas las siguientes:

(1) Masturbación: tanto la autoestimulación como la heteroestimulación son prácticas muy extendidas entre los adolescentes. Entre jóvenes estudiantes se han observado tasas que llegan al 95%, y cerca de la mitad se masturban con una frecuencia de una o más veces por semana. Dos tercios de los varones la practican frecuentemente, frente a tan sólo un tercio de las mujeres (McCabe y Cummins, 1998; Weinberg, Lottes y Aveline, 1998).

(2) Sexo oral: los estudios con adolescentes indican que más de la mitad de ellos han tenido alguna práctica de sexo oral, llegando al 76% en los varones y al 66% en las mujeres (Murphy, Rotheram-Borus y Reid, 1998). Sin embargo, en otros estudios como el llevado a cabo por McCabe y Cummins (1998), se informa que son las chicas las que practican en mayor medida sexo oral.

(3) Coito vaginal: Entre el 68 y el 83% de los jóvenes manifiestan haber tenido relaciones sexuales con penetración vaginal (McCabe y Cummins, 1998). Otros estudios (Murphy, Rotheram-Borus y Reid, 1998), nos hablan de un porcentaje del 100%.

(4) Penetración anal: esta práctica es una de las que más riesgo de transmisión del VIH conlleva y tiene una frecuencia muy variable en función de los estudios. Weinberg, Lottes y Aveline (1998) señalan que entre el 8 y el 12% de jóvenes varones habían mantenido relaciones con penetración anal, siendo algo más frecuente esta práctica en las mujeres, entre el 11 y el 15%. (Murphy, Rotheram-Borus y Reid, 1998) encuentran que el 11% de los adolescentes iniciados sexualmente habían realizado este tipo de relación. Otros estudios refieren porcentajes superiores, hasta el 25% en mujeres adolescentes (McFarland, 1999).

En España, los datos aportados por INJUVE en 2004 sobre las prácticas sexuales que mantienen nuestros jóvenes se pone claramente de manifiesto que el tipo de práctica más habitual es la penetración vaginal (52'4%), seguida de la práctica de sexo manual (32'2%), sexo oral (21'3%) y finalmente, con tan sólo un 5'1%, la penetración anal. Existen diferencias de género en cuanto a las distintas prácticas. En concreto, el porcentaje de chicos que reconoce participar en prácticas sexuales de tipo oral, penetración anal y manual es mayor que las chicas. Por el contrario, no se encuentran diferencias entre chicos y chicas en la categoría de penetración vaginal (Comas, Aguinaga, Orizo, Espinosa y Ochaíta, 2003).

La utilización de anticonceptivos y la prevención de ETS varía, de acuerdo con la información disponible, según la edad de la iniciación sexual. De hecho, la utilización de preservativos (Kraft, Rise y Traen, 1990) y anticonceptivos (Faulkenberry, Vincent, James y Jonson, 1987; Mosher y Bachar, 1987; Zelnik y Shah, 1983) es más probable cuanto más tardía es la iniciación sexual. El preservativo es el método anticonceptivo más utilizado entre los jóvenes europeos. En Estados Unidos, la mitad de los adolescentes reconocen no haber empleado profilácticos en su última relación sexual y un tercio admite no haber utilizado ningún tipo de método anticonceptivo (Hocking, Turk y Ellinger, 1999).

La realidad en nuestro país se asemeja bastante a la norteamericana y al resto de Europa. Gras, Planes, Soto, Font-Mayolas (2000), observan que, entre los estudiantes de varias universidades españolas, menos de la mitad de los jóvenes sexualmente activos utilizan siempre el preservativo. En un estudio con adolescentes andaluces, más de un tercio no utilizó ningún método de protección en su primera relación y el 31% usó el coito interrumpido (Bimbela y Cruz, 1997). Se han hallado evidencias, en casi la mitad de los jóvenes, de que éstos

suelen emplear más el preservativo con parejas ocasionales que con los estables. Posiblemente la resistencia se debe a las connotaciones que implica solicitar a la pareja habitual el uso del profiláctico (Lameiras y Failde, 1997; Pleck, Sonenstein y Ku, 1993).

Según INJUVE (2004), los jóvenes que mantienen relaciones sexuales completas ponen claramente de manifiesto que el método anticonceptivo utilizado por la mayor parte de ellos, de manera más o menos sistemática, es el preservativo (un 38%, afirma haberlo utilizado siempre), seguidos a continuación por los fármacos anticonceptivos (12% de los jóvenes).

Por otra parte, es necesario detenernos a analizar cómo el 5'9% de los chicos y chicas afirman que, en ocasiones, no utilizan ningún tipo de método anticonceptivo ni profiláctico. Este hecho supone la existencia de un comportamiento de riesgo en un porcentaje importante en la población, que se ve agravado si observamos que el 1,9% nunca utiliza ninguna medida de precaución. Por otro lado, es importante analizar las diferencias en función del género y la edad. Así, mientras las chicas utilizan siempre en menor proporción los preservativos, en el caso de los anticonceptivos sucede justamente lo contrario. En cuanto a la edad, el único método anticonceptivo sobre el que la variable edad muestra un efecto significativo son los preservativos. En todos los casos el porcentaje de jóvenes que dice usarlos se incrementa significativamente a medida que aumenta la edad. De hecho, mientras en el intervalo de edad 15-16 años no llega al 15% el porcentaje de chicos/as que utiliza este método, al llegar al intervalo 21-22, asciende al 50%. Esto está directamente relacionado con el hecho de que, son los jóvenes de mayor edad los que mantienen mayor número de relaciones sexuales, lo que obviamente conlleva la mayor utilización de los métodos anticonceptivos y profilácticos.

La utilización mayoritaria del preservativo podría, evidentemente, explicarse por su doble función, profiláctica y anticonceptiva. Sin embargo, según la opinión de los encuestados, prima la segunda ya que la práctica totalidad de jóvenes que dicen usar el preservativo justifican su uso para prevenir el embarazo. Sólo la mitad de los usuarios lo utiliza también de forma profiláctica, es decir, para prevenir el SIDA u otras enfermedades de transmisión sexual. Un dato a tener en cuenta es que el 9% de las jóvenes que han tenido relaciones sexuales completas declaran haberse quedado embarazadas en alguna ocasión sin haberlo deseado, dato que coincide con el informe presentado por INJUVE (2004) y que, obviamente resulta preocupante.

Para finalizar, vamos a analizar los conocimientos sobre el SIDA que tienen los jóvenes. Esta enfermedad se ha convertido en un problema de salud pública, habiéndose cobrado más de 25 de millones de personas desde que fue identificado en el año 1981. En 2002 40'9 millones estaban infectados por el VIH, produciéndose en este mismo año 4'9 millones de nuevas infecciones y 3'1 millones de fallecimientos.

Diferentes investigaciones han puesto de manifiesto la necesidad de realizar programas formativos que aborden no sólo la problemática del SIDA entre los jóvenes, sino las

relaciones interpersonales y sexuales en toda su amplitud, incluyendo el contagio del VIH como una de las consecuencias más negativas del desconocimiento o de las actitudes negativas hacia la sexualidad (Barbera y Navarro, 2000; Choquet, Du Pasquier, Fediaevsky y Manfredi, 1997; Haignere, Freudenberg, Silver, Maslanka y Kelley, 1997; Juárez, Díez, Varonil, Villamarin, Nebot y Villalbi, 1999; Oliva, Serra y Vallejo, 1997; Oliva, A., Serra, L., Vallejo, R., López, M. y Lozoya, J.A., 1993; Santín, Torrico, López y Revilla, 2003; Usieto y Sastre, 2002).

2.3.2. Programas de intervención

Según lo expuesto anteriormente, desde la educación informal se plantean distintos programas de intervención para intentar paliar las dificultades encontradas en la educación formal y para prevenir las consecuencias de las conductas de riesgo de los adolescentes. Debido a que la educación se ha convertido en patrimonio de toda la sociedad, en la actualidad se aboga por programas no sólo orientados a los jóvenes. De ahí que se planteen programas para los padres y madres, así como para formar a los profesionales dotándoles de herramientas para poder educar en temas relacionados con la sexualidad.

Son muy heterogéneos los programas que se están llevando a cabo en educación sexual, abarcando en cada uno de ellos de una manera u otra los distintos conocimientos y actitudes necesarios para prevenir las conductas de riesgo en los jóvenes. A continuación, pasamos a exponer brevemente aquéllos que consideramos más representativos.

2.3.2.1. Programa de Moreno y López (2001)

Este programa se recoge en el manual *“Educación Sexual: Guía para un desarrollo sano”* (Moreno y López, 2001). Consta de nueve módulos en los que se abordan los distintos aspectos de la sexualidad (Tabla 15):

Tabla 15: Programa de Moreno y López (2001)

Módulo 1: La primera vez	
Objetivos	Conocer y eliminar los miedos y falsas creencias en torno a la primera experiencia sexual Trabajar la posible presión social para mantener relaciones sexuales Aprender a decir no
Módulo 2: ¿Qué me está pasando?	
Objetivos	Conocer los principales cambios en la pubertad en chicos y chicas
Módulo 3: ¿Cómo ocurre?	
Objetivos	Analizar la respuesta sexual humana
Módulo 4: ¿Y cuándo no funciona?	
Objetivos	Analizar las distintas disfunciones sexuales Conocer el concepto y los distintos tipos de parafilias Aclarar la diferencia entre orientación sexual e identidad sexual Conocer los trastornos de identidad sexual

Tabla 15 (Continuación)	
Módulo 5: ¿qué es lo normal?	
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Definir qué son las fantasías sexuales ▪ Definir la masturbación y desmitificarla ▪ Definir qué son las poluciones nocturnas ▪ Reflexionar sobre las distintas orientaciones sexuales y eliminar las creencias falsas que existen en torno a las personas homosexuales
Módulo 6: ¿Para qué sirve?	
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> Diferenciar entre sexo y amor Diferenciar los distintos tipos de amor Definir qué es la fecundación
Módulo 7: ¿Pero siempre hay que tener niños?	
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Informar sobre los distintos métodos anticonceptivos
Módulo 8: ¿Se puede enfermar?	
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> Dar a conocer las distintas enfermedades de transmisión sexual
Módulo 9: ¿Y si te obligan?	
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Analizar las distintas situaciones en donde la conducta sexual no es libre

2.3.2.2. Programa de Savall, Molina, Cabra, Sarasíbar y Marías (1998)

Presentado en un manual para la docencia en segundo ciclo de ESO: “*Yo, tú y nosotros (cuerpo, sexualidad y afectividad)*” (Savall, Molina, Cabra, Sarasíbar y Marías, 1998), consta de cinco unidades didácticas resumidas en la Tabla 16.

Tabla 16: Programa de Savall, Molina, Cabra, Sarasíbar y Marías (1998)	
Objetivos:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Valorar y entender la sexualidad como una cosa propia que podemos compartir libremente, que tiene implicaciones sociales y, que a su vez puede estar relacionada con la reproducción. ▪ Tomar conciencia del carácter cultural de la sexualidad, y de la diversidad de enfoques que se dan, según las épocas, los lugares, las religiones, las ideologías, etc. ▪ Tener un conocimiento de la anatomía y la fisiología de los aparatos genitales femenino y masculino, y relacionarlo con la conducta sexual y sus consecuencias (embarazo, enfermedades, felicidad, placer...). ▪ Comprender el hecho de la pubertad: Cambios físicos (caracteres sexuales secundarios) y cambios psicológicos, captando la diversidad de ritmos de desarrollo para cada persona. ▪ Identificar y diferenciar los términos de uso cotidiano referentes a la sexualidad y la reproducción y saber cuáles son los términos utilizados en el lenguaje divulgativo y científico. ▪ Conocer y evaluar moralmente las diferentes posibilidades que la ciencia y la técnica médicas ponen a nuestra disposición a fin de intervenir en la reproducción: Reproducción asistida, contracepción e interrupción del embarazo. ▪ Conocer las enfermedades de transmisión sexual más frecuentes (SIDA), tomando conciencia de la necesidad de evitar las conductas de riesgo. ▪ Conocer la legislación vigente relacionada con la sexualidad (interrupción del embarazo...). ▪ Darse cuenta de la influencia de los medios de comunicación, la publicidad y el entorno social sobre la conducta sexual de las personas. ▪ Promover la autoestima, proporcionando elementos para apreciar y respetar el propio cuerpo y el del otro y entender y respetar las diferencias de aspecto físico entre las personas. ▪ Aprender a valorar otras cualidades en las personas y no únicamente su aspecto físico. ▪ Conseguir expresar, argumentar, fundamentar y defender opiniones, sobre cualquier aspecto referido a la sexualidad y la reproducción con una actitud tolerante hacia las otras personas y sus puntos de vista.

Tabla 16 (Continuación)**Unidad didáctica 1: Sexualidad, cultura e historia**

- La génesis del escándalo: el contraste y el cambio en la moralidad
- La sexualidad como tema de actualidad en nuestra sociedad
- Conocimiento de datos estadísticos sobre sexualidad
- Qué es la ciencia sexológica. Su historia y aportaciones más importantes
- El carácter cultural de la sexualidad, la diferencia con el resto de animales
- El ser humano como ser cultural y el cambio histórico de la cultura
- Los condicionantes culturales de la sexualidad: políticos, económicos, religiosos y éticos
- La revolución sexual de la segunda mitad del siglo XX
- El lenguaje de la sexualidad (cómo hablar de ello)

Unidad didáctica 2: Pubertad y adolescencia

- La pubertad como cambio fisiológico tanto de los chicos como de las chicas
- La adolescencia como cambio psicológico. El binomio libertad/responsabilidad en el camino de hacerse adulto
- Por qué hay dos sexos (Biología)
- Anatomía y fisiología sexual masculina y femenina
- El conocimiento del propio cuerpo. La virginidad como valor para unos y como contravalor para otros

Unidad didáctica 3: Las relaciones sexuales y la reproducción

- La reproducción humana ligada también a factores culturales y no estacionales o meramente naturales
- El ciclo menstrual
- El ciclo del embarazo: fecundación, embarazo (las pruebas del embarazo), el parto
- El control de la reproducción, como posibilidad: métodos anticonceptivos, técnicas de reproducción asistida, interrupción del embarazo
- Las enfermedades de transmisión sexual. El SIDA

Unidad didáctica 4: La afectividad y el encontrar pareja

- El cambio hacia la afectividad adulta
- El cambio de las relaciones paterno-filiales
- Las relaciones con los de la misma edad
- La amistad
- El enamoramiento
- El "ligar": comunicación y confianza. La comunicación no verbal. El respeto al otro/a
- La autoestima
- La frustración amorosa. La lucha por la igualdad: el feminismo

Unidad didáctica 5: El placer y las opciones

- El placer en la tradición cultural de Occidente y en otras culturas
- Los factores del placer (Fisiológicos, psíquicos y culturales)
- Las fases del placer. La respuesta sexual
- El placer como comunicación: la importancia del otro
- El mito de los afrodisíacos
- El papel de la imaginación
- La identidad sexual
- La diversidad sexual
- Cómo comunicar (en casa o a los amigos) la propia inclinación sexual, en caso de que sea minoritaria. Otra lucha por la igualdad: el movimiento gay/lesbiana

2.3.2.3. Programa de Altable (2000)

Este programa se expone en el manual *“Educación sentimental y erótica para adolescentes”* (Altable, 2000). Está formado en principio por 22 sesiones, aunque la autora informa de la posibilidad de poder utilizar más con alguna de las actividades en función de las necesidades educativas detectadas. Nos llama la atención que, siendo un programa actual que se está utilizando como guía para trabajar en muchas escuelas, no aborde temas tan importantes como las enfermedades de transmisión sexual. Los contenidos del programa son los siguientes (Tabla 17):

Tabla 17: Programa de Altable (2000)

Sesión 1: Preconceptos acerca del amor y la sexualidad

- Objetivos**
- Conocer las ideas previas y la estructuración de los conceptos acerca de la sexualidad y el amor
 - Observar si tienen distintas ideas sobre el amor y la sexualidad y qué importancia dan a estos conceptos
 - Ver qué imágenes tienen asociados a los conceptos de sexualidad y amor

Sesión 2: Debate sobre el amor

- Objetivos**
- Conocer la distinción entre amor, sexualidad y “hacer el amor”
 - Aclarar las ideas erróneas o confusas
 - Informar sobre conocimientos e investigaciones sobre el tema

Sesión 3: Debate sobre sus ideas

- Objetivos**
- Devolución de sus ideas (acertadas, erróneas o confusas) para debatir en grupo

Sesión 4: Imagen corporal

- Objetivos**
- Conocer la imagen corporal del alumnado para poder intervenir educativamente
 - Desarrollar la conciencia corporal
 - Favorecer la expresión de sus conceptos, ideas, prejuicios, complejos y sentimientos respecto al cuerpo

Sesión 5: Conciencia corporal y autoestima: siento mi cuerpo y lo dibujo

- Objetivos**
- Reflexionar e integrar las sensaciones corporales agradables
 - Aprender a relajarse como paso previo a sentir el cuerpo

Sesión 6: Conciencia corporal y autoestima (Cont. de la sesión 5)

- Objetivos**
- Favorecer la autoestima a través del reflejo que recibimos de los otros
 - Tomar conciencia de la importancia de la comunicación con otras personas en el desarrollo de nuestro autoconcepto
 - Incentivar la capacidad de dar y recibir caricias

Sesión 7: Conciencia corporal y autoestima (Cont. de la sesión 6)

- Objetivos**
- Desarrollar la conciencia de lo bello y la importancia de lo estético
 - Relativizar los conceptos actuales de belleza

Sesión 8: Integración y apertura de la imagen corporal: Ejercicio de desidentificación: imagina que vives en otra cultura

- Objetivos**
- Alejarse de la propia cultura mediante la imaginación les puede dar una mayor crítica de los usos y costumbres de la misma
 - Expresar libremente su sexualidad y abrirle a opciones nuevas

Tabla 17 (Continuación)

Sesión 9: Aparición de un conflicto de relación. Las relaciones entre chicos y chicas

Objetivos ▪ Abordar las relaciones existentes entre los chicos y las chicas

Sesión 10: Ejercicios corporales. Respiración y autoestima

Objetivos ▪ Ayudar a centrar la atención sobre todas la partes del cuerpo
 ▪ Ayudar a relajarse
 ▪ Desarrollar el respeto y amor por el propio cuerpo

Sesión 11: Deseo femenino y deseo masculino. Aspectos reproductivos

Objetivos ▪ Conocer el funcionamiento fisiológico: menstruación y eyaculación
 ▪ En cuanto al tacto sutil:
 - Desarrollar el respeto por el espacio de la otra persona
 - Desarrollar la sensibilidad del tacto
 - Desarrollar la percepción y conciencia corporal global

Sesión 12: Devolución y discusión previas sobre la eyaculación y la menstruación

Objetivos ▪ Profundizar en los conceptos de eyaculación y menstruación
 ▪ Desmitificar posible ideas erróneas sobre la eyaculación y la menstruación
 ▪ Desterrar sentimientos de asco, vergüenza y culpa

Sesión 13: Talleres separados de chicos y chicas (De chicas, sobre menstruación y sexualidad femenina; de chicos, sobre eyaculación y sexualidad masculina)

Objetivos ▪ Analizar sensaciones personales, tabúes existentes en nuestra sociedad y remedios físicos y alimenticios para algunos trastornos

Sesión 14: Prevención de embarazos no deseados

Objetivos ▪ Informar sobre los métodos anticonceptivos existentes

Sesión 15: Reflexión acerca de los chantajes emocionales y los embarazos no deseados

Objetivos ▪ Reflexionar sobre los chantajes emocionales en la opción a la maternidad: recibidos o realizados

Sesión 16: Aspectos no reproductivos: Las diversas opciones sexuales: cuestionario sobre la sexualidad

Objetivos ▪ Conocer las distintas opciones sexuales

Sesión 17: Las diferentes culturas y su sexualidad

Objetivos ▪ Desarrollar el conocimiento de la sociedad en la que vivimos en relación la educación afectivo-sexual
 ▪ Tomar conciencia de las diversas costumbres sexuales, según épocas y las culturas
 ▪ Desarrollar la conciencia crítica y la solidaridad

Sesión 18: Erotismo y pornografía

Objetivos ▪ Diferenciar el concepto de pornografía del erotismo

Sesión 19: Los conceptos de amor y sexualidad en la antigua china

Objetivos ▪ Diferenciar los conceptos de amor y sexualidad de otras culturas
 ▪ Explicar el erotismo según el taoísmo

Sesión 20: Autoerotismo y autoestima

Objetivos ▪ Distinguir los conceptos de autoerotismo y masturbación
 ▪ Recuperar las sensaciones corporales globales
 ▪ Aprender a cuidarse y quererse corporal y emocionalmente

Tabla 17 (Continuación)

Sesión 21: Desarrollo erótico de los sentidos. El tacto: masaje de cara y manos

- Objetivos**
- Favorecer el desarrollo sensorial
 - Incentivar la integración del cuerpo con los sentimientos
 - Desarrollar la confianza en los otros

Sesión 22: Desarrollo erótico de los sentidos: El olfato y el tacto: ciego y lazarillo

- Objetivos**
- Favorecer el desarrollo sensorial
 - Incentivar la integración del cuerpo con los sentimientos
 - Desarrollar la confianza en los otros

2.3.2.4. Programa de López (1995)

Recogido en el manual *“Educación sexual de adolescentes y jóvenes”* (López, 1995), el programa está formado por cinco unidades didácticas que se exponen en la Tabla 18.

Tabla 18: Programa de López (1995)

Primera unidad: ¿qué es la sexualidad?**Objetivos**

- Primera actividad: ¿Qué es la sexualidad?**
- Ayudar a los adolescentes a elaborar una definición del término “sexualidad” que sea más amplio que la actividad sexual genital o la reproducción
- Segunda actividad: Expresiones de intimidad**
- Ayudar a los adolescentes a entender que la sexualidad y el cariño se expresan de muchas maneras en el transcurso de la vida
- Tercera actividad: Hablando de sexualidad. Lenguaje popular y lenguaje técnico**
- Introducir a los adolescentes en la terminología sexual correcta e incrementar su comodidad con respecto a ella

Segunda unidad: Conocimientos sexuales**Objetivos**

- Primera actividad: Juego de los mitos y los datos**
- Reforzar la información de los adolescentes y eliminar los mitos relacionados con la anatomía, fisiología, anticoncepción y enfermedades transmitidas sexualmente (ETS)
- Segunda actividad: Hechos de la sexualidad**
- Proporcionar información básica sobre la anatomía y la fisiología de la reproducción, la anticoncepción y las enfermedades de transmisión sexual
- Tercera actividad: Cómo funciona nuestro cuerpo sexuado**
- Conocer el ciclo menstrual de la mujer y la formación del semen en el hombre
 - Conocer los cambios que se producen en las diferentes fases de la respuesta sexual humana
- Cuarta actividad: Cómo son nuestros afectos**
- Distinguir entre deseo, atracción y enamoramiento
 - Distinguir entre homosexualidad, heterosexualidad y parafilias

Tabla 18 (Continuación)

Tercera unidad: Los riesgos asociados a la sexualidad

Objetivos

- | | |
|------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Primera actividad: Métodos anticonceptivos | ▪ Presentar información sobre los métodos anticonceptivos |
| Segunda actividad: Correo sobre planificación | ▪ Ayudar a los adolescentes a sentirse cómodos al hablar sobre métodos anticonceptivos y discutir los temores, resistencias y conflictos sobre el uso de métodos de planificación familiar |
| Tercera actividad: Expresión de presión | ▪ Ayudar a los adolescentes a practicar las diferentes formas de decir “no” a las presiones para tener relaciones sexuales. |
| Cuarta actividad: Decir no | ▪ Ayudar a los adolescentes a darse cuenta de que pueden decir “no” a la actividad sexual y practicar decirlo |
| Quinta actividad: Decir sí | ▪ Ayudar los adolescentes a decir sí, sin asumir riesgos en la actividad sexual. |
| Sexta actividad: Mi entorno dice sí | ▪ Buscar el apoyo del entorno para evitar el embarazo no deseado |

Cuarta unidad: El VIH y el SIDA, ¿cómo puedo protegerme?

Objetivos

- | | |
|---------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Primera actividad: Datos sobre el SIDA | ▪ Suministrar información básica sobre el SIDA |
| Segunda actividad: Vocabulario apropiado del SIDA | ▪ Introducir un vocabulario apropiado del SIDA |
| Tercera actividad: Cacería de firmas | ▪ Hacer ver mejor con cuánta claridad pueden propagarse el SIDA y las enfermedades de transmisión sexual (ETS) y cómo pueden detenerse |
| Cuarta actividad: ETS e infección por VIH: ¿cuál es la diferencia? | ▪ Ayudar a los adolescentes a entender que la infección con VIH es una enfermedad de transmisión sexual y que muchos de los métodos de prevención relacionados con la infección con VIH también protegerán a los adolescentes contra otras ETS |
| Quinta actividad: ¿Qué comportamiento presenta riesgo? | ▪ Ayudar a los adolescentes a reconocer que pueden ser infectados con el VIH y a identificar estrategias para prevenir la infección |
| Sexta actividad: “Si alguien dice...” | ▪ Contribuir a que los adolescentes se sientan cómodos y se comuniquen mejor al hablar sobre el SIDA con otros adolescentes |

Tabla 18 (Continuación)

Séptima actividad: entrevista familiar sobre el SIDA	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Instar a los adolescentes a que hablen con sus familiares acerca del SIDA
Octava actividad: Dramatizaciones	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dar a los adolescentes la oportunidad de comunicar lo que piensan acerca del SIDA
Novena actividad: Cacería de condones	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dar a los jóvenes la oportunidad de obtener un condón sin presionarles ▪ Preparar una lista de lugares accesibles donde los adolescentes pueden adquirir condones ▪ Ayudar a los adolescentes a desarrollar técnicas para protegerse.
Décima actividad: Personas con SIDA	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ayudar a los adolescentes a desarrollar sentimientos de empatía hacia las personas que padecen SIDA y a reducir los temores que inspiran

Quinta unidad: Mi pareja ideal

Objetivos

Primera actividad: Mi pareja ideal	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reflexionar sobre los factores que influyen al elegir una pareja analizando las diferencias entre hombres y mujeres
-----------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

2.3.2.5. Programa Harimaguada (1994)

Nos parece esencial mencionar aquí, aunque sólo sea brevemente, el programa que hemos tomado como referente para llevar a cabo nuestra propia investigación. El programa de Educación Sexual Harimaguada se encuentra recogido en los Programas Educativos que tratan temas relacionados con los ejes transversales llevados a cabo por la Dirección General de Ordenación e Innovación Educativa de la Consejería de Educación, Cultura y Deportes del Gobierno de Canarias. Surge debido a la necesidad de coordinación y colaboración entre escuela y familia para una verdadera educación integral de niñas y niños. La propuesta presentada es una posición intermedia entre la labor receptiva e informativa de la tutoría y la dinámica autónoma y participativa de una escuela de madres y padres.

El Colectivo Harimaguada surge en 1978 como iniciativa de un grupo de estudiantes, profesionales de Magisterio, Psicología, Pedagogía y Medicina con el objetivo de promover la calidad de vida óptima, personal y social de toda la población. Desde el principio opta por trabajar mayoritariamente en el campo de la Educación y la Orientación Afectivo Sexual. En 1984 elabora un programa de inclusión de la educación sexual en la escuela que termina extendiéndose por todo el archipiélago. En 1986, la Consejería de Educación del Gobierno de Canarias asume este proyecto y surge el Programa Harimaguada, actualmente conocido y aplicado en otras muchas provincias de nuestro país.

Desde entonces, el colectivo ha ampliado su campo de acción a la infancia, a través de familias y profesorado que atiende a los menores; a la intervención directa con la juventud y, a través del personal que trabaja en el campo educativo, a asociaciones juveniles, etc.; a la población de mayores, a los hogares de la tercera edad; y a a personas afectadas con alguna minusvalía (física, psíquica y/o sensorial). A su vez, las vías de colaboración entre la escuela y la familia han sido muy diversas: participación a través de la asociación de padres y madres, asistencia a charlas generales en los colegios, colaboración en actividades concretas como talleres, envíos de actividades para casa, visitas, trabajo de las tutorías, etc.

Entre las funciones del programa educativo se encuentra la elaboración de nuevos materiales curriculares llevándose a cabo la elaboración de las Carpetas Didácticas de Educación Afectivo Sexual para las etapas de Educación Infantil (Bolaños et al., 1994b), Primaria (Bolaños et al., 1994c), y Secundaria (Bolaños et al., 1994d), así como, la elaboración de materiales curriculares para los padres y los profesores.

Para la realización de este trabajo se han utilizado algunos de los contenidos expuestos en las Carpetas Didácticas de Educación Afectivo Sexual en la Educación Secundaria Obligatoria. Al formar parte del material utilizado para la realización de la investigación y, para no ser reiterativos, hemos considerado realizar la descripción del mismo de una manera exhaustiva en el capítulo de Material y Método de este trabajo.

En este capítulo hemos llevado a cabo una revisión de todos los ámbitos relacionados con la educación sexual desde la historia de la sexualidad hasta la educación. Se ha analizado el marco legal en el que se encuadra la educación en otros países, resaltando el ámbito legislativo de España y de Andalucía por ser el ámbito de nuestra investigación. A su vez, se han expuesto las conductas sexuales de los jóvenes (incidiendo en la necesidad de la educación sexual), así como los programas de intervención en este campo.

Finalmente, hemos descrito algunos programas de intervención que están siendo aplicados en nuestro país. El vacío existente en el currículo de la enseñanza obligatoria en España hace que la mayoría de dichos programas sean de carácter informal. Creemos necesario poner de manifiesto este déficit existente en la educación sexual, ya que en el próximo capítulo vamos a realizar un análisis de su impartición en personas con discapacidad. Nos encontramos ante un reto que no es más que el abordaje de dos temas hasta ahora poco enlazados, las personas con discapacidad intelectual y la participación de los mismos en el aprendizaje del ámbito de la sexualidad.

CAPÍTULO 3

EDUCACIÓN SEXUAL EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL

3.1. INTRODUCCIÓN

Las personas que tienen alguna discapacidad pertenecen a una minoría a las que se les ha negado toda posibilidad de resolver sus necesidades afectivas y sexuales, entre otros motivos, debido a la concepción reduccionista de la sexualidad que ha existido durante años, en la que la sexualidad estaba unida a la procreación dentro del matrimonio. La persona con discapacidad se consideraba no apta para casarse o vivir en pareja y tener hijos y cuidarlos, por lo que no tenía sentido ni era necesario abordar este tema. A su vez, se presuponían manifestaciones sexuales impulsivas, no controladas y muy peligrosas, por lo que desde los planteamientos de la educación el objetivo prioritario era conseguir que no se despertara en ellas la necesidad sexual y controlar sus manifestaciones de forma represiva. Las personas del entorno tenían miedo a que estas manifestaciones se convirtieran en conductas obsesivas, al riesgo que ello conllevaba y a la vulnerabilidad ante cualquier tipo de abuso. Como conclusión, se podría decir que estas personas son observadas como el objeto de deseo de otros, ya que, se les presupone carentes del suyo propio y sin identidad sexual propia (López, 2002).

Hasta los años 50-60 del siglo pasado y, en España hasta finales del franquismo, las relaciones con otras personas, exceptuando familiares y profesionales, era casi imposible o segregadas en la familia o en instituciones en los que no existía contacto entre personas de distinto sexo. Por ello, también, se puede explicar la inexistencia de una descripción de relaciones heterosexuales en personas con discapacidad intelectual, pero sí conductas homosexuales y masturbatorias.

Como hemos referido, en los años 60-70, en numerosos países occidentales, empezó a desarrollarse la política de *normalización* e *integración* de las personas con discapacidad. Se empezó a plantear de forma más o menos explícita por parte de algunos profesionales la normalización e integración en lo relacionado con la dimensión de los afectos y la sexualidad, pero, de una manera más teórica que práctica.

En 1971, la *Asamblea General de la Naciones Unidas* aprobó la Declaración de los Derechos del Retrasado Mental (Whitehouse y McCabe, 1997), en cuyo punto primero expone que estas personas deben gozar de los mismos derechos que los demás seres humanos (implicando, por tanto, que también pueden gozar de su sexualidad). De la misma forma se recoge, de forma explícita, el derecho a la protección de su salud y la defensa contra cualquier explotación, abuso o trato degradante.

Conviene también citar la Declaración de los Derechos del Minusválido de la Organización de las Naciones Unidas (1975). En ella queda claro que las personas con minusvalías, al igual que el resto de las personas, tienen los mismos derechos fundamentales, lo cual implica, por encima de todo, el derecho a una vida tan satisfactoria, normal y plena

como sea posible. Entre dichos derechos se resalta la importancia de tener acceso a tratamiento médico, psicológico y funcional, incluyendo aparatos ortopédicos, rehabilitación médica y social, educación, formación profesional y rehabilitación, asesoramiento, servicios de orientación al empleo y otros que permitan al discapacitado desarrollar al máximo sus habilidades y ayudar a un proceso de integración o reintegración social adecuados.

En 1976, Nirje formalizó y desarrolló la filosofía que subyace a los planteamientos de normalización e integración, provocando un movimiento internacional hacia la desinstitucionalización y la integración, que hizo visibles a las personas con discapacidad. Este planteamiento hizo inevitable el comenzar a hablar de sexualidad, de relaciones afectivas y de los riesgos asociados.

Siguiendo a López (2002), los años 80-90 se caracterizan por comenzar a hacer explícitos los problemas y necesidades que existían en torno a la educación sexual. Fruto de ello aparecen los primeros programas cuyo objetivo principal es ofrecer información y prevenir los riesgos asociados a las conductas sexuales de las personas con discapacidad. A su vez, se comenzó a tomar conciencia de problemas hasta entonces considerado tabúes (como eran los abusos sexuales) apareciendo programas encaminados a la intervención y prevención de los mismos, si bien estos programas no educaban para vivir una educación sexual sana sino que más bien eran modelos de educación basados en la prevención.

Finalmente, a partir de los años 90, aunque ha ido incrementándose el número de estudios en torno a estos temas, todavía en el nuevo siglo son escasos los trabajos llevados a cabo, tanto a nivel de investigación como de intervención.

3.2. ASPECTOS ÉTICOS Y JURÍDICOS DE LA SEXUALIDAD DE LA PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL

Antes de comentar los derechos, necesidades y características de la sexualidad de las personas con discapacidad intelectual, creemos interesante reflexionar sobre tres temas que se encuentran en constante debate debido a la complejidad de los dilemas éticos y sociales relacionados con ellos. Nos estamos refiriendo al derecho al matrimonio, el derecho a ser padres y a la esterilización, aspectos que, es necesario abordar a la hora de elaborar programas de intervención en la población de personas con discapacidad. Si en apartados anteriores hemos comentado la problemática de la escasez de estudios científicos relacionados con la sexualidad, en esta ocasión, este problema se ve agudizado al tratarse de temas que se encuentran más cercanos a la ética, la moral, el derecho y la educación en valores.

3.2.1. Derecho al matrimonio

El derecho a contraer matrimonio (eclesiástico o civil) es un derecho básico del ser humano, sin embargo, en el caso de las personas con retraso mental, es habitualmente cuestionado. No debemos dejar nuevamente sin respuesta una problemática que, hoy por hoy, va en crecimiento ya que cada vez son más las personas con discapacidad intelectual que tienen el deseo de casarse. Realmente, sería incoherente lo contrario, ya que estamos abogando por una persona con discapacidad que presente una mayor autodeterminación y autonomía en su vida. Además, nos parece oportuno añadir que el matrimonio se conceptualiza, en nuestra cultura, como la confirmación del amor de dos personas, con lo que es tarea difícil para los educadores y personas cercanas a la persona deficiente explicarle por qué no sería posible la ratificación de su amor.

Existen distintas opiniones en torno al matrimonio de estas personas, algunas excesivamente simplistas, ya que argumentan que son incapaces y, por tanto, el matrimonio no es una cuestión de decisión personal sino una preocupación y un problema de la sociedad. Por el contrario, para otros autores los retrasados mentales deben y pueden tener la posibilidad de contraer matrimonio (Panizo, 1992; Ruano, 1989). No cabe duda que el discapacitado puede resultar especialmente vulnerable a determinados factores de riesgo y problemas de la vida conyugal, por lo que se requieren medidas de protección específicas (Ramón-Laca, 1990), pero tampoco se puede dudar que se deberá evitar cualquier medida injustificada de desigualdad en el tratamiento que carezca de base objetiva y razonable.

Los tribunales eclesiásticos no se han planteado de manera específica y amplia el caso de las personas con retraso mental (Amor, 2000). Según el Canon Eclesiástico 1095, cualquier anomalía psíquica que afecte gravemente la capacidad intelectual, deliberativa o volitiva de la persona puede causar la nulidad del consentimiento matrimonial, ya que el sujeto estaría prometiéndolo algo que va por encima de sus propias fuerzas (Peña, 2000). A su vez, la tradición eclesial y secular afirma el derecho de la persona a contraer matrimonio, en cuanto derivado de la dignidad del ser humano y se establece la más amplia y general presunción a favor de la plena capacidad de actuar de los contrayentes; se trata, por tanto, de un derecho fundamental de la persona que sólo quedaría restringido mínimamente por causa justa y grave y con las convenientes salvaguardas jurídicas (González, 1997). La Iglesia ha reafirmado este derecho en sucesivas ocasiones (Pío XII, 1939; Juan XXIII, 1963; Juan Pablo II, 1983; cit. en Amor, 2000). Según este planteamiento, no es el discapacitado psíquico el que tiene que probar que es capaz de contraer matrimonio, sino que será la Iglesia quien tendrá que demostrar que no es capaz de contraerlo a través del correspondiente proceso judicial (Gafó y Amor, 1997).

En cuanto al matrimonio civil (García, 1997; Díaz, 1997) los tribunales parecen abiertos a una consideración positiva en el caso de las personas con discapacidad intelectual (débiles mentales o “incapaces” en la terminología jurídica) y apelan a la consideración individualizada

de cada uno de los casos concretos (no hay enfermedades sino enfermos). La ley no podrá establecer restricciones de la capacidad de obrar que conculquen el principio de no discriminación o supongan una intromisión injustificada en la vida privada del individuo (Lacruz, 1990). El consentimiento es un dato a aprobar por el juez competente para autorizar el matrimonio, que ante la duda, puede recabar los informes periciales oportunos. Hay que resaltar que para el derecho no hay discapacidad intelectual, sino personas con discapacidad intelectual, cada una con su historia de vida; por tanto, lo que se aplica a una no puede aplicarse sin más a otra.

Se está apostando como perspectiva de futuro por el matrimonio con apoyo o, como otros autores denominan, “matrimonios protegidos” (Ramón-Laca, 1990). Cuando dos personas con discapacidad intelectual deciden contraer matrimonio existe la posibilidad de que otros adultos de su entorno actúen de apoyo en aquellas tareas de su vida diaria que les cueste más trabajo afrontar. No sería más que abordar una dimensión más de la persona y ofrecerle los apoyos adecuados para que pueda llevar una vida plena.

Se conocen pocos datos tanto en España como en el mundo de personas con discapacidad intelectual que hayan contraído matrimonio. No obstante, sí aparecen en la literatura algunas sentencias judiciales, como por ejemplo, tienen especial interés la Resolución de la Dirección General de Registros y Notarías de 1 de Diciembre de 1987, que aborda el problema frontalmente. Ante la duda de autorizar o no al matrimonio a un varón de 35 años y una mujer de 19, embarazada como resultado de su convivencia, por encontrarse ambos afectados de una deficiencia mental leve, la Juez encargada del registro denegó su celebración. Recurrida esta decisión por los pretendientes, se emitió la mencionada resolución autorizando la celebración de dicho matrimonio, entre otros motivos, porque no se encontraron pruebas periciales suficientes para determinar que no fueran capaces de dar su consentimiento matrimonial, como así lo demostraron en las sucesivas pruebas que les fueron realizadas.

Se podría decir que la pieza clave se centraría en la construcción de instituciones jurídicas y eclesiásticas capaces de entender a la persona con discapacidad intelectual como una persona plena, de lo contrario, nuevamente estaríamos ante una disociación entre la política de normalización e integración en la que estamos trabajando y las estructuras sociales y jurídicas.

Entre los pocos estudios de investigación llevados a cabo para analizar las conductas sexuales de las personas con discapacidad intelectual, Bascou (1974, cit. en García, 2000) llevó a cabo un estudio donde analizó, a lo largo de 20 años, una población formada por 250 mujeres con discapacidad intelectual leve. De todas ellas, 115 llegaron a casarse, con un total de 58 hijos; asimismo se contabilizaron 12 hijos de madres solteras. A su vez, durante un período de 15 años observaron a 157 varones con el mismo nivel de discapacidad intelectual, contabilizándose en total 13 matrimonios. Koller, Richardson y Katz (1988) del *Albert Einstein College of Medicine* de Nueva York analizaron una muestra de 191 personas con discapacidad intelectual comprendida entre leve y moderada, todos de 22 años de edad en el momento del

estudio. Los resultados encuentran que ninguna de las personas con discapacidad moderada contrajo matrimonio, mientras que el 43% de las personas con discapacidad leve (19 hombres y 24 mujeres) sí se habían casado.

3.2.2. Esterilización

La legislación mundial sobre este punto es bien diversa y, según algunos expertos, ponerla en marcha no ha sido fácil en muchos países (Azúa, 1993). Las polémicas surgen, habitualmente, ante casos que se hacen eco a través de los medios de comunicación. Uno de estos casos ocurrió en Salzburgo (Austria) y lo protagonizó, probablemente sin darse cuenta, un varón de 31 años, diagnosticado de autismo y oligofrenia. Su familia, apoyada en peritajes de especialistas, presentaron la petición al juzgado, que dictaminó favorablemente.

Recientemente, los medios de comunicación transmitieron la noticia del procesamiento judicial de tres ginecólogos del Hospital Clínico de Madrid y la madre de una chica con discapacidad intelectual que fue sometida a una ligadura tubárica sin la aprobación judicial. La situación provocó un debate social, incluso reuniones de profesionales de diferentes ideologías, poniéndose de manifiesto nuevamente la dificultad para separar una determinada idea moral de una cuestión profesional.

En Canadá en 1986 (Azúa, 1993; Seoane, 2000) el Tribunal Supremo manifestó que la única esterilización no punible sería la esterilización terapéutica, ya que la no terapéutica puede no ser beneficiosa para una persona incapaz de consentir. Posteriormente, el Comité de Ética de la Asociación Médica canadiense hizo constar su desacuerdo con la resolución del Tribunal Supremo en un *Informe sobre esterilización contraceptiva de los retrasados mentales* (1987). Con posterioridad, *The Alberta Institut of Law Research and Reform* (1989), recomendó una revisión de la “prohibición genérica” y que se tuviera en cuenta el criterio de bienestar y mayor beneficio de la persona con deficiencia, prescindiendo de cualquier consideración eugenésica, principios de política social o que respondiera a intereses familiares.

Siguiendo a Azúa (1993), otra sentencia inglesa de 1987 presenta un planteamiento totalmente opuesto al anterior. Según dicha sentencia, la esterilización de una chica de 17 años se hizo con el mejor interés, ya que se presentó un riesgo inaceptable de embarazo que sólo podía obviarse mediante la esterilización con el fin de prevenir el nacimiento en circunstancias de un dolor y temor incomprensibles y con el riesgo de lesiones físicas. Dentro de la jurisprudencia británica las condiciones bajo las cuales puede realizarse lícitamente la esterilización de una persona “incapaz” quedan bien especificadas: en primer lugar, es el Tribunal, tras una investigación completa e informada, el único órgano competente para autorizar dichas medidas, siendo insuficiente el consentimiento de padres o representantes. Dichos informes serán elaborados por un especialista en Psiquiatría infantil y adolescente y un

especialista en Obstetricia y Ginecología, y, en todo momento, el criterio será atender el bienestar y mayor beneficio del “incapaz”¹⁶.

La legislación de cada país determina el consentimiento o no a la esterilización, entre otros; entre otros, Azúa (1993) y Seoane (2000) nos exponen los casos de Alemania, Suecia, Australia y Estados Unidos. En Alemania, la anticoncepción quirúrgica es regulada legalmente por medio del artículo 1905 de la Ley de la Tutela y Cautela, que concreta el consentimiento del asistente en determinados casos y siempre que lo apruebe el tribunal tutelar de menores. Dichos casos son los siguientes: i) no se oponga a la voluntad de la persona implicada; ii) la persona tenga una incapacidad permanente; iii) cuando se pueda suponer que sin la esterilización existe riesgo de embarazo; y iv) si como consecuencia de ese embarazo, se pueda esperar grave afectación del estado de salud físico o psíquico de la embarazada.

En Suecia están prohibidas las esterilizaciones en personas menores de 25 años. Por encima de esa edad sólo se permiten mediante el consentimiento informado de la persona adulta. Si ésta no puede expresar su consentimiento, es imposible que otra persona lo haga por ella. Si hay alguna hija o hijo de madre de este sector de población, será dado en adopción o quedará bajo la vigilancia del Estado.

De otro lado, en Australia las leyes resultan ser contradictorias; así, se pueden analizar sentencias tan dispares como las siguientes: en una de ellas, frente a la posibilidad de practicar histerectomía, el juez dictamina que la decisión no debía ser competencia del juzgado sino que debía de permanecer en el ámbito de los familiares y que sólo en circunstancias excepcionales debía el juez pasar por encima de la decisión de las madres y padres (Seone, 1996). Frente a esta sentencia, otra, referida a la esterilización de una chica de 17 años, señala que *“las madres y los padres no pueden situarse ante estas situaciones de manera desapasionada e imparcial porque ellos se ven íntimamente afectados con los problemas que se les presentan como consecuencia del cuidado del hijo en cuestión”* (Azúa, 1993, pp. 21-35).

En Estados Unidos (Seoane, 2000; Van Dyke, 1999) la situación también es controvertida y se conocen antecedentes polémicos. Algunos estados permiten la esterilización voluntaria de las personas “incapaces” mientras que en otros no. Se requiere el consentimiento informado y la participación de la persona afectada si es posible. El proceso es muy costoso en tiempo y dinero; de hecho, se conocen algunas sentencias que han tardado seis o siete años en resolverse.

Por su parte, el Código deontológico portugués (1985) dedica un artículo a la esterilización, distinguiendo entre la esterilización reversible de la irreversible. El Artículo 54 recoge las condiciones necesarios para la práctica de la esterilización: i) la esterilización irreversible sólo está permitida cuando se produzca como consecuencia inevitable de una terapia destinada a tratar o evitar un estado patológico grave de los progenitores o de los hijos;

¹⁶ *A pesar de lo desafortunado del término, optamos por reproducir textualmente la terminología empleada en el ámbito jurídico.*

ii) es especialmente necesaria: a) que se haya demostrado su necesidad; b) que no sean posibles otros medios reversibles; c) que salvo circunstancias especiales, los dos cónyuges hayan sido debidamente informados sobre la irreversibilidad de la operación y las consecuencias; iii) la esterilización reversible está permitida en situaciones que objetivamente la justifiquen y siempre con el consentimiento previo y expreso del esterilizado y del respectivo cónyuge, si estuviese casado.

En España, para las personas sin discapacidad intelectual y que deciden libremente, la vasectomía y la ligadura tubárica están perfectamente legalizadas. Ciertas circunstancias, como la edad o el número de hijos son determinantes suficientes para que puedan ser hechas en centros sanitarios públicos (siempre teniendo en cuenta la objeción de conciencia de un gran número de profesionales del ámbito sanitario que trabaja en el Sistema Nacional de Salud). Sin embargo, si la solicitud se hace para personas con discapacidad intelectual, la experiencia de muchas familias y profesorado que se han atrevido a iniciar el proceso es bien distinta. Más aún, el tratamiento es claramente discriminatorio, dependiendo de que el procedimiento se inicie en un centro público o privado. Es importante tener en cuenta que hasta hace no mucho en nuestro país, el artículo 418 del Código Penal contemplaba penas de reclusión menor para quienes de propósito mutilaren o inutilizaren a otro un órgano o miembro principal (Esbri, 1997; Sáinz de Robles, 1997; Seoane, 1996).

En 1989, el Parlamento Español a través de la Ley Orgánica de 21 de Julio, en el Artículo 428, redacta lo relativo a la esterilización en los siguientes términos: *“no será punible la esterilización de persona incapaz que adolezca de grave deficiencia psíquica cuando aquella haya sido autorizada por el juez petición del representante legal del incapaz, oído el dictamen de dos especialistas, el Ministerio Fiscal y previa exploración del incapaz”* (Esparza, 2002; Esbri, 1997; Fernandez, 1994; Lete, 2002).

La Ley Orgánica de 23 de noviembre de 1995, modifica el artículo anterior y establece en su artículo 156, en “el sentido de que no será punible la esterilización de persona que adolezca de grave deficiencia psíquica cuando aquella, tomándose como criterio rector el mayor interés del incapaz, haya sido autorizado por el juez, bien en el mismo procedimiento de incapacitación, bien en un expediente de jurisdicción voluntaria, tramitado con posterioridad al mismo, a petición del representante legal del incapaz, oído el dictamen de dos especialistas, el Ministerio Fiscal y previa exploración del incapaz” (Esbri, 1997; Esparza, 2002; Fernández (1994; Lete, 2002).

Entre las sentencias acaecidas en España que merecen especial mención es la decidida por la Audiencia Provincial de Zaragoza el día 9 de abril de 2001. Se trataba de una mujer que padecía un retraso mental del 70% (según informe de evaluación) a la que se le desestimó la esterilización por vivir en una ambiente estructurado y organizado alegando que una alternativa más aconsejable era que la madre previniendo los descuidos de su hija, suministrará a ésta la dosis de anticonceptivos prescritos por su ginecóloga, obviando una medida tan

gravosa como la esterilización, a la que la incapaz se oponía rotundamente (Seoane, 1996). Tras un recurso, la Audiencia determinó que sí podría llevarse a cabo la esterilización alegando que no era capaz de asumir la responsabilidad de la toma diaria de contraceptivos orales, que no era posible el uso de contraceptivos inyectables debido a problemas de peso y que quedaba constancia de la promiscuidad de la “incapaz”.

En nuestro país, como en la mayoría, se producen todos los años sentencias totalmente contradictorias que parecerían estar legisladas por normativas diferentes. Una falta de formación e información conlleva en muchas ocasiones no comprender el verdadero motivo de una esterilización; de hecho, muchas personas todavía confunden la castración con los métodos contraceptivos quirúrgicos (ligadura de trompas y vasectomía) con la carga actitudinal negativa que conlleva. Nuevamente nos vemos ante una situación en donde las personas con discapacidad intelectual dependen de la voluntad de otros.

3.2.3. Derecho a ser padres

El derecho a ser padres, como cualquier otro derecho del ser humano, también lo es de las personas con discapacidad intelectual. En este caso, al igual que hablamos del derecho al matrimonio y la utilización de métodos de esterilización, hemos de tener en cuenta una perspectiva individualizada y no caer en el error de hacer enunciados genéricos. La paternidad/maternidad responsable no se trata de un concepto cuantitativo, supone prestar atención a las condiciones físicas, económicas, psicológicas y sociales que envuelven el acto de procrear. Son múltiples las dudas y debates que se establecen en torno a la paternidad/maternidad en personas con discapacidad intelectual porque, como ya hemos comentado en apartados anteriores, se trata de una reflexión ética y moral en muchos casos, influenciada por ideologías religiosas. Harían falta muchas páginas para poder reflejar las múltiples reflexiones concernientes a este tema, por ello, vamos a hacer un pequeño resumen siguiendo a Azúa (2000), quien analiza la paternidad/maternidad de las personas con retraso mental desde un triple enfoque: i) la descendencia de la pareja (los hijos); ii) la propia pareja (los padres); y iii) el entorno y los apoyos.

En cuanto al primer aspecto, es importante considerar quién se va a hacer responsable de la educación, ya que en la mayoría de las ocasiones son los abuelos los que tienen que asumir el rol de padres de sus hijos y de sus nietos. Otra cuestión a tener en cuenta es el conflicto que podría generar el hecho de tener un padre o una madre con retraso mental. En la revista americana *Mental Retardation* en 1997 aparecía un artículo titulado “*Amando y odiando a mi madre con deficiencia mental*” escrito por una mujer mayor, cuya madre era una persona con retraso mental. En dicho artículo, la hija de una madre con discapacidad intelectual explica cómo la relación actual con su madre está cargada de una gran ambivalencia que le lleva a grandes disonancias y controversias, ya que recuerda un pasado en donde la madre al mismo tiempo la abandonaba y la protegía (Rambo, 1997).

Un segundo punto de reflexión nos lleva a considerar si realmente la pareja con retraso mental percibe la posibilidad de tener un hijo como proyecto de vida compartido con otra persona con la responsabilidad y consecuencias que ello conlleva.

Por último, el tercer enfoque contemplado por este autor, habla de las posibilidades de apoyo que pudiera brindar el entorno. Así, es posible analizar determinadas situaciones donde mediante apoyos del entorno sí se hace viable la existencia de un hijo en una pareja con deficiencia mental. También es preciso tener en cuenta que se corre el riesgo de que se institucionalice la situación y se creen *hijos de la institución* en vez de ser hijos de los verdaderos padres. Por otra parte, habría que evitar la sobreprotección por parte de los familiares o de la propia institución, ya que ésta no favorecería el ejercicio de la paternidad/maternidad por parte de sus padres. Y, finalmente, es importante resaltar la importancia del apoyo del grupo de iguales de los hijos de personas con discapacidad intelectual. Es fundamental el apoyo que reciban de su círculo de amigos, pudiendo ocurrir que sean aceptados o, por el contrario, sufran el rechazo de sus propios amigos.

3.3. MITOS Y PREJUICIOS EN TORNO A LA SEXUALIDAD DE LA DISCAPACIDAD INTELECTUAL

En este apartado vamos a centrarnos en los mitos y falsas creencias en torno a la sexualidad de las personas con discapacidad intelectual, ya que, a pesar de carecer de sustento científico, muchas de ellas provocan actitudes muy negativas hacia estas personas y, por tanto, son barreras importantes a la hora de planificar una educación sexual adaptada (Casarella, Duacastella y Tallis, 2005; García y Dios del Valle, 2002; Verdugo, 2004). Esta facilidad con la que se vienen aceptando y asumiendo como verdaderos todos estos mitos podría ser entendida desde lo que en alguna ocasión Pelechano (1998) ha conceptualizado como la identificación o diferenciación psicológica entre conocer y creer. Según el citado autor, cuando algún hecho o conducta se repite un número suficiente de veces, las personas llegan a creer lo que no deben o aquello sobre lo que no existe evidencia y, una vez instaladas esas creencias, es muy difícil eliminarlas.

Una de las consecuencias más graves de estos mitos la encontramos en la actitud negativa que presentan algunos profesionales que trabajan en servicios especializados en el ámbito del retraso mental (Kennedy, 1996; Sobsey y Mansell, 1997). Estas actitudes han permitido, en algunas ocasiones, justificar la exclusión, el aislamiento y la segregación de las personas con retraso mental, así como la transmisión de mensajes permisivos a los agresores potenciales además de la vulnerabilidad a embarazos y enfermedades de transmisión sexual (Kennedy, 1996). Como diría Verdugo (2000), supone negarles una educación sexual así como una

potenciación al máximo de su desarrollo personal y social y, en consecuencia, una buena calidad de vida.

Si estos mitos persisten y la educación sexual y los programas de seguridad y prevención ante cuestiones sexuales siguen sin ponerse en práctica, las situaciones de riesgo de abuso sexual se irán incrementando y las personas con retraso mental se encontrarán totalmente desprotegidas al no contar con estrategias de afrontamiento eficaces (Sobsey y Mansell, 1997; Kennedy, 1996). Como muy acertadamente expresa García (1990), parece existir sobre este tema un pacto de silencio que ha atenazado a los responsables de la política educativa y sanitaria, pacto que ha impedido un mayor nivel de avances y progresos.

Así, la concepción de la sexualidad de estas personas está basada en un criterio moral en el que no hay lugar para la sexualidad ya que, en su mayor parte estas personas no tienen pareja o no están casadas y, además, no deberían tener hijos, bien porque no pueden cuidar de forma adecuada de los mismos o porque pueden tener hijos con problemas similares a los suyos (Amor, 1997).

Uno de los mitos más importantes es considerar que las personas con discapacidad intelectual no tienen sexualidad porque son los *eternos niños* (Casarella, Duacastella y Tallis, 2005; Gafo, 2000; García y Dios del Valle, 2002). Autores como Fierro (2000) nos hablan del *sexo de los ángeles*, de la eterna infancia que se les atribuye a estas personas ya que, de esta forma, la sociedad acepta mejor al adulto con discapacidad intelectual. El adolescente a quien se le envía el mensaje, de *mayor sigue siendo niño* queda aprisionado en un dilema: o manifiesta su sexualidad con peligro de ser rechazado o la inhibe por ganar así la aceptación de quienes le rodean (Fierro, 2000). Pero con el tópico de su percedera infancia, que no es más que un deseo no infrecuente en padres y profesionales, se le está negando el acceso a una vida adulta y también a una vida sexual.

Otro de los mitos hace referencia a la necesidad de silenciar una dimensión humana tan vital como es la sexualidad. Se asume que cuanto menos se le hable del tema a la persona con retraso mental mejor será, ya que se considera que la información sexual para personas con discapacidad intelectual conduce en muchos casos a incitar y estimular sus impulsos sexuales (Aunos y Feldman, 2002; Casarella, Duacastella y Tallis, 2005). Este mito presupone que la ignorancia en cuestiones sexuales es la mejor arma para defenderse de la propia sexualidad. Sin embargo, la mayoría de las personas con retraso mental tienen conciencia de su sexualidad, manifiestan inquietud por el tema y tienen sus experiencias en menor o mayor medida, con menor o mayor grado de satisfacción. Su desarrollo sexual e interés por la sexualidad no se encuentra especialmente retrasado en comparación con sus pares no discapacitados (Fierro, 2000). Aún así, en los distintos ámbitos en los que se desarrolla la vida de estas personas (familiar, escolar, institucional, y laboral) este mito ha estado muy presente (Edmonson, 1988; Edwards y Elkins, 1988; García y Dios del Valle, 2002) y es en gran parte responsable de la ausencia de información y educación sexual. García (2000) llevó a cabo un estudio en un

centro de Navarra en el que se analizaba la actitud de padres/madres y profesores en relación a algunos mitos. Participaron 130 padres y madres así como 216 profesores/as distribuidos en tres grupos que eran responsables directos de 392 chicos y chicas de edades comprendidas entre 12 y 21 años con discapacidad intelectual. Aproximadamente la mitad de las madres y padres que contestaron (43'2%) no consideraban que la información sexual incitara y estimulara los impulsos sexuales, estando de acuerdo en que esto sí ocurría en una cuarta parte (24%) de los encuestados, mientras que un 32'8% prefirieron no opinar en una u otra dirección. En el caso del profesorado, se pone de manifiesto el predominio de la idea de que la información sexual no conduce a incitar y estimular los impulsos sexuales (43'2%), estando de acuerdo con dicha afirmación una cuarta parte (24%); por último, el 32'8% preferían no opinar, grupo éste numéricamente importante si tenemos en cuenta que son los profesionales encargados de la educación sexual de esos usuarios.

Considerar que existen relaciones de linealidad entre sexualidad y capacidad intelectual es otra de las falsas creencias que se atribuyen a estas personas. Según esto, se asume que las limitaciones que aparecen en este área también afectan al área sexual, cuando se sabe que inteligencia y sexualidad no van correlacionadas. De aquí se derivan las ideas y creencias erróneas que estas personas no pueden desarrollar una conducta sexual adaptada, responsable y beneficiosa para su desarrollo personal. Sólo cabe esperar una conducta sexual torpe, carente de sensibilidad y susceptible de engaño por cualquiera; dicho de otra forma, una sexualidad impregnada del propio concepto de deficiencia. Sin embargo, es bien sabido que el nivel intelectual no determina la capacidad para amar, expresar afecto y cariño, compartir sensaciones corporales, enamorarse, seducir o respetar a la pareja (García, 1990; Fierro, 2000; Marchetti y MacCartney, 1990).

Estrechamente ligada a la anterior aparece la falsa creencia de que estas personas presentan una vida sexual y afectiva muy distinta a la del resto de la población sin discapacidad. Se habla de una conducta sexual "exacerbada" (Casarella, Duacastella y Tallis, 2005; García, 2000; García y Dios del Valle, 2002) manifestada en sus continuas demandas de afecto, en sus fuertes emociones e impulsos sexuales, en su dificultad para controlarlos y en su tendencia a la promiscuidad sexual. Es decir, una sexualidad impregnada de matices psicopatológicos y definida por un apetito sexual descontrolado. Pero la realidad es muy distinta, su sexualidad se manifiesta de múltiples maneras, existiendo tantas variaciones como las que se pueden encontrar en el resto de la población. Tampoco es cierto que sean más cariñosos o que sus demandas de afecto denoten pulsiones sexuales intensas. Lo que ocurre es que no han sido educados para distinguir a lo largo de las diferentes etapas de desarrollo entre muestras de atención apropiadas e inapropiadas, para modificar y adecuar a las distintas situaciones y/o personas sus manifestaciones afectivas y para conocer las diferencias entre lo público y lo privado para ir así definiendo su propia intimidad (Edwards y Elkins, 1988; Bailey, 1998).

Como acertadamente afirma Fierro (2000), las conductas sexuales desviadas que, en ocasiones presentan algunas de estas personas pueden catalogarse no como típicas o inherentes a su retraso, sino como consecuencia de factores externos. Así por ejemplo, la frecuente carencia de intimidad y de espacio y vida privada, la intensa reprobación por parte de los adultos hacia las manifestaciones externas de su sexualidad, puede llevar a estas personas a conductas sexuales desadaptadas y reprobadas socialmente. En el estudio comentado anteriormente llevado a cabo por García en 1995 se analizó la opinión que tenían los padres y profesores respecto a la conducta sexual de las personas con discapacidad intelectual. Una de las preguntas que se plantearon fue *¿qué crees que ocurriría si se dejara a un chico y una chica ambos con minusvalía psíquica solos en una habitación?*. La escala de respuesta estaba compuesta por los siguientes ítems: 1. No harían nada sexual; 2. Se besarían y acariciarían solamente; 3. Tendrían relaciones sexuales; 4. Otros y 5. No contestan. A juzgar por los resultados, parece que la familia respondió de una manera indecisa y ambigua en el 42'6% de los casos. En contraposición, una cuarta parte de las personas encuestadas pensaban que no harían nada. Sólo el 11'9% manifestaban que tendrían relaciones sexuales. En el grupo de profesores, el 54% respondieron de una manera indecisa y ambigua, siendo la respuesta más frecuente que la conducta dependería del grado de discapacidad. En los resultados obtenidos se observa cómo se establece una relación directa entre el grado de discapacidad y el comportamiento sexual.

También debemos hacer alusión a un viejo mito según el cual la si la discapacidad engendra discapacidad, por tanto, el control de la vida sexual de estas personas evitaría la posibilidad de engendrar hijos con retraso. Ahora bien, esto no es necesariamente cierto, pues supone admitir que las bases etiológicas del retraso mental son siempre de tipo genético. Ya hace décadas que se admite una etiología variada y múltiple para más del 50% de las personas que presentan retraso mental. Es más, se estima que aproximadamente un 30% de los hijos de padres con retraso mental se encuentran moderada o severamente afectados (AAMR, 1992). De todas formas, esta concepción supone ligar sexualidad y reproducción, aspectos que en absoluto se encuentran frecuentemente asociados en esta población, así como considerar al cociente intelectual como factor determinante de una paternidad satisfactoria (Verdugo y Bermejo, 1995).

De la misma forma que se liga sexualidad y reproducción también se tiende a identificar sexualidad con genitalidad y coito, mito muy extendido en población con y sin discapacidad. Se asume para estas personas una vida sexual donde apenas tiene cabida el deseo y búsqueda de sentimientos, emociones, comunicación y diversión (Gafo, 2000). Es contradictorio y a la vez curioso observar cómo se le atribuye un significado coital a las manifestaciones de afecto de estas personas cuando en su mayor parte no establecen relaciones sexuales (Posse y Verdeguer, 1993). Junto a conductas como el coito o la masturbación también aparecen en las personas con retraso mental otras manifestaciones de la sexualidad tales como enamoramiento, fantasías o necesidad de atraer y ser atraído por la persona que uno desea

(Soulier, 1995). Todas esas manifestaciones son necesarias para su desarrollo emocional y, al igual que a cualquier persona, les generan bienestar y satisfacción.

En algunas personas también encontramos la idea de que las personas con retraso mental son insensibles al dolor y sin capacidad para captar el abuso del que pueden ser objeto (Bailey, 1998; Sobsey, Randall y Parrilla, 1997). Si bien es cierto que los niños, adolescentes y adultos con retraso mental son particularmente vulnerables al abuso sexual, no podemos afirmar que esto sea debido a factores relacionados con su infantilismo o falta de interés sexual, sino a factores extrínsecos relacionados con la estrecha dependencia y sumisión a terceras personas, junto a otros aspectos como la pérdida de intimidad y la falta de información sexual.

Para finalizar, mencionaremos la idea de que estas personas no son atractivas (García, 2000, López, 2002). Esta cuestión, que a simple vista parece carente de importancia, sin embargo, tiene consecuencias importantes para la vida sexual de las personas con discapacidad ya que, en muchas ocasiones, conlleva pensamientos y actitudes provenientes de otro mito, es decir, el que las personas no atractivas no sufren agresiones sexuales. Con ello se exime a las personas con discapacidad intelectual de poder sufrir agresiones sexuales, por lo que en muchos casos son ignorados y, en otros, no se les cree cuando informan de los mismos.

3.4. CONSIDERACIONES SOBRE LA SEXUALIDAD DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL

Las limitaciones de las personas con discapacidad y la falta de reconocimiento social de los derechos sexuales suelen conllevar características y problemas específicos que hemos de tener en cuenta a la hora de elaborar pautas de actuación desde el punto de vista educativo. Seguidamente, exponemos algunas de las peculiaridades que consideramos necesarias abordar, ya que constituyen un pilar básico en la adaptación de programas de intervención.

3.4.1. Nivel de discapacidad y áreas de la vida afectadas

Recordando la definición de retraso mental aportada por la Asociación Americana de Retraso Mental (2002) que hemos visto en el capítulo primero se puede observar la variabilidad de este problema. La discapacidad intelectual, con independencia del modelo teórico con que la expliquemos supone un déficit, que normalmente afecta de una u otra forma al funcionamiento cognitivo, emocional y comportamental. No obstante, a su vez esta definición resalta que las personas con discapacidad intelectual poseen capacidades independientemente del retraso. Algunos autores como López (2002) realizan una propuesta de evaluación y programación de apoyos en torno a la sexualidad de las personas con discapacidad intelectual que sigue la misma línea de trabajo que la propuesta de evaluación y

diagnóstico del retraso mental ofrecida por la AARM (2002), dando una visión mucho más aplicada y práctica que la mera exposición de claves diagnósticas. También creemos relevante resaltar la importancia de realizar un análisis caso a caso, porque aún con el mismo nivel de discapacidad pueden tener una vida sexual diferente. Así, López (2002) manifiesta que es muy probable que las personas con discapacidad intelectual tengan limitaciones a la hora de establecer relaciones interpersonales y de intimidad sexual debido a que requieren muchas capacidades de interacción. Por ello, en lo que concierne a la sexualidad, para el logro de una mayor integración hemos de tener en cuenta que la persona con retraso mental puede tener afectada todas las áreas o dimensiones de su vida y, por tanto, necesitar apoyo en todas ellas. En este caso, los posibles problemas sexuales no se deberían a dificultades fisiológicas, sino más bien a que sus capacidades mentales, sus características emocionales y sus historia de comportamientos condicionan de una u otra forma la sexualidad y en consecuencia su modos y estilos de vida. Continuando con el análisis de la evaluación llevada a cabo por este autor, vamos a describir, en primer lugar, las características de la sexualidad en función del nivel de discapacidad evaluado conforme a su funcionamiento intelectual y, en segundo lugar, desde el punto de vista de las áreas de vida afectadas, que, reflejarían, los tipos e intensidades de apoyos necesarios para hacer posible una vida sexual lo más normalizada posible.

- Desde el punto de vista del **nivel de discapacidad:**

En general, las personas con una *discapacidad intelectual leve* (Cala, Loreto, Martínez, Molina, Pérez, Rodríguez y Sánchez (2000); López (2002) pueden llegar a tener una sexualidad muy normalizada, siguiendo un mismo desarrollo aunque de manera más lenta. Es el grupo donde podemos encontrar una mayor variabilidad en sus manifestaciones, en función de sus propias características y experiencias. Tienen capacidad de autocontrol y su nivel de comprensión y su capacidad de aprendizaje en el aspecto sexual es buena, por lo que es fácil su participación en programas de educación sexual. Al mismo tiempo, son bastante receptivos a la información de su entorno (televisión, revistas, radio, conversaciones, etc.), con lo que pueden llegar a establecer patrones de vida normalizados, protegerse de las prácticas de riesgo y formar familia y tener hijos. Es frecuente que necesiten ayuda para la adecuada educación de éstos, al igual que otros padres sin discapacidad intelectual que también necesitan apoyos de su entorno. Es verdad que tienen limitaciones en algunos aprendizajes (por ejemplo, planificar el futuro, evitar contagios y no sólo el embarazo, etc.), pero no hemos de olvidar que en las personas supuestamente normalizadas se realizan programas educativos que con cierta frecuencia también fracasan.

Las personas con una *discapacidad intelectual moderada* aunque, en general, tienen menos habilidades que los leves, también son educables, pudiéndose entrenar en hábitos correctos (Cala et al., 2000; López, 2002). No obstante, tienen más dificultades para tener una sexualidad normalizada, debiendo aprender a tener, si es su deseo, conductas autoeróticas en privado, controlar sus deseos y emociones (también las sexuales), respetando a los demás y haciéndose

respetar. Gran parte de las conductas que manifiestan son producto de la imitación y no de la iniciativa propia, siendo las más frecuentes la masturbación y la manipulación de genitales (de otros y por parte de otros). Son, por tanto, mucho más vulnerables al hecho de sufrir abusos y a cometerlos y tienen grandes dificultades para evitar las prácticas sexuales de riesgo, ya que no les es fácil establecer relaciones de pareja y mantenerlas. Por ello, conviene que vivan en ambientes protegidos: la familia, el centro de educación especial o la escuela de integración, el club de ocio, etc. A pesar de esto, estas personas pueden aprender, al menos en cierto grado, muchas cosas sobre la sexualidad: respetar a los demás, masturbarse en privado, no abusar y no permitir que se abuse de ellos. En todo caso, es importante no anteceder su conducta y adoptar la postura cómoda de no hacer nada porque ya sabemos las limitaciones que tienen. Debemos poner el énfasis en sus posibilidades y concederles, siempre que sea posible, la confianza necesaria, ofreciéndoles ayuda para aprender aquello que no estamos seguros que pueden aprender, pero que tal vez sea posible.

En el grupo de las personas con *discapacidad intelectual profunda*, la sexualidad depende más de lo que los padres, educadores, tutores y la sociedad en general les permitan que de sus propios deseos y necesidades, ya que carecen de autonomía suficiente; son, por tanto, personas muy dependientes de los cuidadores de su entorno. Éste es el grupo donde existe un mayor riesgo de aprender conductas sexuales inadecuadas, bien sea por exposición a influencias ambientales o por carencia de estrategias educativas correctoras. La actividad sexual espontánea es autoerótica, siendo además frecuente el uso de objetos (piedras, lápices, pelotas, etc.), así como de otras personas para su propia excitación sexual (Cala et al., 2000; López, 2002). En todo caso, es fundamental que perciban las manifestaciones de cuidado y cariño de su entorno, tales como caricias y besos y que seán protegidos de cualquier conducta de riesgo.

- Desde el punto de vista de la **mayor o menor afectación de las diferentes áreas de la vida:**

Para la sexualidad, además de posibles limitaciones físicas o como efecto de los medicamentos, las áreas más importantes son todas las que tengan que ver con su vida sexual tales como las de comunicación, autogobierno, vida en el hogar, habilidades sociales, cuidado personal, salud y seguridad, ocio y utilización de la comunidad. En función del número de áreas afectadas, la vida sexual y afectiva será más o menos adaptada.

La misión de los profesionales es conseguir el mayor grado de bienestar, resolviendo sus necesidades interpersonales, sin olvidar que cada persona es diferente (como lo son cada una de las personas que la sociedad considera normalizadas). En la Tabla 19 se muestra la descripción del proceso de diagnóstico llevado a cabo por López (2002) teniendo en cuenta, según manifiesta este mismo autor, que en cada persona con discapacidad es necesario evaluar distintos aspectos de la sexualidad y que requiere instrumentos diagnósticos diferentes.

Tabla 19: Sexualidad y diagnóstico de retraso mental (López, 2002)

- Datos de identificación
- CI de 70-75 o nivel de ejecución inferior al de la mayoría (97% de la población)
- Estado de salud
- Etiología
- Limitación significativa en dos o más áreas: Capacidades y limitaciones: Comunicación; autorregulación; cuidado personal; salud y seguridad; vida en el hogar; habilidades académicas; habilidades sociales; ocio; uso de la comunidad; trabajo.
- Áreas afectadas e implicaciones en sexualidad: Capacidades y limitaciones/por sí solos o con ayuda: juicio de identidad/ rol de género; figura corporal sexuada (madurez); Eyaculación/ menarquía/ ciclo: capacidad reproductora; Respuesta sexual humana: deseo, excitación, orgasmo; Orientación del deseo: fantasías, conductas, autoasignación personal y social; Iniciar relaciones: seducción; Decidir SI o NO/ Respetar la decisión del otro; Prácticas seguras o de riesgo; Expresión de afectos/Caricias; Vínculo de amistad/Enamoramiento; Seleccionar pareja; Mantener la pareja; Tener hijos.
- Entorno y necesidades interpersonales: Figuras de apego; Red de iguales; Pareja.
- Entorno óptimo posible para resolver estas necesidades y apoyos necesarios: Grado de autonomía y privacidad; contexto social; medidas estables de seguridad; apoyos para formar, mantener, pareja; Educación afectiva-sexual (especificidad de la sexualidad en el retraso mental; Condiciones personales y sociales que la dificultan; Mayor vulnerabilidad a abusos; Mayor dificultad para prácticas seguras; Dependencia legal y real)

3.4.2. Factores que condicionan la satisfacción de las necesidades sexuales en personas con discapacidad intelectual

Aunque, como hemos mencionado ya, cada persona con discapacidad es distinta, si comparten todas algo en común, sin duda son las dificultades para vivir la sexualidad de manera plena que recogemos a continuación (Abersú, 2000; Bermejo, 1999; Fajardo y Rabazo, 2002; Fierro, 1992; Carulla y Novell, 2002; López, 2002; Novell, Rueda y Salvador, 2003; Rodríguez-Sacristán, 1995; Rodríguez- Sacristán y Buceta, 1995; Rodríguez y Rodríguez, 1995):

Dificultades en el proceso de socialización. Las personas con discapacidad, presentan problemas para acceder a contextos de interacción normalizados. Las condiciones de socialización en general y, sobre todo, sexual, son escasas, especialmente en lo que se refiere a las oportunidades de poder establecer relaciones interpersonales con sus iguales. A menudo su grupo de interacción está constituido por su entorno familiar que, con la mejor de las intenciones, promueve una protección elevada y suele minusvalorar las posibilidades de relación de sus hijos (Shuttleworth y Russell, 2000). Dicha sobreprotección suele provocar un empobrecimiento del entorno y, lo que no es menos importante, un control mucho mayor de las conductas, especialmente las que se consideran peligrosas, como las sexuales (López, 2002).

En cuanto a la ausencia de espacios y tiempos privados, no solamente tienen un entorno pobre en el que son muy controlados, sino que carecen, la mayoría de ellos, de tiempos y espacios de intimidad que impiden toda posibilidad de actividad sexual, viéndose en muchas ocasiones obligados a manifestar públicamente sus conductas sexuales. Con todo ello, las posibilidades quedan reducidas a dos: la represión o el escándalo (Fajardo y Rabazo, 2002; Shuttleworth y Russell, 2000). Las dificultades objetivas y sociales, las resistencias de la familia y la sociedad, pueden hacer difícil o imposible la formación de parejas y todo lo que ello implica.

Falta de educación e información sexual, así como de facilitación social para las interacciones sexuales. La educación sexual de las personas con discapacidad está marcada por tres características importantes: i) en primer lugar, se les niega en la mayor parte de los casos información sexual y, en otras ocasiones, se les ofrece información que no comprenden¹⁷; ii) en segundo lugar, están expuestos a continuos mensajes negativos y prohibiciones en torno a la sexualidad (Kempton y Kahn, 1991; Leicester y Cooke, 2002; y iii) se encuentran habitualmente con mensajes contradictorios de su entorno, ya que los modelos observacionales que tienen (sus padres, otros adultos e iguales y, sobre todo, los que aparecen en los medios de comunicación como la televisión), les llevan con frecuencia a tener expectativas no realistas, especialmente en relación con la pareja. De hecho, en la mayor parte de las ocasiones, se da la circunstancia de que no tienen la oportunidad de observar modelos cercanos que pudieran ayudarles a comprender la realidad (López, 2002).

Déficits cognitivos, emocionales y conductuales. No nos vamos a detener en este punto, ya que los déficits cognitivos debidos a la discapacidad han sido descritos de una manera exhaustiva en el capítulo primero de este trabajo. Solamente aportar que, además de las deficiencias cognitivas que implican un aprendizaje más lento, es importante tener en cuenta las limitaciones en las habilidades interpersonales y sociales que dificultan las conductas afectivas y sexuales y que, en muchos casos, favorecen conductas inadecuadas, como no saber decir que sí o que no, presentar quejas, piropear, citarse, etc., habilidades que requieren de un entrenamiento y práctica en la vida diaria (Bermejo, 1999; Fajardo y Rabazo, 2002; Rodríguez Sacristán, 1995; Verdugo, 2003; Verdugo y Jenaro, 2004).

Con relación al área emocional, afectiva y conductual de la persona con discapacidad intelectual, es quizás, como informan algunos autores (Carulla y Novell, 2002; Novell, Rueda y Salvador, 2003; Rodríguez-Sacristán, 1995; Rodríguez-Sacristán y Rodríguez-Sacristán, 2000) la ansiedad/angustia la vivencia más característica de la vida emocional de este colectivo. Este sentimiento de ansiedad provocado por la percepción de la realidad como amenazante sin recursos psicológicos para afrontarla es producto de la vulnerabilidad del discapacitado. Además, la persona desarrolla una indefensión aprendida al hacerse consciente de que no va a

¹⁷ En el mejor de los casos, algunas de estas personas tienen la oportunidad de participar (con su grupo de iguales), en programas de educación sexual, aunque dichos programas que no hayan sido adaptados a su nivel de comprensión verbal.

aprender. Las necesidades afectivas y emocionales de las personas con discapacidad son las mismas que poseen las personas sin discapacidad. Por tanto el discapacitado va a experimentar necesidades de vinculación social y necesidad de afecto, entre muchas otras. El déficit en los recursos psicológicos y en la dotación cognitiva, producirá que las demandas procedentes del exterior y las necesidades afectivas y emocionales que surgirán a medida que el discapacitado vaya creciendo se vivan con ansiedad e inseguridad.

Características en variables (dimensiones) de personalidad. Algunas características de personalidad aparecen frecuentemente en personas con discapacidad intelectual, tales como labilidad emocional, dificultades para el autocontrol, baja tolerancia a la frustración, dificultades para aplazar la obtención de recompensas, dependencia de los demás, sentimiento de falta de control que tienen sobre lo que les ocurre percibiendo el exterior como fuente de control de sus comportamientos y sentimientos (lugar de control externo). Al mismo tiempo, presentan una baja autoestima, percibiéndose como poco capaces, atribuyéndose los fracasos en la consecución de tareas a su forma de ser y a su incapacidad, con lo que uno de los objetivos de la intervención terapéutica debería ser potenciar en la persona con discapacidad intelectual una mayor autoeficacia percibida, así como un lugar de control interno (Novell, Rueda y Salvador, 2003; Verdugo y Bermejo, 2001). Existe un debate sobre el origen de dichas características considerándolas como características propias de la discapacidad y, en otras ocasiones, como resultado de cómo se les ha tratado a lo largo de la vida (López, 2002). Sea cual fuere el origen, hacen más difícil la intervención en este campo y pueden crear problemas de convivencia en los colegios, en los centros o en las familias.

Efectos de los fármacos sobre las emociones y la sexualidad. Las personas con discapacidad intelectual suelen consumir más fármacos que la población "normalizada" debido, la mayor parte de las veces, a patologías asociadas, más que a su discapacidad. Estos medicamentos pueden afectar a la sexualidad y a las áreas vitales para las relaciones interpersonales y sociales tales como comunicación, habilidades sociales, o uso de la comunidad (López, 2002; Novell, Rueda y Salvador, 2003).

3.4.3. Mayor vulnerabilidad a los abusos, el acoso y la violación

El tema que nos ocupa en este apartado ha despertado en los últimos años el interés de los investigadores y profesionales que trabajan con esta población. No obstante, consultando la literatura especializada existente en torno a los abusos, acoso y violación en población con discapacidad intelectual, no cabe duda que nos encontramos ante un campo de investigación disperso, escaso y con frecuencia carente de rigor científico (Ammerman, Hersen, Van Hasselt, Lubetsky y Stieck, 1994; Bayley, 1998; Bermejo, 1999; Clemente, 2000; García, 2000; Sobsey y Mansell, 1997; Sobsey, Randall y Parrilla, 1997; Verdugo, Bermejo y Fuertes, 1995).

Verdugo y Bermejo (1995) apuntan que la mayoría de los escasos estudios sobre maltrato obtienen resultados contradictorios y poco concluyentes, centrándose en el análisis de los

siguientes aspectos básicos: i) los factores que aumentan la vulnerabilidad a padecer maltrato (más concretamente, abusos sexuales), así como las consecuencias del mismo; ii) las características de los maltratadores y los ámbitos en que puede aumentar el riesgo de padecer este tipo de abusos; iii) las posibles relaciones entre las variables como la edad, género, entorno familiar y apoyo social de las víctimas y la ocurrencia del problema; iv) las relaciones entre el nivel de retraso mental o deterioro funcional y el riesgo de padecer en mayor o menor grado abusos sexuales; v) la discapacidad de los padres como riesgo de maltrato y la discapacidad como consecuencia del maltrato debido a comportamientos violentos que provocan en las personas daños importantes.

Los tipos de abuso más frecuentes encontrados en la población con discapacidad intelectual son: i) abuso sexual sin contacto en donde se contempla la pornografía, insinuaciones, posturas no adecuadas y acoso; y ii) abuso sexual con contacto que recoge masturbación, penetración y tocamientos (López, 2002).

La frecuencia real en relación a la prevalencia de los abusos se desconoce, entre otros motivos, por la falta de denuncias existentes (Furey, Granfield y Karan, 1999; Lumley y Miltenberger, 1997; Kennedy, 1996). Sin embargo, algunos autores como Furey, Granfield y Karan (1999); Sobsey y Mansell (1997); y, Verdugo y Bermejo (1999b) han comparado la frecuencia de abusos de personas con discapacidad intelectual y sin ella, obteniendo como resultado que los niños con discapacidad sufren con mayor frecuencia abusos sexuales, sobre todo en edades comprendidas entre los seis y 11 años. También concluyen diciendo que el riesgo a sufrir abusos aumenta en la adolescencia y continua en la vida adulta.

En nuestro país cabe destacar el estudio llevado a cabo por López, Carpintero, Hernández, Martín y Fuertes (1995) en personas con discapacidad intelectual en el que se pone de manifiesto que el 22,5% de mujeres y el 15,2% de hombres entrevistados dijeron haber sido víctima de abusos sexuales. Esta frecuencia, según los autores, es semejante a la encontrada en otras investigaciones llevadas a cabo en países anglosajones. Otro estudio llevado a cabo en nuestro país es el de Verdugo, Bermejo y Fuertes (1993). Su muestra estaba formada por 445 niños y adolescentes con discapacidad, de edades comprendidas entre 0 y 19 años, tutelados y procedentes de nueve provincias de la comunidad Autónoma de Castilla y León. Los resultados muestran un porcentaje de un 2% de niños que han sufrido abuso sexual, aunque como los autores informan, aparecen sospechas de producirse este tipo de abuso en un 4% de los casos. Los índices tan bajos de abusos son explicados por los investigadores como consecuencia de dos factores: por un lado, el procedimiento de detección (grado extremo de los ítems que miden este tipo de maltrato en el cuestionario de evaluación) y, por otra parte, la tendencia de los profesionales a no arriesgarse a aportar datos referidos a casos que se podrían sospechar, por lo que únicamente informan de los casos claramente comprobados.

En lo que respecta a la variable sexo (Sobsey, Randall y Parrilla, 1997), las chicas con discapacidad intelectual son objeto de abuso sexual más frecuentemente que los chicos. En los

hombres, el tipo de maltrato que más predomina es el abuso físico o la negligencia. Otros estudios (Kennedy, 1996) hablan de una proporción de agresión sexual que corresponde a dos de cada tres chicas y uno de cada tres chicos con discapacidad. Van Dyke (1999) afirma que la incidencia de abuso sexual en personas con discapacidad intelectual es del 50%, siendo más común en mujeres con retraso mental leve y menor cuando el retraso es más severo. Nos tendríamos que plantear si este resultado es real o simplemente fruto de una menor comunicación en la población con déficit más severo, lo que les lleva a poder informar menos y por consiguiente a ser más vulnerables. Otro estudio efectuado por este autor en el que cita un trabajo de Ellvik (1991) llevado a cabo con 35 mujeres con discapacidad intelectual, indica que el 37% presentaba signos de penetración vaginal.

La variedad de contextos como fuentes potenciales de abusos ha sido otro de los factores analizados. Entre los entornos cabe destacar aquéllos en donde habitualmente se encuentra la persona con discapacidad intelectual, como son: el entorno familiar, el círculo de amistades, el colegio, el entorno laboral y el ambiente residencial, aunque es en los ámbitos residenciales o institucionales donde se incrementan las situaciones de riesgo (Verdugo, 2004). Dentro de estos entornos, los abusos son realizados por el personal que se encuentra en contacto directo y continuo con ellos. Sobsey y Randall (1997) realizaron un estudio para analizar las personas que con más frecuencia llevaban a cabo conductas de abusos en las instituciones. Los resultados ponen de manifiesto que una cuarta parte de los abusos sexuales a niños son realizados por cuidadores. Datos parecidos aparecen en relación al abuso sexual en la población adulta institucionalizada (Furey, Granfield y Karan (1999).

Entre los factores explicativos a la mayor vulnerabilidad de las personas con discapacidad intelectual a sufrir abusos sexuales, diversos autores (Ammerman et al., 1994; Bermejo, 1999; Glaser y Bentorin, 1979; López, 2002; Richler, 2000; Sobsey, Randall y Parrilla, 1997; Tharinger, Horon, Milea, 1990; Turk y Brown, 1993; Verdugo y Bermejo, 1997; Verdugo y Bermejo, 1999a) destacan los siguientes:

Mayor dependencia de las personas encargadas de su cuidado (familiares, amigos, cuidadores, vecinos, educadores y otros profesionales) para la organización de su vida diaria.

Relacionado con lo anterior está la sumisión a las personas de su entorno. Se les enseña que tienen que obedecer a los adultos en base a un estilo autocrático, sin explicarles el sentido de la norma, o bien, a través de la retirada del amor o los cuidados (chantaje emocional), sin enseñarles otras estrategias de afrontamiento que el acatamiento de las órdenes. Esto puede traer graves consecuencias, ya que los abusadores manipulan a las personas con discapacidad, bien a través de la amenaza, de la seducción, del engaño o de la retirada de cariño.

Una educación basada en la confianza. Se les ha educado a confiar en los adultos, sobre todos en aquéllos que tienen más cercanos. Los abusos ocurren en muchas ocasiones en contextos de afecto, ofreciéndole el agresor atención, cariño, comprensión, premios de diferente tipo e incluso placer.

Los agresores consideran la población con discapacidad intelectual más fácil e interesante. Considerándolos más afectuosos, fáciles de manejar, saben que no denuncian los hechos y en el caso de que así fuera no se les iba a creer. Establecen, por tanto, una relación basada en la diferencias de poder en donde la comunicación se basa en los engaños y la manipulación emocional. (García, 2000).

Las limitaciones cognitivas inherentes a la discapacidad dificultan la capacidad de discriminar y darse cuenta de lo que intenta el agresor. Es más difícil para ellos conocer las verdaderas motivaciones del agresor, así como distinguir entre un contacto adecuado o inadecuado. A su vez, les cuesta más trabajo expresar los deseos y las necesidades afectivas y sexuales.

Normalmente no han recibido información ni formación y conocen muy poco o nada sobre temas relacionados con la sexualidad. Presentan una ausencia de entrenamiento en habilidades psicosociosexuales adecuadas por lo que es habitual que no distingan las conductas apropiadas e inapropiadas. En muchos casos no saben que lo que les ocurre es un abuso, por lo que no lo comunican. En otras ocasiones es placentero, bien por el propio disfrute de la relación sexual, bien porque es confundido con amor.

Mayor riesgo de padecer abuso por parte de otros menores y de compañeros con retraso mental. Esto en gran parte es debido a que en los centros no hay suficiente precaución y vigilancia, encontrándose con frecuencia asimetrías en relación a la edad, experiencia sexual, desarrollo evolutivo, etc., no existiendo paridad en los grupos.

Para finalizar, mencionar uno de los factores que ya se han comentado extensamente en apartados anteriores y que, por tanto, no vamos a volver a retomar, pero que creemos que es importante resaltar ya que son la fuente de donde emergen algunos de los factores de vulnerabilidad que hemos comentado. Hablamos de las falsas creencias y mitos en torno a la discapacidad que hacen desarrollar muchas de las actitudes analizadas.

Los abusos sexuales generan frecuentemente graves daños en la salud mental de estas personas (Ammerman et al., 1994). Bailey (1998) matiza que generan trastornos profundos que permanecen mucho tiempo una vez finalizado el abuso¹⁸. Así, se ha encontrado una alta prevalencia de trastornos psiquiátricos. Entre las reacciones más comunes recogidas en algunos estudios aparecen: ansiedad, culpa, agresividad, delincuencia, problemas de adaptación social, disminución de la autoestima y conductas repetidas de conductas de imitación del

¹⁸ *Ello puede ser debido a que cuando se conocen, ha transcurrido mucho tiempo desde el inicio de los abusos y a que habitualmente tardan en denunciarse.*

ataque. Algunos niños reaccionan ante un episodio de incesto cerrándose en estados psicóticos, tales como períodos de confusión prolongados y manifestaciones de rabia (Verdugo, Bermejo y Fuertes, 1993). En la Tabla 20 recopilamos los síntomas que recoge Bailey (1998) presentes en personas con retraso mental que han sufrido abusos y que no difieren de las manifestaciones en personas sin retraso mental.

Tabla 20: Manifestaciones de síntomas consecuencia de los abusos sexuales (tomado de Bailey, 1998)
Confidencias, insinuaciones, comentarios
Comportamiento o lenguaje con alto contenido sexual
Dibujos de contenido sexual
Cambios repentinos de conducta
Rechazo repentino a una persona
Ansiedad, miedo y fobias
Depresión y ansiedad
Baja autoestima, autolesiones y comportamiento suicida
Trastornos alimenticios y alteraciones del sueño
Dificultades en las relaciones interpersonales
Promiscuidad
Problemas físicos como infecciones vaginales y urinarias, heridas o molestias en los genitales, hinchazón, dolor de barriga, etc.

Aunque es importante detectar los abusos sexuales, sin embargo, sería más interesante y beneficioso prevenir su aparición. Para ello, otra vez nos encontramos con la necesidad de dotar de una adecuada información y formación tanto a las personas con discapacidad intelectual como a los tutores y profesionales que trabajan en este campo. Sin embargo, este tipo de intervenciones no son habituales; de hecho, siguiendo a Bailey (1998), no existen programas adecuados ni siquiera para formar a los profesionales en la toma de decisiones rápidas ante tan inminente problema. Si realmente estamos dispuestos a trabajar por la calidad de vida, la autodeterminación y el apoyo a una vida autónoma, debemos concienciarnos de que la educación sexual y el desarrollo de estrategias de prevención y de afrontamiento ante situaciones de abuso han de ser objetivos prioritarios a desarrollar.

3.5. PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN

No nos cabe duda que las personas con discapacidad intelectual presentan las mismas necesidades afectivas y sexuales que las personas sin discapacidad, por tanto los contenidos de los programas de intervención no deben ser diferentes de los contenidos de las personas sin

discapacidad, aunque, como ya hemos manifestado en otras ocasiones, con las adaptaciones adecuadas a sus necesidades. En este apartado vamos a describir las conductas sexuales de los jóvenes con discapacidad intelectual, seguidamente, describiremos alguno de los programas que se están aplicando en nuestro país y, finalmente, presentaremos una serie de recomendaciones de interés para la elaboración de programas de intervención adecuados para esta población.

3.5.1. Conductas sexuales en jóvenes con discapacidad intelectual

A pesar de lo precario de las fuentes de información en este área, de la escasez de oportunidades para establecer relaciones interpersonales y de los pocos espacios de intimidad de que disponen, los comportamientos sexuales de las personas con discapacidad intelectual no resultan alejados de lo considerado por la sociedad como normal. Como señalan Amor (2000), Fajardo Rabazo (2002) y Vicente (2002), si las personas con discapacidad intelectual tuvieran la oportunidad de encontrarse e interactuar, algunos aspectos como la amistad, el noviazgo y una vivencia de la sexualidad en el ámbito de lo privado y sin desviaciones se darían entre hombres y mujeres sin distinción alguna con respecto a la población general. Tal vez, antes de realizar cualquier estudio de esta materia y llegar a ninguna conclusión sobre la misma, habría que interrogarse por las oportunidades de las que disponen las personas con discapacidad intelectual para salir con sus amigos, entablar relaciones y enamorarse.

En cuanto a las prácticas de riesgo de las que participa la persona con discapacidad, encontramos los mismos riesgos que en la población sin discapacidad, es decir, los embarazos no deseados y las enfermedades de transmisión sexual. Siguiendo a López (2002), dada la falta de información sexual y la dificultad mayor de estas personas para manejar con éxito estas informaciones, puede darse por seguro que si llegan a tener relaciones coitales tienen mucho más riesgo de embarazo no deseado y otros riesgos vinculados a la actividad sexual. Lo mismo ocurrirá con otras prácticas de riesgo. Las personas con retraso mental suelen tener menor información, menor conciencia de riesgo y menor capacidad para tener prácticas seguras, tanto por la falta de información y ayudas, como por su propia deficiencia.

Desafortunadamente, son escasas las investigaciones que puedan describir la vida sexual de estas personas, encontrándonos con limitaciones como el tamaño de la muestra, la falta de interés por parte de los profesionales y de las personas del entorno, etc. y una innumerable lista que a lo largo de este trabajo hemos hecho manifiesta; entre ellas y, la más importante, que no desarrollan una vida sexual. Timmers, de DuCharme y de Jacob (1981) analizaron la frecuencia de relaciones sexuales en una población de hombres y mujeres con discapacidad intelectual. Los resultados indicaron que el 65% de hombres y el 82% de mujeres habían experimentado alguna relación sexual aunque la mayor parte de ellos sólo habían experimentado una relación esporádica, no continuando con su actividad sexual.

3.5.2. Programas de intervención en personas con discapacidad intelectual

La educación sexual de la personas con discapacidad intelectual está cobrando relevancia en los últimos años. Se están comenzando a tomar iniciativas en las distintas federaciones y asociaciones de colectivos de personas con discapacidad intelectual. La necesidad de la educación sexual se acrecienta en la medida en que las chicas y los chicos están cada vez más integrados en una sociedad en la que el sexo ocupa un lugar preeminente, en particular en los medios de comunicación y en la publicidad consumista. Por tanto, al afirmar el derecho a la educación sexual estamos manifestando la necesidad de que las personas que les atiendan admitan esta instancia de su personalidad, reconozcan su existencia, lo mismo que para cualquier otra persona (Adams, Tallon, y Alcorn (1982); Amor, 2000; McClennen, (1988); Watson, Griffiths, Richards, y Dykstra, 2002).

Con relación a la educación y los programas de intervención, en la misma línea de argumentos expuestos anteriormente, se observa cómo existen escasos estudios que corroboren la eficacia de los mismos. Juárez, Cortés, Gonzáles, Valmayor, Riera y Calventus (2002) llevaron a cabo una investigación en una población de 78 jóvenes con discapacidad psíquica. Su objetivo prioritario era la prevención de embarazos no deseados y de ETS, incluida la infección por el SIDA, a través de las personas en contacto habitual con ellos (mediadores). El programa consiguió resultados positivos, siendo la valoración por parte de los implicados favorable (aunque poniendo de manifiesto la necesidad de seguir trabajando en este ámbito).

Por su parte, McDermott, Martín, Weinrich y Kelly (1999) llevaron a cabo un estudio pre-post para comprobar la efectividad de un programa de intervención en 252 mujeres con discapacidad intelectual (leve y moderado), concluyendo que las participantes incrementaban el nivel de conocimientos sexuales.

Entre los programas recogidos en la literatura, en nuestro país son destacables los de García (2000) y López (2002), cuyos contenidos pasamos a continuación a presentar:

- **Programa de García (2000).** Dividido en función de la edad, diferencia dos etapas: antes de la pubertad (7-12 años) y después de la misma (13-18 años), constando en ambos casos a su vez de tres unidades didácticas. En la Tabla 21 presentamos esquemáticamente dicho programa.

Tabla 21: Programa Educación sexual (García, 2000)

ANTES DE LA PUBERTAD (7-12 AÑOS)

UNIDAD DIDÁCTICA I: Vamos a conocer nuestro cuerpo

Contenidos

- Conocimiento de las diferencias corporales entre chicos y chicas
- Cuidado e higiene del cuerpo
- Aceptación de nuestro cuerpo
- Los sentidos

Objetivos

- Conocer el propio cuerpo
- Conocer algunas diferencias corporales y genitales entre las chicas y los chicos adultos
- Conocer algunas diferencias corporales y genitales entre las chicas y los chicos y los adultos
- Conocer algunas características del desarrollo y crecimiento del cuerpo en la pubertad
- Reconocer y aceptarse como chico o chica
- Conocer y poner en práctica ciertas normas básicas de higiene y cuidado personal
- Conocer y aceptar las diferentes sensaciones y capacidades de expresión de su cuerpo y sus sentidos
- Ser capaz de expresar adecuadamente sentimientos y afectos
- Valorar la importancia de la intimidad en las caricias corporales de cada cual
- Reforzar la idea de que su cuerpo es suyo y nadie debe tocarlo sin su consentimiento
- Ser capaz de decir no a las expresiones afectivas y contactos no deseados
- Tener un vocabulario adecuado en esta área

UNIDAD DIDÁCTICA II: ¿De dónde y como venimos?

Contenidos

- Origen de la vida en los seres humanos
- Embarazo y parto
- Amor, afecto y cuidado de las niñas y niños

Objetivos

- Conocer como nació
- Conocer algunos de los términos más adecuados para referirse a la reproducción humana
- Conocer de forma sencilla el proceso de embarazo
- Comprender la importancia de la afectividad y de los sentimientos en la vida

UNIDAD DIDÁCTICA III: Nuestros amigos y amigas

Contenidos

- La familia
- Los amigos y amigas
- El amor y la afectividad en las relaciones

Objetivos

- Ser capaz de identificarse como parte de una familia
- Mantener actitudes y conductas de respeto ante los demás
- Comprender que es positivo expresar emociones y sentimientos en el núcleo familiar y con las personas a las que se quiere
- Adquirir habilidades de relación y empatía con otras chicas y chicos de su edad
- Aprender ciertas normas de convivencia
- Ser capaz de formular preguntas en torno a la sexualidad con normalidad
- Ser capaz de participar en juegos cooperativos y no sexistas

Tabla 21 (Continuación)
DESPUÉS DE LA PUBERTAD (13-18 AÑOS)

UNIDAD DIDÁCTICA I: Me quiero como soy

Contenidos	Objetivos
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Conocimiento del propio cuerpo ▪ Conocimiento del desarrollo del cuerpo ▪ Conocimiento del cuerpo de otra persona de sexo distinto ▪ Conocimiento del cuerpo de la persona adulta ▪ Conocimiento de los sentidos y sus implicaciones en la afectividad y sexualidad ▪ Conocimiento de algunos cambios corporales en la pubertad y en la adolescencia ▪ Hábitos de higiene corporal ▪ Habilidades sociales y sexuales 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Conocer algunos aspectos relevantes de su cuerpo y del de otra persona de sexo distinto ▪ Conocer los principales cambios que tienen, o tendrán lugar en breve, en su cuerpo (incluyendo la menstruación y la eyaculación) ▪ Conocer que estos cambios son variables de persona a persona y que no tiene importancia que se presenten un poco antes o un poco después ▪ Adoptar una actitud de naturalidad y aceptación positiva de su cuerpo ▪ Ser capaz de identificarse con su sexo y aceptarse como chica o como chico ▪ Conocer el rol que la sociedad asigna a cada sexo ▪ Tener una actitud crítica con la discriminación social en razón del sexo ▪ Comprender y aceptar positivamente las transformaciones y cambios de sus cuerpo ▪ Adoptar conductas de cuidado e higiene del propio cuerpo ▪ Conocer las diferencias corporales entre las personas mayores y las pequeñas ▪ Adquirir habilidades de relación con sus iguales ▪ Desarrollar actitudes y conductas de respeto, solidaridad y cooperación ▪ Aceptar y comprender las sensaciones corporales ▪ Ser capaz de expresar emociones ▪ Aprender y utilizar un vocabulario adecuado ▪ Comprender que es necesario preguntar sobre cuestiones sexuales a las madres, padres y al profesorado ▪ Disponer de la habilidad de “decir no” a demandas que no se desean

UNIDAD DIDÁCTICA II: Cómo nacemos y cómo nos desarrollamos

Contenidos	Objetivos
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reproducción humana ▪ Embarazo y parto ▪ No todas las personas pueden (o deben) tener bebés ▪ Relación afectiva y sexual ▪ Prepubertad y pubertad 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Conocer el hecho reproductivo de la persona ▪ Comprender la importancia y responsabilidad de ser padre o madre ▪ Comprender que no todas las personas pueden tener bebés ▪ Conocer la existencia de los métodos anticonceptivos ▪ Comprender la importancia de la estabilidad de la pareja y de las condiciones básicas (vivienda, trabajo, autonomía...), antes de planificar el nacimiento de un bebé ▪ Conocer el proceso de fecundación y el desarrollo del feto ▪ Comprender la importancia de la afectividad y de los sentimientos en la vida sexual, en particular a la hora de decidir tener una hija o un hijo ▪ Conocer que la actividad sexual, además de servir para expresar sentimientos, produce placer y bienestar ▪ Comprender que las manifestaciones afectivas y eróticas entre las personas adultas son bonitas y deseables ▪ Comprender la importancia del amor, de amar y ser amado o ser amada en la vida de las personas

Tabla 21 (Continuación)

UNIDAD DIDÁCTICA III: Nos queremos, nos relacionamos**Contenidos**

- Convivencia familiar
- Modalidades de relaciones de parejas-familias
- Relaciones interpersonales
- La amistad
- Sexualidad y afectividad

Objetivos

- Conocer diferentes tipos de familia
- Identificar y reconocerse como parte de una familia
- Identificar y reconocerse como parte de un grupo social determinado
- Adoptar actitudes y conductas de respeto hacia los demás
- Conocer que ciertos comportamientos afectivos y sexuales son más adecuados, y que es pertinente que determinadas conductas sexuales se expresen en la intimidad
- Comprender que es positivo expresar emociones y sentimientos en el núcleo familiar y con las personas a las que se quiere
- Ser capaz de “decir no” a una demanda exterior de afecto o contacto no deseada
- Ser capaz de no imponer una manifestación afectiva a otra persona que no la desea
- Comprender que, a medida que se crece, se tiene mayor autonomía y mayor responsabilidad
- Adquirir habilidades de comunicación, relación y empatía con otras chicas y chicos de su edad
- Adquirir habilidades para expresar sentimientos y ser personas asertivas (ser capaz de decir sí o no, defender sus derechos, opiniones, etc.)
- Comprender la importancia de la comunicación en las relaciones interpersonales
- Comprender la importancia de la sexualidad y afectividad en su vida, la diversidad en la expresión sexual y algunos riesgos de salud (embarazo no deseado, sida, abuso sexual)
- Saber distinguir entre caricias apropiadas e inapropiadas por parte de las personas adultas
- Conocer algunas de las conductas sexuales más frecuentes en la pubertad y adolescencia

- **Programa de Félix López (2002)**

Este autor propone un programa de intervención en base a dos preguntas iniciales: ¿qué pueden aprender las personas con discapacidad en relación a la seguridad, la intimidad, los afectos y la sexualidad? y ¿qué pueden aprender de lo que teóricamente tendrían que aprender?

Para este autor, se trata de desarrollar un programa adaptado a estas personas con discapacidad, teniendo en cuenta, a su vez, el contexto en el que va a desarrollarse, bien sea el contexto escolar, ocupacional o residencial. En el primero de los casos compartirá los programas formales de los alumnos de la escuela normalizada con las adaptaciones personales a que hubiera lugar, mientras que en el contexto ocupacional o residencial, pueden diseñarse

contenidos y tareas para que se trabajen en grupo los contenidos que sean posibles tratar y, de forma particular, determinados temas que estén especialmente pensados para personas con un tipo concreto de discapacidad. Como podemos observar en la Tabla 22, este autor propone realizar un programa con ocho objetivos desarrollados para dar respuesta a las preguntas que anteriormente hemos expuesto.

Tabla 22: Programa de Educación sexual (López, 2002)

- a) ¿Qué pueden aprender de anatomía y fisiología sexual?
 - Anatomía externa e interna.
 - Cambios evolutivos, especialmente de la pubertad
 - El ciclo y la menstruación
 - La eyaculación
 - La respuesta sexual humana
- b) ¿Qué pueden aprender de la reproducción?
 - ¿Cómo se produce un embarazo?
 - ¿Cómo se evita un embarazo?
 - ¿Cómo se desarrolla el feto?
 - ¿Cómo tiene lugar el nacimiento?
 - Cuidados que requiere un niño
- c) ¿Pueden aprender que hay dos sexos, dos identidades y que ellos/as pertenecen a uno de ellos?
 - Diferencias entre chicos y chicas
 - La identidad sexual
 - Los roles de género, la discriminación, la igualdad
- d) ¿Qué pueden aprender en relación con la autoestima?
 - La autoestima en relación con la figura corporal sexuada: figura corporal como adecuada, cuerpo del que se es propietario, intimidad que les pertenece
 - La autoestima social: saberse y sentirse queridos y estimados por los demás
 - La autoestima en las capacidades y rendimiento: aceptar sus capacidades y su discapacidad, y esforzarse en conseguir, a partir de ella, el máximo rendimiento
- e) ¿Qué pueden aprender en relación con las posibles conductas sexuales?
 - Vocabulario que pueden manejar
 - Preguntas que pueden hacer y respuestas que pueden entender
 - La masturbación
 - Los juegos sexuales
 - Caricias sexuales no coitales
 - Conductas coitales
- f) ¿Qué pueden aprender sobre los afectos y las relaciones de pareja?
 - El flirteo/ el ligue/ la seducción
 - Los piropos y las cosas agradables que se pueden decir
 - El deseo, la atracción y el enamoramiento
 - El noviazgo
 - La pareja y sus componentes de pasión, intimidad y compromiso
 - Ética básica de las relaciones de pareja
- g) ¿Qué habilidades interpersonales pueden aprender?
 - A alabar, decir piropos o cosas agradables
 - A expresar quejas
 - A decir que NO
 - A decir que SI
 - A pedir citas o deseos de forma respetuosa y aceptando la respuesta positiva o negativa
 - A expresar sentimiento y a comprenderlos: entrenamiento en empatía
 - A hablar de cosas personales

Tabla 22 (Continuación)

h) ¿Qué pueden aprender sobre los abusos sexuales, y de cómo evitarlos, comunicarlos y afrontarlos, tanto en cuanto posibles víctimas como en cuanto posibles agresores?

- Qué son los abusos sexuales
- Quienes pueden cometerlos
- De qué estrategias se sirven los agresores
- Qué consecuencias tienen
- Cómo hay que reaccionar
- A quién pueden pedir ayuda si los sufren

Es importante intentar conseguir que aprendan:

- Sentirse propietarios de su cuerpo y su intimidad
- Distinguir entre un abuso y una carencia o petición adecuada
- La importancia de la educación y el respeto, y la necesidad de consentimiento
- Discriminar posibles situaciones de riesgo
- Respetar y hacer respetar el NO
- Evitar en las relaciones íntimas posibles situaciones de asimetría de edad, nivel de desarrollo, etc.
- Rechazar malos secretos, engaños, sobornos, chantajes, amenazas, etc. orientados a doblegar la voluntad y cometer abusos sexuales
- Rechazar las situaciones de abuso
- Pedir ayuda si se ha sufrido el abuso

3.5.3. Recomendaciones en las adaptaciones de los programas de intervención con personas con discapacidad intelectual

Como comentábamos en el capítulo primero de este trabajo, las personas con discapacidad intelectual presentan manifestaciones clínicas que se encuentran habitualmente relacionadas con algunos déficits manifestados. Por ello, para concluir este capítulo, y, en consonancia con el objetivo de nuestra investigación, vamos a resaltar algunas pautas de actuación adaptadas a las características específicas de las personas con discapacidad intelectual que permitan una intervención educativa eficaz, mejorando la comprensión y la asimilación del aprendizaje. Para ello, algunos autores proponen una serie de líneas orientativas a seguir (Abbeduto, 1991; Fierro, 1996; Sánchez, Botías e Higuera, 2002, Troncoso, del Cerro y Ruiz (1999):

- Se fatigan rápidamente, su atención no se mantiene por un tiempo prolongado: inicialmente debemos trabajar durante periodos cortos y prolongarlos poco a poco.
- Facilidad para la distracción frente a estímulos diversos y novedosos, su interés por la actividad a veces está ausente o se sostiene por poco tiempo: motivarlos con alegría y con objetos llamativos y variados para que se interesen en la actividad, mirarlos atentamente para comprobar que atienden, y eliminar estímulos distractores cuando se trabaja con ellos; presentarles los estímulos uno a uno y evitar enviarles diferentes mensajes y estímulos al mismo tiempo.
- Mejor percepción y retención visual que auditiva: se les ha de presentar la información siempre que se pueda de forma multisensorial. El modelado o aprendizaje por

observación, las prácticas de conducta y las actividades con objetos e imágenes favorecen el proceso de aprendizaje.

- Dificultad en la capacidad de retención y en la de evocación. Les cuesta trabajo recordar lo que han hecho y conocido, por lo que se deben repetir muchas veces las tareas ya realizadas para que recuerden cómo se hacen y para qué sirven.
- Su aprendizaje se realiza a ritmo lento: debemos brindarle mayor número de experiencias y muy variadas para que aprendan lo que les enseñamos. Debido a que su umbral de respuesta general ante estímulos es elevado, debemos darle tiempo a que contesten, sin adelantarse a su posible respuesta (demora).
- Cuando se les pide que realicen muchas tareas en poco tiempo, se confunden y rechazan la situación; de ahí la importancia de seleccionar las tareas y repartirlas en el tiempo, de forma tal que no les agobie ni les canse.
- Hablarles despacio: mensajes breves, cortos, concisos, sencillos, directos y sin doble sentido, repetir las instrucciones de otra forma buscando expresiones distintas si la primera vez no las han comprendido. Utilizar lo menos posible expresiones orales y largas explicaciones.
- Trabajar en lo concreto para llegar a la abstracción y a la generalización. Prever en la programación la generalización y mantenimiento de las conductas, ya que lo que aprendan en un contexto, ante determinadas personas o de una determinada manera, no lo generalizan automáticamente a otras circunstancias. De ahí que sea necesario programar mucho entrenamiento práctico, muchas situaciones diferentes.
- Subvocalizar (repetir en voz baja lo que han de recordar).
- Nombrar los objetos antes de memorizarlos. Agrupar los objetos por categorías.
- Muchas veces no pueden realizar la actividad solos: guiarles a realizar la actividad, hasta que la puedan hacer por sí mismos.
- La curiosidad por conocer y explorar lo que les rodea está limitada: despertar en él interés por los objetos y personas que le rodean, acercándonos y mostrándoles las cosas agradables y llamativas.
- No se le ocurre inventar o buscar situaciones nuevas: conducirles a explorar situaciones nuevas, a tener iniciativas.
- Cuando conoce de inmediato los resultados positivos de su actividad, se interesa más en seguir colaborando: decirles siempre lo mucho que se han esforzado o que han trabajado y animarles por el éxito que han logrado. Así se obtiene mayor interés y toleran más tiempo de trabajo.

- Cuando participan activamente en la tarea, la aprenden mejor y la olvidan menos: planear actividades en las cuales él sea quien intervenga o actúe como persona principal.

En este capítulo hemos presentado las características específicas de la educación sexual en personas con discapacidad intelectual, sus limitaciones y las recomendaciones que son relevantes para establecer pautas de actuación adecuadas a sus peculiaridades. A su vez, se ha hecho una reflexión sobre temas que se encuentran en debate político, moral y ético como la esterilización, el derecho a ser padre o madre y el matrimonio. No tenemos una respuesta concluyente para muchas de las cuestiones que se plantean pero lo que no podemos obviar es la importancia de tener información suficiente para poder argumentar y dar soluciones ante las dudas que a estas personas se les puedan plantear en torno a temas que tiene que ver con su desarrollo personal. Para finalizar exponemos dos modelos de programas de intervención que se encuentran actualmente en uso y que nos pueden servir de guía para establecer estrategias de intervención.

CAPÍTULO 4

OBJETIVOS E HIPÓTESIS

4.1. OBJETIVOS

Objetivo general

El objetivo general de esta investigación es favorecer la calidad de vida de personas con discapacidad intelectual mejorando su salud sexual mediante la implementación de un programa de educación afectivo sexual adaptado a dicha población.

Objetivos específicos

- Describir y comparar los conocimientos sobre el SIDA, embarazo y conductas de riesgo de personas con discapacidad intelectual y sin ella previamente a la realización de un programa de educación sexual.
- Llevar a cabo el desarrollo de un programa de educación sexual en una muestra de personas sin discapacidad intelectual.
- Adaptar y poner en práctica un programa de educación sexual específico para personas con discapacidad intelectual.
- Comparar los resultados de ambos programas de intervención.
- Analizar la relación entre diferentes variables vinculadas con la salud sexual, las condiciones sociodemográficas y la calidad de vida.

4.2. HIPÓTESIS

Con el planteamiento de la presente investigación pretendemos poner a prueba las siguientes hipótesis:

1. En la fase pre-intervención, se encontrarán diferencias estadísticamente significativas en función del nivel educativo en el nivel de conocimientos sobre el SIDA, embarazo y conductas de riesgo.
2. En la fase post-intervención, se encontrarán diferencias estadísticamente significativas en función del nivel educativo en el nivel de conocimientos sobre el SIDA, embarazo y conductas de riesgo.

3. En todos los grupos muestrales aparecerán diferencias estadísticamente significativas pre-post intervención, en los conocimientos sobre el SIDA, embarazo y conductas de riesgo, siendo las mayores puntuaciones las obtenidas en la fase de post-intervención.
4. En la fase pre-intervención, ambos sexos diferirán en los conocimientos sobre el SIDA, embarazo y conductas de riesgo; las mayores puntuaciones corresponderán a las mujeres.
5. En la fase post-intervención ambos sexos diferirán en los conocimientos sobre el SIDA, embarazo y conductas de riesgo; las mayores puntuaciones corresponderán a las mujeres.
6. En el grupo de hombres aparecerán diferencias estadísticamente significativas pre-post intervención en cuanto al nivel de conocimientos sobre el SIDA, embarazo y conductas de riesgo. Las puntuaciones alcanzadas serán superiores en la fase post-intervención.
7. En el grupo de mujeres aparecerán diferencias estadísticamente significativas pre-post intervención en cuanto al nivel de conocimientos sobre el SIDA, embarazo y conductas de riesgo. Las puntuaciones alcanzadas serán superiores en la fase post-intervención.
8. De todos los grupos de estudio en la fase de pre-intervención serán la personas con discapacidad intelectual las que manifestarán una menor frecuencia de conductas masturbatorias y de relaciones coitales.
9. En la fase de pre-intervención las personas con discapacidad intelectual informarán de una mayor frecuencia de contactos sexuales no deseados.
10. La aplicación del programa de educación sexual no incidirá en ninguno de los grupos muestrales en el incremento de la conductas masturbatorias ni de las relaciones coitales.
11. La aplicación del programa de intervención incidirá en todos los grupos muestrales en el aumento del uso de métodos anticonceptivos.

SEGUNDA PARTE

ESTUDIO **E**XPERIMENTAL

CAPÍTULO 5

MÉTODO

5.1. PARTICIPANTES

En la realización del presente estudio se ha utilizado una muestra compuesta por un total de 347 jóvenes escolarizados en distintos centros educativos públicos y de inserción laboral de la ciudad de Huelva, así como a diferentes entidades de personas con discapacidad intelectual.

Para la selección de los centros educativos, partimos de la división administrativa de Huelva capital en distritos, seleccionando un total de cinco institutos pertenecientes cada uno de ellos a distritos diferentes. En concreto, tuvimos acceso a 276 jóvenes que cursaban sus estudios en los siguientes centros educativos: 85 chicos en el Instituto de Educación Secundaria Fuentepiña (distrito VII), 93 en el Instituto de Educación Secundaria José Caballero (distrito V), 25 jóvenes escolarizados en el Instituto de Educación Secundaria La Orden (distrito IV), 73 en el Instituto de Educación Secundaria San Sebastián (distrito I) y, finalmente, 17 chicos que cursaban sus estudios en el Instituto de Educación Secundaria Diego de Guzmán y Quesada (distrito III).

Por otra parte, seleccionamos 34 chicos del Centro de Inserción Laboral Valdocco, jóvenes que, en su momento abandonaron el sistema educativo formal y acudieron a dicho centro para realizar cursos de formación profesional. Esta institución, que atiende a jóvenes en situación de vulnerabilidad social, desarrolla una compleja acción desde los itinerarios de inserción sociolaboral. La convergencia y colaboración de diversas entidades públicas y privadas han permitido el ejercicio de una acción partenarial, eficaz en su respuesta a las personas y colectivos más vulnerables a favor de su participación e inclusión social.

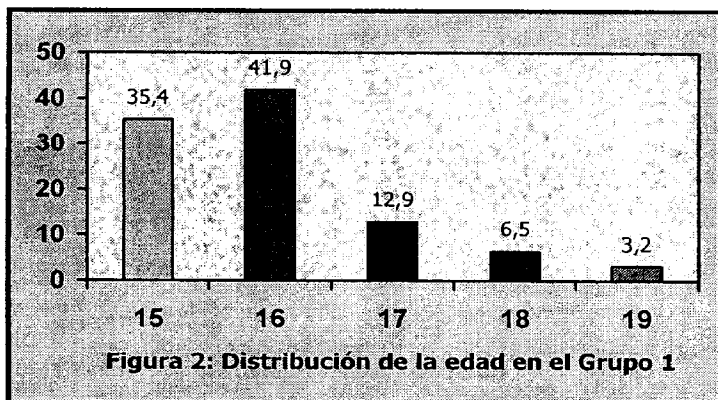
Por último, formaron parte de esta investigación 37 personas con discapacidad intelectual seleccionadas entre los usuarios pertenecientes a la Federación Andaluza de Personas con Discapacidad Intelectual (FEAPS-Huelva) (20 jóvenes) y a la Asociación para la Normalización Educativa, Social y Laboral de Personas con Discapacidad Intelectual (AONES) (17 jóvenes). FEAPS-Huelva pertenece a FEAPS (Confederación Española de Organizaciones en favor de las Personas con Discapacidad Intelectual), conjunto de organizaciones familiares que defienden los derechos, imparten servicios y son agentes de cambio social. En cuanto a AONES, ésta fue constituida por padres y familiares de personas con discapacidad intelectual y, además de estar integrada en la FEAPS, asume todos los objetivos propuestos por ésta. Ambas entidades tienen un ámbito local, aunque como hemos comentado anteriormente, FEAPS-Huelva se integra dentro de una organización a nivel nacional que cuenta con delegaciones en todo el territorio nacional.

5.1.1. Grupos muestrales

En función a los objetivos e hipótesis de nuestro trabajo distribuimos la muestra en los cuatro grupos que pasamos a describir a continuación.

5.1.1.1. Grupo 1: jóvenes asistentes al Centro de Inserción Laboral Valdocco

Los 34 chicos pertenecientes a este grupo son, como ya hemos comentado, jóvenes que abandonaron en su momento los estudios y que viven en un barrio marginal de Huelva con uno de los índices más elevados de delincuencia y drogadicción de la ciudad. Son, por tanto, muchachos que tuvieron problemas para integrarse en el sistema educativo formal y se acercan al Centro de Inserción Laboral Valdocco para asistir a cursos específicos de formación profesional que les permitan en un futuro un mejor acceso al mercado laboral. De hecho, este mismo centro cuenta con convenios específicos con distintas empresas de la provincia para facilitar la transición de estos jóvenes al mundo laboral.



Con respecto a la distribución de la variable sexo en este grupo, el 100% son hombres. La edad de estos jóvenes oscila entre los 15 y 19 años, con una media de 16 y una desviación típica de 1'03. Como podemos observar en la Gráfica 1, entre los 15 y 16 años se agrupa la gran mayoría de ellos (35'4% y 41'9%, respectivamente).

En relación al nivel de estudios, sólo el 32'4% de los chicos que integran este grupo ha concluido la enseñanza obligatoria (E.G.B., E.S.O. o equivalente). Por otra parte, el 78'8% de los jóvenes realiza alguna actividad remunerada además de estudiar, en el 18'2% de los casos sólo estudian y el 3% trabaja únicamente.

En lo que respecta al estado civil, el 100% de los integrantes de la muestra son solteros, viviendo casi la totalidad con los padres (97'1%). Algo menos de la mitad, tienen pareja (47'4%).

Finalmente, respecto al nivel cultural de los padres y madres de los chicos que forman este grupo, en la Figura 2 podemos observar cómo en ambos casos (37'1% y 43'3%, respectivamente) predominan los progenitores con la E.G.B. finalizada o el título de Graduado Escolar, seguidos de aquéllos que sólo poseen estudios primarios (saber leer, escribir y hacer cuentas), así como los que han completado el Bachillerato.

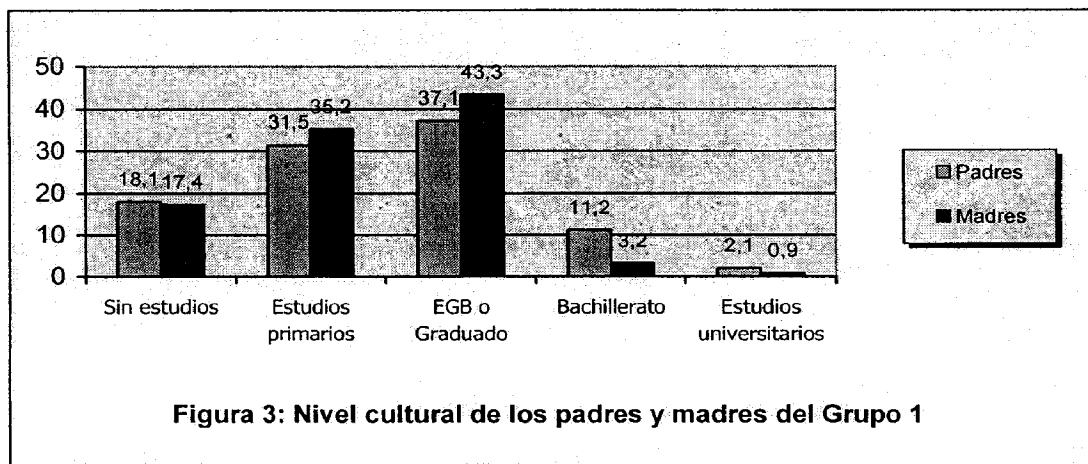


Figura 3: Nivel cultural de los padres y madres del Grupo 1

5.1.1.2. Grupo 2: alumnos de 3º de ESO pertenecientes a centros educativos públicos

Este grupo está compuesto por 93 jóvenes (44 hombres y 49 mujeres) de edades comprendidas entre 14 y 16 años, con una media de 14'48 y una desviación típica de 0'60.

Con respecto al nivel de estudios (al tratarse del criterio definitorio de pertenencia al grupo) el 100% cursa 3º de ESO. Por otra parte, prácticamente la totalidad de los integrantes de este grupo (96'8%) se dedica sólo a estudiar, viven con sus padres (94'6%) y son solteros (96'8%); el 68'1% de los chicos/as no tienen pareja.

Por último, la Figura 3 refleja el nivel cultural de los padres y madres de los jóvenes que componen este grupo. En dicha Figura podemos observar claramente cómo el nivel educativo mayoritario es haber finalizado la EGB o Graduado Escolar (48'9% en el caso de los padres y 63'4% en el de las madres).

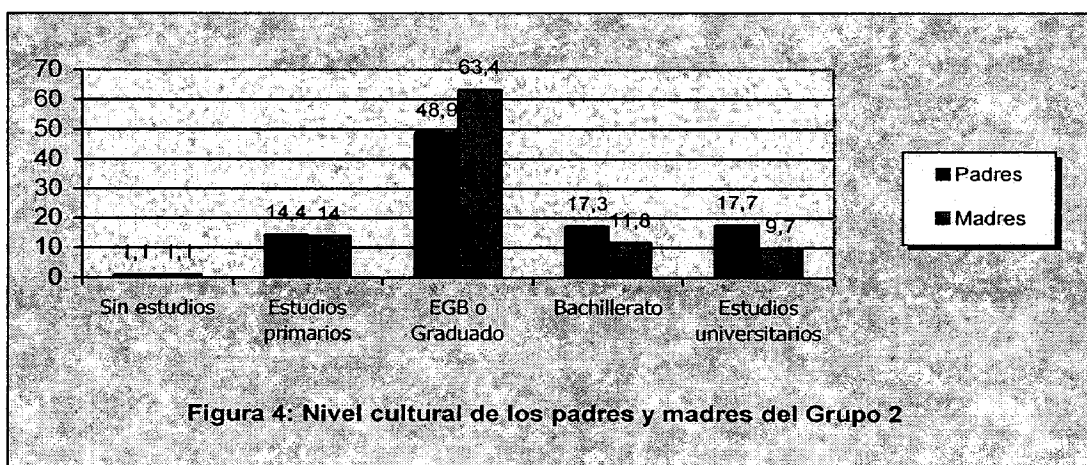
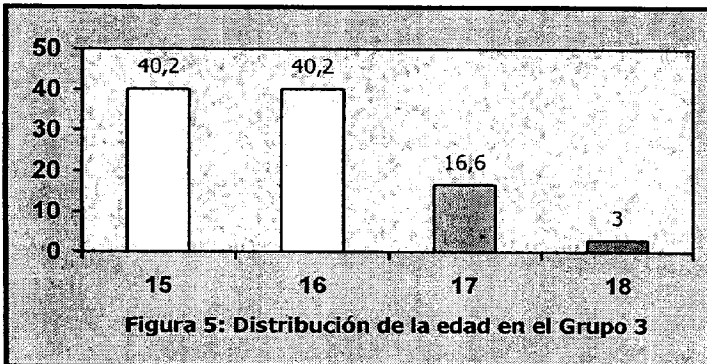


Figura 4: Nivel cultural de los padres y madres del Grupo 2

5.1.1.3. Grupo 3: alumnos de 4º de ESO pertenecientes a centros educativos públicos

Este grupo está formado por un total de 183 jóvenes, de los cuales el 57'9% son chicas y el 42'1% chicos; con respecto al nivel de estudios, como ya hemos comentado anteriormente, debido a que constituye el criterio definitorio de pertenencia al grupo, la totalidad de los integrantes se encuentra cursando en este caso 4º de ESO.



En relación a la edad, ésta se distribuye en un intervalo comprendido entre los 15 y 18 años, con una media de 15'82 y una desviación típica de 0'81. Como podemos observar en la Figura 4, la gran mayoría de los integrantes del grupo tienen 15 ó 16 años (40,2% en ambos casos).

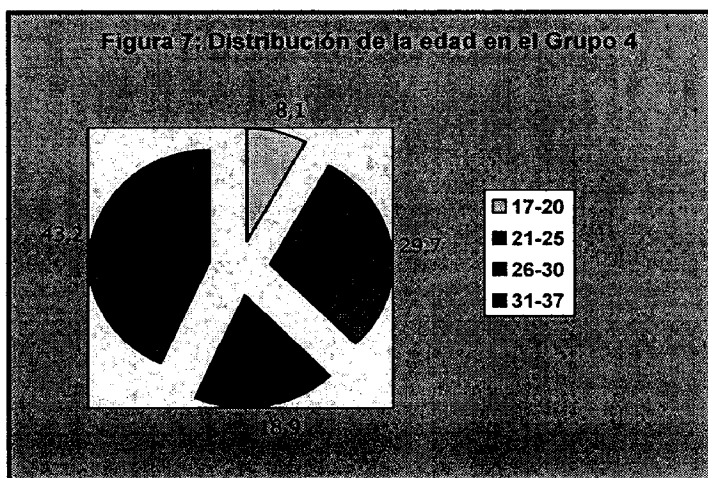
En lo que respecta al estado civil, el 93'8 de los/as jóvenes están solteros y algo menos de la mitad afirma tener pareja (47%). También en este caso, casi la totalidad de la muestra vive con sus padres (97'8%) y sólo se dedica a estudiar (91'8%); no obstante, en este grupo el porcentaje de jóvenes que también trabaja sube al 8'2%.

Para terminar con la descripción de este grupo, en relación al nivel de estudios de los padres y madres de los jóvenes de este grupo, al igual que sucedía en los anteriores, dos niveles (estudios primarios y haber finalizado la EGB o Graduado) agrupan a la gran mayoría de progenitores en ambos casos.



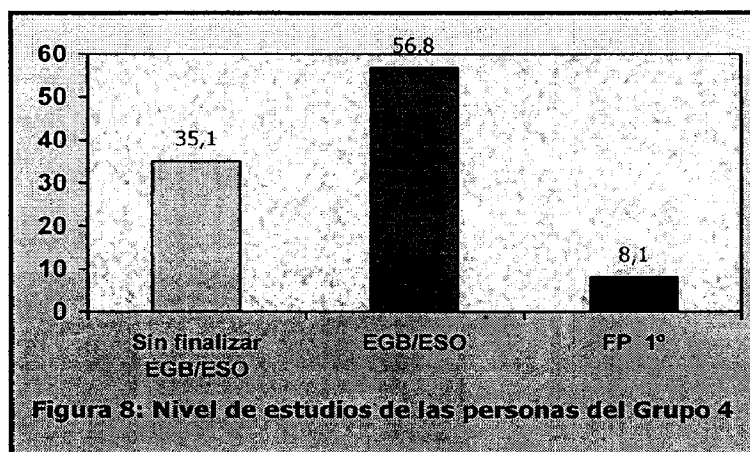
5.1.1.4. Grupo 4: personas con discapacidad intelectual

Este grupo está compuesto por 37 personas (17 hombres y 20 mujeres) diagnosticadas de discapacidad intelectual, usuarios habituales de la Federación Andaluza de Personas con Discapacidad Intelectual (FEAPS-Huelva) o de la Asociación para la Normalización Educativa, Social y Laboral de Personas con Discapacidad Intelectual (AONES), que asisten a las mismas para participar en los distintos programas que éstas llevan a cabo.



La edad de las personas integrantes de este grupo oscila entre los 17 y 36 años, distribuyéndose alrededor de una media de 27'70 años y una desviación típica 5'23. Como podemos comprobar en la Figura 6, los intervalos comprendidos entre 21-25 y 31-37 años son los que agrupan a la gran mayoría de integrantes de esta muestra (29'7% y 43'2, respectivamente).

Por su parte, la Figura 7 recoge el nivel de estudios alcanzado por estas personas. Como podemos apreciar, más de la mitad (56'8%) ha conseguido finalizar la escolarización obligatoria, frente al 35'1% que no lo ha logrado y el 8'1% que tiene estudios de Formación Profesional de primer grado.



Con respecto a la ocupación actual de los integrantes de este grupo, la mayoría se encuentra trabajando (56'8%), el 35'1% continua sus estudios y el 8'1% estudian y trabajan.

Por otro lado, la totalidad de las personas con discapacidad intelectual son solteros, afirmando tener pareja algo más de la mitad (54'1%); con ella conviven en un 8'1% de los casos, aunque la gran mayoría (86'5) lo hace con sus padres.

La Figura 8 refleja la distribución del nivel de estudios de los padres y madres de las personas que forman este grupo. Como se puede apreciar, en el caso de los primeros, predominan los progenitores con título universitario (32'2%), seguidos de aquéllos que han

alcanzado el Bachillerato o la EGB (19'4% en ambos casos). Con respecto a las madres, la mayoría han completado la escolarización obligatoria (29%), seguidas por las que sólo tienen estudios primarios y aquéllas que han alcanzado formación universitaria (25'8% en ambos casos).

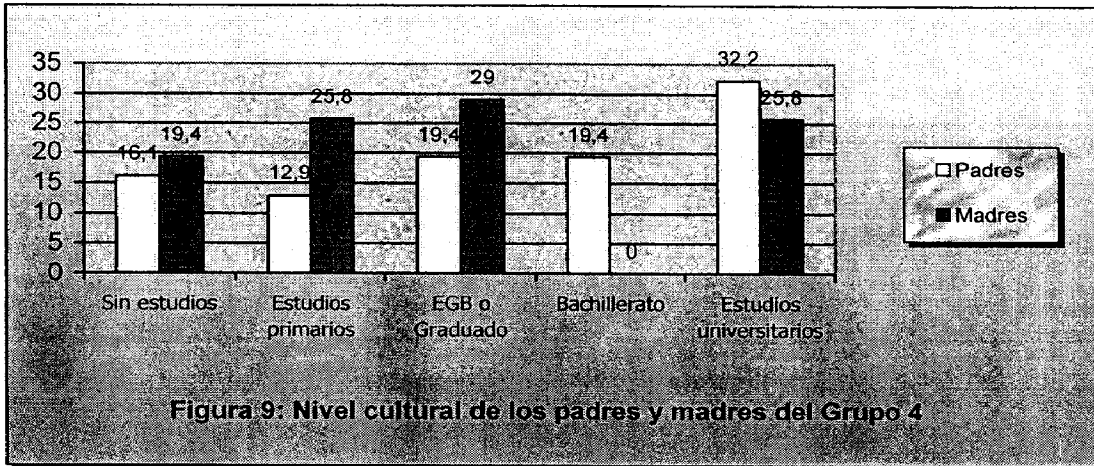


Figura 9: Nivel cultural de los padres y madres del Grupo 4

Por otro lado, basándonos en las historias clínicas de estas personas encontramos las siguientes categorizaciones:

i) en relación al *grado de minusvalía*: 33% (10 participantes); 35% (ocho personas); 36% (seis participantes); 66% (dos personas), 67% (tres participantes); 69% (siete personas) y, por último, una persona tiene un 95% de minusvalía.

ii) Con respecto al *diagnóstico de retraso mental*, 27 están diagnosticados de retraso mental leve y 10 personas de retraso mental moderado.

iii) Por último, existen *otros trastornos diagnosticados* asociados, como son: epilepsia, trastorno de la coordinación y del equilibrio, trastorno de afectividad, crisis parciales de epilepsia con semiología motora, síndrome de Down, hemiplejía derecha por sufrimiento fetal, trastorno del estado de ánimo, depresión endógena multifásica, trastorno psicótico, crisis parciales de epilepsia, encefalopatía connatal que cursa con hemiparesia doble de predominio derecho y hemiplejía del lado derecho.

5.1.2. Criterios de inclusión

5.1.2.1. Comunes a todos los grupos muestrales

Han sido incluidos en la muestra sólo aquellas personas que cumplían los siguientes requisitos:

- Presentar la declaración de voluntariedad por parte del tutor o representante legal, así como la suya propia y pertenencia a alguno de los grupos seleccionados para este estudio.
- No manifestar durante el desarrollo de las distintas evaluaciones o la implantación del programa de intervención sexual, su deseo de abandonar el estudio.
- Acudir a todas las sesiones, tanto de evaluación como de implantación del programa de educación sexual.
- No haber participado con anterioridad en el test-retest de los distintos cuestionarios empleados en esta investigación.

5.1.2.2. Comunes para los grupos de alumnos de los centros educativos públicos

Fueron incluidos todos los jóvenes que, además de los criterios de inclusión anteriormente expuestos, satisfacían el siguiente requisito:

- No tener un índice de absentismo escolar elevado.

5.1.2.3. Grupo de jóvenes asistentes al Centro de Inserción Laboral Valdocco

Han sido incluidos todos los chicos que, además de los criterios de inclusión comunes para todos los grupos, cumplían los siguientes requisitos:

- Asistencia de forma continuada al centro durante el último año.
- Inasistencia a algún centro educativo (público, privado o concertado), es decir, que hubieran abandonado completamente la educación formal reglada.

5.1.2.4. Grupo de personas con discapacidad intelectual

Fueron incluidas todas las personas que, además de los criterios de inclusión comunes para todos los grupos, satisfacían el siguiente requisito:

- Tener las capacidades y habilidades intelectuales suficientes para poder asimilar los contenidos incluidos en el programa de intervención. Quedan excluidas, por tanto, de este estudio, aquellas personas cuyo diagnóstico de discapacidad correspondiese a la categoría “gravemente afectadas”.

5.1.3. Cuestiones éticas

Teniendo en cuenta las características de nuestra investigación (en la que se realiza una recogida de datos de manera individualizada y una posterior intervención) y a tenor de las particularidades de la muestra utilizada (una gran mayoría menores y personas con

discapacidad intelectual), hemos creído necesario cuidar meticulosamente las cuestiones éticas. Para ello, hemos intentado ser fieles a los siguientes artículos del Código Deontológico del Psicólogo, que mostramos a continuación:

II. De la competencia profesional y de la relación con otros profesionales

Artículo 18º: Sin perjuicio de la legítima diversidad de teorías, escuelas y métodos, el Psicólogo no utilizará medios o procedimientos que no se hallen suficientemente contrastados, dentro de los límites del conocimiento científico vigente. En el caso de investigaciones para poner a prueba técnicas o instrumentos nuevos, todavía no contrastados, lo hará saber así a sus clientes antes de su utilización.

III. De la intervención

Artículo 25º: Al hacerse cargo de una intervención sobre personas, grupos, instituciones o comunidades, el Psicólogo ofrecerá la información adecuada sobre las características esenciales de la relación establecida, los problemas que está abordando, los objetivos que se propone y el método utilizado. En caso de menores de edad o legalmente incapacitados, se hará saber a sus padres o tutores. En cualquier caso, se evitará la manipulación de las personas y se tenderá hacia el logro de su desarrollo y autonomía.

Artículo 29º: Del mismo modo, no se prestará a situaciones confusas en las que su papel y función sean equívocos o ambiguos.

Artículo 32º: El Psicólogo debe tener especial cuidado en no crear falsas expectativas que después sea incapaz de satisfacer profesionalmente.

IV. De la investigación y docencia

Artículo 33º: Todo Psicólogo, en el ejercicio de su profesión, procurará contribuir al progreso de la ciencia y de la profesión psicológica, investigando en su disciplina, ateniéndose a las reglas y exigencias del trabajo científico y comunicando su saber a estudiantes y otros profesionales según los usos científicos y/o a través de la docencia.

Artículo 34º: En la investigación rehusará el Psicólogo absolutamente la producción en la persona de daños permanentes, irreversibles o innecesarios para la evitación de otros mayores. La participación en cualquier investigación deberá ser autorizada explícitamente por la/s persona/s con la/s que ésta se realiza, o bien por sus padres o tutores en el caso de menores o incapacitados.

Artículo 37º: La investigación psicológica, ya experimental, ya observacional en situaciones naturales, se hará siempre con respeto a la dignidad de las personas, a sus creencias, su intimidad, su pudor, con especial delicadeza en áreas, como el comportamiento sexual, que la mayoría de los individuos reserva para su privacidad, y también en situaciones -de ancianos,

accidentados, enfermos, presos, etc.- que, además de cierta impotencia social entrañan un serio drama humano que es preciso respetar tanto como investigar.

V. De la obtención y uso de la información

Artículo 39º: En el ejercicio de su profesión, el Psicólogo mostrará un respeto escrupuloso del derecho de su cliente a la propia intimidad. Únicamente recabará la información estrictamente necesaria para el desempeño de las tareas para las que ha sido requerido, y siempre con la autorización del cliente.

Artículo 40º: Toda la información que el Psicólogo recoge en el ejercicio de su profesión, sea en manifestaciones verbales expresas de sus clientes, sea en datos psicotécnicos o en otras observaciones profesionales practicadas, está sujeta a un deber y a un derecho de secreto profesional, del que, sólo podría ser eximido por el consentimiento expreso del cliente. El/la Psicólogo/a velará porque sus eventuales colaboradores se atengan a este secreto profesional.

Artículo 44º: De la información profesionalmente adquirida no debe nunca el/la Psicólogo/a servirse ni en beneficio propio o de terceros, ni en perjuicio del interesado.

Artículo 46º: Los registros escritos y electrónicos de datos psicológicos, entrevistas y resultados de pruebas, si son conservados durante cierto tiempo, lo serán bajo la responsabilidad personal del Psicólogo en condiciones de seguridad y secreto que impidan que personas ajenas puedan tener acceso a ellos.

5.2. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

Para este estudio hemos utilizado dos cuestionarios acerca del SIDA y de las conductas sexuales, uno para su administración a las personas sin discapacidad intelectual y otro para ser aplicado a personas con discapacidad intelectual. Ambos instrumentos, equiparables en cuanto a las variables evaluadas, aunque no con respecto al lenguaje utilizado, serán descritos más adelante. En el caso de los participantes con discapacidad intelectual, el cuestionario incluyó, de forma adicional, tres preguntas abiertas para profundizar sobre determinados contenidos (conocimientos del SIDA y sobre el embarazo). Además, también se incluyeron las historias clínicas de estas personas.

5.2.1. Cuestionarios sobre el SIDA y hábitos sexuales

Estos instrumentos se elaboraron partiendo de otros dos cuestionarios, el “Cuestionario sobre el SIDA” de Espada y Quiles (2001) y el “Cuestionario sobre sexualidad y contracepción” de Oliva, Serra y Vallejo (1993). Antes de pasar a la descripción de los

cuestionarios utilizados en nuestro estudio, detallaremos los dos instrumentos en los que nos hemos basado para la elaboración de los mismos.

5.2.1.1. Cuestionario de Espada y Quiles (2001)

Este instrumento fue creado para jóvenes sin discapacidad y está conformado a su vez por tres cuestionarios independientes (Apéndice A):

- a. *Cuestionario 1: Información sobre el SIDA.* Compuesto por 28 ítems con formato de respuesta dicotómico (V/F). Según los autores, existen tres niveles de respuesta: excelente (81-100% de aciertos), medio (41-80% de respuestas correctas) y bajo (índice de aciertos entre 0 y 40%).
- b. *Cuestionario 2: Vías de transmisión.* Consta de 19 ítems con el mismo formato de respuesta y sistema de codificación que el anterior.
- c. *Cuestionario 3: Actitudes sobre el SIDA.* Compuesto en este caso por 26 ítems a responder en una escala de Lickert que oscila entre 4 (muy de acuerdo) y 0 (muy en desacuerdo). El rango de puntuación se sitúa entre 0 y 104 (la mayor puntuación implica una actitud más positiva hacia las prácticas sexuales).

5.2.1.2. Cuestionario de Oliva, Serra y Vallejo (1993)

Este cuestionario (Apéndice B) fue creado para jóvenes sin discapacidad e incluye contenidos sobre conducta sexual, conocimientos contraceptivos, información sobre sexualidad y centros de planificación, actitudes hacia la sexualidad y la contracepción, así como uso de anticonceptivos. Los contenidos de conducta sexual e información en general se evalúan mediante cuestiones a las que se responde seleccionando la respuesta de entre varias opciones posibles. El resto de contenidos son evaluados en escalas de Likert de cinco puntos, donde 1 (totalmente en desacuerdo) y 5 (totalmente de acuerdo).

Las escalas del cuestionario son las siguientes:

- a. *Aceptación de la propia sexualidad:* también conocida como erotofilia-erotofobia, está constituida por 10 ítems que miden el grado de aceptación de los propios impulsos sexuales. Su coeficiente de fiabilidad alpha es de 0'76.
- b. *Autoestima:* está formada por tres elementos que hacen referencia al atractivo físico. Alcanza una fiabilidad del 0'70.
- c. *Presión normativa:* consta de cuatro ítems referidos a la mayor o menor tolerancia que, en opinión del encuestado, padres y amigos manifiestan hacia el mantenimiento de relaciones sexuales por parte de éste. Su coeficiente de fiabilidad alpha es de 0'58.

- d. *Valoración del coito*: compuesta por cuatro elementos que evalúan la mayor o menor importancia atribuida a la penetración en la relación sexual. Su fiabilidad es de 0'74 (coeficiente alpha).
- e. *Expectativas de futuro*: consta de tres ítems que miden la confianza o ilusión manifiesta hacia el futuro (sobre todo a nivel académico y profesional). Obtiene un coeficiente alpha de 0'67.
- f. *Actitud hacia el embarazo*: formada por ocho elementos, hace referencia a la aceptación o rechazo a un embarazo en el momento actual. Su fiabilidad alpha es de 0'30.
- g. *Asertividad contraceptiva*: escala que consta de cinco ítems que informan sobre la disponibilidad para comprar o conseguir anticonceptivos y plantearle su uso a la pareja sin sentirse avergonzado. Obtiene un coeficiente alpha de fiabilidad de 0'64.
- h. *Actitud hacia los anticonceptivos*: 10 elementos evalúan las ventajas o desventajas percibidas en el uso de anticonceptivos y la disposición a su utilización. Alcanza un coeficiente alpha de fiabilidad de 0'71.
- i. *Conocimientos sobre contracepción*: escala diferente a las anteriores, ya que el encuestado debe determinar la veracidad o falsedad de cada una de las 12 afirmaciones (sobre posibilidades de embarazo, métodos anticonceptivos y enfermedades de transmisión sexual) que la componen. Su coeficiente alpha de fiabilidad es de 0'71.
- j. *Eficacia contraceptiva*: esta variable es evaluada a través de una serie de preguntas acerca de la frecuencia y tipo de anticonceptivos utilizados en las relaciones con penetración. La mayor eficacia de éstos viene determinada por la frecuencia de uso y por la fiabilidad del método utilizado [*marcha atrás* (0'5); *Ogino* (1); *cremas espermicidas*, *díafragmas* y *preservativos* (3); *D.I.U.* y *píldora anticonceptiva* (4)].

El resto de contenidos, no recogidos en escalas, se agrupan en tres bloques:

- a. *Conducta sexual*. 30 preguntas sobre autoerotismo y relaciones sexuales (con y sin penetración).
- b. *Información, conocimiento y uso de servicios*. Hace referencia a cuestiones sobre necesidades y fuentes de información, conocimientos y uso de servicios de planificación, preferencias en cuanto a las características de estos servicios, etc.
- c. *Variables socio-demográficas*.

5.2.1.3. Elaboración y descripción de los instrumentos

Tal y como hemos comentado anteriormente, partiendo de los instrumentos de Espada y Quiles (2001) y Oliva, Serra y Vallejo (1993), desarrollamos los cuestionarios específicos utilizados en esta investigación. Cronológicamente, en primer lugar, elaboramos el

“Cuestionario sobre el SIDA y hábitos sexuales para personas sin discapacidad intelectual” para, posteriormente partiendo de éste, desarrollar el “Cuestionario sobre SIDA y hábitos sexuales para personas con discapacidad intelectual”. Exponemos a continuación el procedimiento seguido en la elaboración de cada uno de ellos.

5.2.1.3.1. Cuestionario sobre el SIDA y hábitos sexuales para personas sin discapacidad intelectual

El cuestionario aplicado a los jóvenes sin discapacidad intelectual (Apéndice C) consta de 43 ítems, agrupados en cinco bloques que pasamos a describir.

- **BLOQUE 1. Variables Sociodemográficas (ítems 1 a 10):** Se trata de 10 ítems extraídos del cuestionario de Oliva, Serra y Vallejo (1993). En concreto, seleccionamos los elementos que recogían información sobre la edad, el sexo, estado civil, nivel de estudios, dedicación, con quien vivía en el momento de la evaluación, si tenía pareja (en el caso de tenerla, cuánto tiempo llevaba con ella), así como el nivel cultural de los padres. Todos los ítems contaban con opciones de respuesta cerrada.
- **BLOQUE 2. Conocimientos sobre el SIDA (ítems 1 a 14):** En este bloque se seleccionaron y adaptaron 14 ítems del cuestionario de Espada y Quiles (2001), de los cuales, seis fueron extraídos del cuestionario 1 de los citados autores (recogen información sobre el SIDA) y los ocho restantes del 2 (centrados en las vías de transmisión del virus del VIH). Las opciones de respuesta eran: “Verdadera”; “Falsa” y “No sabe/No contesta”.
- **BLOQUE 3. Conocimientos sobre el embarazo (ítems 15 a 20):** Cinco elementos seleccionados y adaptados del cuestionario de Oliva, Serra y Vallejo (1993) componen este bloque sobre conocimientos relacionados con comportamientos y/o situaciones que pueden propiciar o evitar un embarazo. El formato de respuesta es el mismo que en el caso anterior.
- **BLOQUE 4. Adopción de comportamientos de riesgo (ítems 21 a 26):** Se incluyeron aquí seis ítems extraídos y adaptados del último apartado del cuestionario de Espada y Quiles (2001). Evalúan comportamientos cuya adopción podrían conllevar el contagio del SIDA, con las siguientes opciones de respuesta: “Sí”; “No”; “No sabe/No contesta”. Por último, comentar que en el elemento 26, dada la naturaleza de la pregunta, tuvimos que formular una versión para hombres y otra para mujeres.
- **BLOQUE 5. Conductas sexuales (ítems 27 a 33):** Consta de siete ítems que se refieren a conductas o comportamientos sexuales, tales como: con qué frecuencia se tocan o masturban; si han tenido alguna relación sexual con penetración; si han tenido un contacto sexual con alguien sin haberlo deseado; si en sus relaciones sexuales han tenido alguna vez algún tipo de problema; con qué frecuencia tienen relaciones

sexuales con penetración; con quién han tenido esas relaciones sexuales con penetración; y qué método anticonceptivo han utilizado en sus relaciones con penetración para evitar el embarazo. Cuenta con opciones de respuesta cerrada, variando de una cuestión a otra.

Fiabilidad

Para asegurar la eficacia del cuestionario, utilizamos dos procedimientos:

- **Método test-retest:** Para comprobar la fiabilidad se aplicó a 35 jóvenes (cinco chicos/chicas de cada uno de los cinco centros educativos seleccionados para este estudio) y cinco chicos del Centro de inserción laboral de Valdocco. Todos cumplían los criterios de inclusión de esta investigación y ninguno de ellos participó con posterioridad en este trabajo.

El procedimiento seguido fue explicar los objetivos del trabajo y pedir voluntarios que nos garantizaran su compromiso en la segunda evaluación. Así pues, se aplicó el cuestionario en dos ocasiones con un intervalo de un mes. Los análisis de los datos resultantes mostraron una fiabilidad test-retest de 0'88.

- **Coefficiente Alpha de Cronbach:** Para la obtención del mismo sólo utilizamos los ítems de los Bloques 2 y 3 (los únicos que evalúan conocimientos). Recordemos que este coeficiente sólo es válido si todos los elementos miden una misma dimensión; de ahí que fuera necesario eliminar los ítems 1 a 10 (Bloque 1) relacionados con variables sociodemográficas y los elementos de los bloques 4 y 5, relacionados con la adopción de comportamientos de riesgo y comportamientos sexuales, respectivamente. El resultado obtenido fue de $\alpha = 0'92$

Validez

- **Validez aparente:** Para llevar a cabo este análisis, se reunió a un grupo de expertos formado por distintos profesionales con experiencia en este ámbito de trabajo. Más concretamente, se trataba de siete profesores del Departamento de Psicología de la Universidad de Huelva pertenecientes a diferentes áreas de conocimiento: Metodología de las ciencias del comportamiento, Personalidad, evaluación y tratamiento psicológicos, Psicología evolutiva y de educación y Psicología social. Todos ellos llegaron a la conclusión de que el cuestionario evaluaba las dimensiones que realmente pretendía medir.
- **Validez muestral:** Aplicando el índice de congruencia de Hamblenton, en su versión española reducida de Croiker y Algina (Senra y Senra, 1995) al grupo de expertos, todos los ítems que integran este cuestionario se sitúan entre unos valores de 0'97-0'99, demostrando un elevado nivel de congruencia.

5.2.1.3.2. Cuestionario sobre el SIDA y hábitos sexuales para personas con discapacidad intelectual

El cuestionario que hemos aplicado a los jóvenes con discapacidad intelectual consta de 46 ítems (Apéndice D) agrupados en seis bloques que pasamos a describir más adelante. Este instrumento es una adaptación, llevada a cabo por la autora de este trabajo de investigación, del instrumento empleado en personas sin discapacidad intelectual. Dicha adaptación implicó una reformulación de los ítems (acorde al nivel de comprensión verbal de este colectivo de personas), así como la modificación de las alternativas de respuesta de los ítems del Bloque 1 y 5 (permitiéndose respuestas abiertas).

- **BLOQUE 1. Variables Sociodemográficas (ítems 1 a 10):** Los ítems son los mismos que los del cuestionario aplicado a los chicos sin discapacidad intelectual aunque, como hemos comentado, con un formato de respuesta abierta.
- **BLOQUE 2. Conocimientos sobre el SIDA (ítems 1 a 14); BLOQUE 3. Conocimientos sobre el embarazo (ítems 15 a 20); y BLOQUE 4. Adopción de comportamientos de riesgo (ítems 21 a 26):** Corresponde a la adaptación de los bloques originales del cuestionario empleado en los jóvenes sin discapacidad. Como hemos referido, la adaptación consistió en el empleo de un lenguaje más comprensible y asequible a estas personas. Las opciones de respuesta se conservaron iguales al otro cuestionario. Por último, comentar que el ítem 26 del bloque 4, también fue formulado de manera diferencial para hombres y mujeres.
- **BLOQUE 5. Conductas sexuales (ítems 27 a 33):** En este bloque sólo se adaptaron dos de los elementos (27 y 29). No obstante, debido a la amplitud de las opciones de respuesta de algunos de los ítems y para simplificar el proceso de evaluación, se optó por la respuesta abierta. No obstante, posteriormente para el análisis estadístico, fueron codificadas en el mismo formato de respuesta cerrada del cuestionario original.
- **BLOQUE 6. Ítems específicos (ítems 34 a 36):** Finalmente, incluimos tres preguntas abiertas para profundizar en los conocimientos que estas personas tenían sobre el SIDA y los métodos anticonceptivos: “¿Qué es el SIDA?”; “¿Como se pega el SIDA de una persona a otra?”; y “¿Cuál es la mejor manera para que una chica no se quede embarazada?”.

Fiabilidad

Los procedimientos empleados para comprobar la eficacia del cuestionario, son los mismos que en el caso del instrumento para jóvenes sin discapacidad intelectual.

- **Método test-retest:** Se aplicó el cuestionario a 10 personas con discapacidad intelectual que cumplían todos los criterios de inclusión de esta investigación, no participando tampoco ninguno de ellos con posterioridad en este trabajo de

investigación. El procedimiento seguido fue idéntico al caso anterior. Tras aplicar el cuestionario en dos ocasiones con un intervalo de un mes, se encontró una fiabilidad test-retest de 0'84.

- **Coefficiente Alpha de Cronbach:** Por los mismos motivos que en el cuestionario de jóvenes sin discapacidad intelectual, este coeficiente sólo se aplicó a los Bloques 2 y 3. El resultado fue de $\alpha = 0'9$.

Validez

- **Validez aparente:** el mismo grupo de expertos al que hemos hecho alusión anteriormente, llegó también a la conclusión de que el cuestionario medía las dimensiones que realmente pretenden evaluar.
- **Validez muestral:** aplicando el índice de congruencia de Hamblenton, en su versión española reducida de Croiker y Algina (Senra y Senra, 1995), todos los ítems que componen este cuestionario se sitúan entre unos valores entre 0'94 y 0'98.

5.2.2. Historia clínica de las personas con discapacidad intelectual

La historia clínica de cada una de estas personas responde a la valoración diagnóstica llevada a cabo por el Centro de Valoración y Orientación de personas con discapacidad de la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social de la Junta de Andalucía. En dicha valoración, se incluye el diagnóstico de retraso mental, el grado de minusvalía, así como variables clínicas relevantes.

5.3. PROCEDIMIENTO

El tipo de muestreo utilizado para la selección de los diferentes grupos anteriormente descritos fue de tipo incidental. Dadas las características de la muestra, el diseño empleado fue cuasiexperimental con dos medidas, pre-intervención y post-intervención, y cuatro grupos muestrales.

Esta investigación, desarrollada durante dos años, ha supuesto un complejo proceso de diseño, puesta en marcha y ejecución. Exponemos a continuación la cronología de la misma, así como los programas de intervención aplicados a los distintos grupos muestrales.

5.3.1. Fase 1: Preparatoria y diseño de la investigación

Durante el año 2003 y principios del 2004 y tras haber participado en una evaluación de las conductas sexuales de los jóvenes onubenses, los resultados obtenidos nos llevan a plantear la

puesta en marcha de un programa de intervención con el fin de optimizar los conocimientos que estos jóvenes tenían sobre ciertos aspectos de la sexualidad.

Por otro lado, dado el interés personal y a falta de estudios rigurosos en torno a la sexualidad de las personas con discapacidad intelectual, nos planteamos como objetivo prioritario trabajar con este colectivo.

Empezamos así a realizar una intensa búsqueda bibliográfica que nos permitiera conocer la situación actual de nuestro objeto de estudio y llevamos a cabo el diseño de la investigación, tras lo cual, iniciamos el proceso de adaptación de los programas de intervención, así como la elaboración de los materiales específicos para la implementación de los mismos.

5.3.2. Fase 2: Elaboración y adaptación de los cuestionarios

Los primeros cinco meses del año 2004 nos sirvieron para la construcción de los cuestionarios, así como para determinar las garantías científicas de los mismos. En esta fase, se realizaron las pruebas test-retest a las submuestras anteriormente señaladas. Hemos de resaltar que en principio, se incluyeron dos instrumentos testológicos más: el “Cuestionario de vida relacionado con la salud COOP-WONCA (adaptado por Lizán y Reig, 1999)” que se intentó aplicar a todos los participantes y la “Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud” (OMS, 2001). Sin embargo, ambos fueron imposibles de aplicar en la submuestra de personas con discapacidad intelectual debido en el primer caso al cansancio y falta de concentración que mostraron las personas con discapacidad intelectual para completar los instrumentos que le planteamos y en el segundo por la complejidad que tiene la “Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud” para completarla.

Al mismo tiempo, se realizaba el proceso de elaboración de los dos programas de intervención que iban a ser utilizados en nuestro estudio (uno para personas con discapacidad intelectual y otro para jóvenes sin ella), incluyendo los materiales didácticos necesarios para su implementación⁹.

A pesar de la complejidad que iba a suponer tanto las distintas evaluaciones como las intervenciones a todos los grupos seleccionados (en total se seleccionaron 14 grupos de trabajo entre las personas con discapacidad intelectual y los sin discapacidad intelectual) se decidió que tanto las evaluaciones como la aplicación de los programas de educación sexual fueran realizados por la misma persona (la propia doctoranda), para así poder controlar en mayor medida la posible contaminación de los resultados. Ello supuso no poder aplicar de forma simultánea todas intervenciones. Por ello se optó, en primer lugar aplicar el programa de intervención a las personas sin discapacidad intelectual y con posterioridad a las personas con discapacidad intelectual.

⁹ El contenido de ambos programas será expuesto de forma pormenorizada más adelante.

5.3.3. Fase 3: desarrollo del programa de intervención en los grupos de personas sin discapacidad intelectual

Esta fase abarca desde septiembre de 2004 hasta mayo de 2005; la secuenciación que se siguió fue la siguiente:

5.3.3.1. Paso 1: Contactos previos y consentimiento informado

Dependiendo del tipo de centro/entidad con el que era necesario contactar para poder llevar a cabo este estudio, se siguieron los procedimientos que detallamos a continuación. Este paso abarcó todo el mes de septiembre de 2004.

Centros públicos de Enseñanza Secundaria Obligatoria

A principios del mes de septiembre de 2004, se contacta telefónicamente con los directores de cada uno de los centros seleccionados para concertar una cita. En ese primer contacto telefónico, se les informa de los objetivos generales de la investigación, así como de la complejidad de la misma y se les pide que para la posterior reunión, convoquen tanto a los tutores de los cursos elegidos (3º y 4º de ESO) como a orientadores y jefes de estudios.

En las semanas siguientes se llevan a cabo todas las reuniones, en las cuales se les presenta la investigación (de forma audiovisual y en formato papel), se les explican con detalle los contenidos y actividades a llevar a cabo, así como la temporalización de los mismos. La respuesta de los centros fue altamente favorable, haciéndonos la sugerencia de desarrollar el programa de educación sexual en las horas destinadas a las tutorías obligatorias.

Antes de concluir la reunión planteamos también la necesidad de contactar con las Asociación de Madres y Padres de Alumnos (AMPAS), así como el requisito de que tanto los alumnos como los padres de los mismos deberán firmar un escrito dando su consentimiento para la participación en el estudio. Dichos escritos de consentimiento se adjuntan en el Apéndice E.

Por último, se realizan los encuentros con las Asociaciones de Madres y Padres de Alumnos (AMPAS), donde seguimos el mismo proceder que habíamos empleado en las reuniones con los directores de los centros. La respuesta de los distintos miembros de las AMPAS fue también muy positiva, ofreciendo su respaldo y apoyo a nuestra investigación. Como prueba de la aceptación del programa, es la solicitud por su parte de incluir en las Escuelas de Padres sesiones formativas relacionadas con la sexualidad.

Centro de Inserción Laboral Valdocco

Igual que en el caso anterior se llevó a cabo un primer contacto telefónico de las mismas características que el efectuado en los centros educativos públicos. En esta ocasión, nos recibieron la Directora del centro, la psicóloga y el jefe de talleres. No obstante, no se pudo realizar una reunión con los padres de los chicos asistentes al centro ya que, tal y como nos

informaron los responsable del centro, la mayoría de ellos pertenecen a familias desestructuradas, por lo que el contacto con las mismas es mínimo. En cualquier caso, de igual manera, nosotros mantuvimos el requisito de que, tanto los chicos como sus padres (en el caso de menores de edad) dieran su consentimiento para participar en la investigación (Apéndice E).

5.3.3.2. Paso 2: Primera evaluación (pre-intervención)

A principios de noviembre de 2004 se inició la primera evaluación de todos los alumnos pertenecientes a los Centros Educativos y al Centro de Inserción Laboral de Valdocco, evaluación que se prolongó durante todo ese mes. Todas las evaluaciones de los chicos sin discapacidad se realizaron de forma colectiva, en el aula de clase, procediendo los alumnos a la autocumplimentación del cuestionario (invirtiendo alrededor de 20-30 minutos).

5.3.3.3. Paso 3: Aplicación del programa de educación sexual (intervención)

En enero de 2005 se inicia esta nueva fase, la cual concluye en abril de ese mismo año. Dados los objetivos e hipótesis de nuestro estudio se aplican dos programas de educación sexual diferentes: uno para personas sin discapacidad y otro para personas con discapacidad intelectual.

Dichos programas de intervención, basados en el programa Harimaguada al que hemos hecho referencia con anterioridad en el Capítulo 3 de este trabajo, son equiparables en cuanto a objetivos (tanto de contenido como actitudinales). No obstante, la planificación de los mismos y las fases temporales difieren entre sí debido a la necesidad de adaptación del programa para las personas con discapacidad intelectual (como ya hemos comentado) a su nivel de comprensión y asimilación de contenidos. A continuación, pasamos a describir tanto el programa original Harimaguada como la adaptación del mismo que se realizó para las personas sin discapacidad intelectual.

Programa Harimaguada

Consta de 10 unidades temáticas (Tabla 23) relacionadas con distintos ámbitos de trabajo de la sexualidad. El programa no estipula de antemano una duración determinada y, como podemos observar, abarca todos los aspectos biopsicosociales de la sexualidad y entiende el desarrollo sexual como parte imprescindible del desarrollo integral de la persona.

Tabla 23: Programa Harimaguada	
Unidad temática 1: Somos seres sexuados	
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Asumir positiva y responsablemente el hecho sexual humano aceptando la sexualidad como fuente de salud, placer y afectividad. ▪ Tomar conciencia de la regulación social de la sexualidad y desarrollar el diálogo en torno a este hecho.
Contenidos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Las creencias en torno a la sexualidad. ▪ Las posibilidades de la sexualidad: afecto, comunicación, placer, procreación..... ▪ El hecho sexual humano: <ul style="list-style-type: none"> - Niveles biofisiológicos y psicosociales de la sexualidad. - La sexualidad cambia en relación con la edad. - La sexualidad como una dimensión fundamental que mediatiza todo nuestro ser. - La regulación social de la sexualidad: influencias culturales, sociales e históricas.
Actitudes, valores y normas	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Asunción progresiva de la sexualidad como fuente de salud, placer, afectividad, comunicación... ▪ Adopción del diálogo como fuente enriquecedora de las relaciones interpersonales dentro del grupo de iguales, de la familia..... ▪ Valoración crítica de la regulación social de la sexualidad en nuestra sociedad y en otras culturas. ▪ Desarrollo del espíritu crítico y la tolerancia en torno a las vivencias afectivo-sexuales propias y de las demás personas.
Unidad temática 2: Desarrollo Sexual	
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Conocer y asumir positivamente los principales cambios biofisiológicos, psicológicos y sociales de la adolescencia, consolidando hábitos de higiene y cuidado personal, desterrando los mitos y tabúes relacionados con estos cambios y fomentando la autoestima y la reafirmación de una identidad sexual libre de elementos de género discriminatorios.
Contenidos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Principales cambios bio-fisiológicos: (cambios en la figura corporal; ovulación y menstruación; erección y eyaculación) ▪ Principales cambios psicológicos: (nuevo cuerpo funcional; reafirmación de la identidad sexual; nuevos sentimientos psicosexuales.) ▪ Principales cambios sociales: La adolescencia como un hecho cultural. ▪ Hábitos de higiene y cuidado corporal.
Actitudes, valores y normas	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Asunción positiva y responsable del propio cuerpo sexuado, de sus posibilidades y capacidades. ▪ Tolerancia y respeto por las diferencias individuales que tienen su origen en características individuales. ▪ Reconocimiento y aceptación de las posibilidades del propio cuerpo a partir de un mejor conocimiento del mismo. ▪ Desarrollo de una actitud crítica ante todos los mitos y creencias infundados que rodean los cambios que se producen en la adolescencia. ▪ Valoración crítica de la presión que ejercen los modelos de belleza y las modas sobre nuestras preferencias y comportamientos. ▪ Reafirmación de una identidad sexual libre de elementos de género discriminatorios. ▪ Valoración de los efectos que tiene sobre la salud el cuidado corporal y disposición a comportarse de forma coherente con dicha valoración. ▪ Adopción del diálogo y el razonamiento de las opiniones como elementos favorecedores de la resolución de conflictos personales y sociales.

Tabla 23 (Continuación)

Unidad temática 3: Fecundación, Embarazo y Parto	
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> Profundizar en el conocimiento de los procesos de fecundación, embarazo y parto, así como en los cuidados que requiere la mujer embarazada y la criatura; diferenciar la sexualidad de la reproducción y asumiendo ésta como una posibilidad a la cual se debe optar libre y responsablemente.
Contenidos	<ul style="list-style-type: none"> La reproducción como una de las funciones de la sexualidad. La fecundación: (Concepto; Condiciones para quedar embarazada; Asignación del sexo; Proceso de la fecundación; Variantes de la fecundación: poliovulación y poliembrionía; Nuevas técnicas reproductivas) El embarazo: (Desarrollo del embrión y del feto; Nociones básicas sobre anomalías y malformaciones; Cuidados de la embarazada: alimentación, ejercicio, control médico...) El parto: (Desarrollo del parto: períodos de dilatación, expulsión y alumbramiento; Dificultades que pueden aparecer: presentación anómala del feto, prematura, cesárea, aborto...) El puerperio. (Los cuidados que requiere la criatura. Papel del padre y de la madre; Los embarazos en la adolescencia; La maternidad y la paternidad como una opción deseada y responsable)
Actitudes, valores y normas	<ul style="list-style-type: none"> Asunción de la sexualidad como fuente de comunicación, afectividad y placer, y, si se desea, como fuente de reproducción. Reconocimiento de la reproducción como una opción que se debe asumir libre y responsablemente. Valoración crítica de las consecuencias que se derivan de los embarazos en la adolescencia. Valoración crítica de las influencias del desarrollo tecnológico en los procesos de fecundación, embarazo y parto. Desdramatización del dolor de la mujer y la criatura durante el parto. Asunción del cuidado de la criatura como responsabilidad del padre y de la madre. Adopción del diálogo y el razonamiento de las opiniones como elementos favorecedores de la resolución de conflictos personales y sociales.
Unidad temática 4: Anticoncepción y aborto	
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> Conocer críticamente los métodos anticonceptivos, desarrollando una actitud positiva y conductas responsables ante su uso y entendiendo que en muchas ocasiones las personas se relacionan sexualmente sin desear por ello el nacimiento de un hijo o de una hija. Conocer lo que es un Centro de Orientación Familiar y fomentar la utilización de sus servicios.
Contenidos	<ul style="list-style-type: none"> Métodos anticonceptivos: (¿qué son?; acceso; ventajas e inconvenientes) Regulación social de los métodos anticonceptivos Centros de Orientación Familiar: (¿qué son?; localización; acceso; personas usuarias) Otros servicios de información: teléfonos de información sexual, centros de información juvenil... Aborto: (¿qué es?; tipos; situación en el Estado español; situación en otros países)
Actitudes, valores y normas	<ul style="list-style-type: none"> Asunción de la sexualidad como fuente de comunicación, afectividad y placer y, si se desea, como fuente de reproducción. Asunción de las consecuencias que puede traer consigo un embarazo prematuro y no deseado. Asunción del empleo de los métodos anticonceptivos como responsabilidad de hombres y mujeres. Desarrollo del espíritu crítico y la tolerancia en torno a las diferentes posturas ante la anticoncepción y el aborto. Adopción del diálogo y el razonamiento de las opiniones como elementos favorecedores de la resolución de conflictos personales y sociales.

Tabla 23 (Continuación)	
Unidad temática 5: Enfermedades de Transmisión Sexual y Sida	
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Conocer en qué consisten las enfermedades de transmisión sexual y el SIDA, cómo se transmiten, y las principales medidas para prevenirlas, incorporando éstas a su vida amplia y positiva de la sexualidad, adoptando una actitud crítica ante las reacciones insolidarias y sensacionalistas de algunos medios de comunicación y sectores sociales frente a tales enfermedades.
Contenidos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Enfermedades de transmisión sexual (E.T.S.): (definición.; vías de transmisión; sintomatología; medidas Preventivas) ▪ SIDA: (definición; vías de transmisión; conductas de riesgo; medidas preventivas) ▪ Aspectos psicosociales de las E.T.S y del SIDA
Actitudes, valores y normas	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Desarrollo de una actitud crítica ante los mitos, creencias erróneas y sensacionalismos ligados a las E.T.S. y al SIDA. ▪ Valoración de las consecuencias negativas que pueden tener sobre la salud determinadas conductas sexuales. ▪ Adopción del diálogo como elemento favorecedor de la resolución de conflictos personales y sociales. ▪ Asunción de la medidas higiénicas necesarias que favorezcan la prevención de las E.T.S. y la salud en general. ▪ Adopción y valoración positiva de las medidas de prevención del SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual.
Unidad temática 6: Relaciones interpersonales	
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reconocer el significado y la importancia de las relaciones interpersonales que se establecen con la familia y con el grupo de iguales, entendiendo éstos como núcleos flexibles y variables, analizando críticamente las relaciones que se establecen entre los miembros que los forman y desarrollando capacidades que faciliten la expresión de sentimientos, afectos y deseos propios, así como la comprensión, el respeto, la aceptación o el rechazo de las demás personas.
Contenidos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Concepto de familia. ▪ Cambios sociales experimentados en la estructura familiar. ▪ Tipos de organización familiar en la actualidad. ▪ Tareas y responsabilidades de cada miembro de la familia. ▪ La amistad. ▪ Elementos implicados en las relaciones interpersonales: apoyo emocional, comunicación, ayuda, compromiso, afecto, cooperación.....
Actitudes, valores y normas	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Valoración de la comunicación, el afecto, el apoyo emocional...que se establecen en las relaciones interpersonales, como un medio de desarrollo personal y colectivo. ▪ Respeto y valoración de los diversos núcleos familiares existentes. ▪ Aceptación del reparto de responsabilidades entre todos los miembros de la familia, sin discriminaciones por razón de edad o sexo. ▪ Tolerancia, respeto y valoración crítica de las distintas estructuras familiares existentes en diversas épocas históricas y culturales diferentes a las propias. ▪ Predisposición a establecer relaciones afectivas enriquecedoras dentro de la familia y del grupo de iguales. ▪ Valoración crítica de las conductas y comportamientos discriminatorios y actuación en consecuencia. ▪ Predisposición a mostrar tolerancia y solidaridad con las demás personas y a pedir ayuda cuando se necesite.

Tabla 23 (Continuación)

Unidad temática 7: Orientación del Deseo, Sentimientos y Conductas Sexuales	
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Asumir los cambios psico-sexuales que se viven en la adolescencia, conociendo las diferentes orientaciones del deseo, analizando los factores sociales, históricos e ideológicos que influyen en los cambios de las conductas sexuales, aceptando su propia orientación y la de las demás personas y diferenciando las formas saludables de las parafilias. ▪ Distinguir, asimismo, los sentimientos sexuales (deseo, atracción y enamoramiento) que vivirán a partir de ahora, valorando positivamente el papel que juega la comunicación, la intimidad, el afecto y el compromiso en las relaciones interpersonales y fomentando las vivencias de éstas en un plano de igualdad, responsabilidad y respeto mutuo.
Contenidos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cambios psico-sexuales en la adolescencia: (especificación y orientación del deseo sexual; sentimientos sexuales.) ▪ Orientación del deseo sexual: (bisexualidad; heterosexualidad; homosexualidad; parafilias) ▪ Sentimientos sexuales: (Deseo; Atracción; Enamoramiento) ▪ Conductas sexuales: (Autoestimulación; Caricias; Coito) ▪ Elementos implicados en las relaciones afectivo-sexuales: (Comunicación; Placer; Intimidad; Afecto; Compromiso.) ▪ Normas, moral, costumbres y valores en relación con la sexualidad.
Actitudes, valores y normas	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Desarrollo del espíritu crítico y la tolerancia en torno a las vivencias afectivo-sexuales propias y de las demás personas. ▪ Valoración positiva del papel que desempeña la comunicación, el afecto, la atracción, el apoyo emocional, el compromiso... en las relaciones afectivo-sexuales. ▪ Aceptación positiva de la propia orientación del deseo sexual y la de las demás personas. ▪ Valoración crítica de la regulación social de la sexualidad en nuestra sociedad y en otras culturas. ▪ Valoración crítica de las conductas y comportamientos discriminatorios y actuación en consecuencias.
Unidad temática 8: Respuesta Sexual Humana y Disfunciones Sexuales	
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Asumir positivamente las sensaciones placenteras que nos proporciona el cuerpo sexuado ante los estímulos y vivencias sexuales, conociendo las fases de la Respuesta Sexual Humana y las similitudes y diferencias que existen en este terreno entre hombres y mujeres, desmitificando los tabúes asociados a éstas. Asimismo, conocer las principales disfunciones sexuales y sus causas y desarrollar las habilidades necesarias que les permitan acudir a especialistas que les puedan orientar al respecto.
Contenidos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Respuesta Sexual Humana: (Fases; Fisiología; Diferencias y semejanzas entre sexos) ▪ Alteraciones en las distintas fases: (Deseo inhibido; Deseo hiperactivo; Inhibición de la excitación sexual femenina; Disfunción eréctil; Eyaculación precoz; Dispareunia; Vaginismo) ▪ Origen de las disfunciones: (Factores psicológicos; Factores fisiológicos; Factores socioambientales) ▪ Aspectos preventivos de las disfunciones sexuales. ▪ Centros de Información y Orientación.
Actitudes, valores y normas	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Asunción positiva del cuerpo como fuente de sensaciones, afectividad, comunicación y placer. ▪ Valoración positiva del efecto favorecedor que tiene la comunicación y el diálogo en las relaciones afectivo-sexuales. ▪ Asunción positiva de la variedad de estímulos sexuales y de respuestas personales ante ellos. ▪ Valoración crítica de los mitos relativos a la Respuesta Sexual Humana y a las disfunciones sexuales. ▪ Predisposición a acudir a un Centro de Salud en caso de padecer una disfunción sexual.

Tabla 23 (Continuación)	
Unidad temática 9: La comercialización del sexo y la violencia sexual	
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Conocer la realidad en torno a la comercialización del sexo y la violencia sexual en nuestra sociedad, profundizando en los factores sociales y personales que repercuten en este tipo de fenómenos y en las consecuencias que se derivan de los mismos; adquirir habilidades sociales que faciliten la prevención y la respuesta adecuada ante las agresiones sexuales.
Contenidos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Las agresiones sexuales: abusos sexuales a menores, acoso sexual, violación y malos tratos domésticos. ▪ Sexualidad y violencia en nuestra sociedad. ▪ La Prostitución. ▪ La Pornografía.
Actitudes, valores y normas	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Valoración crítica de las conductas sexuales que impliquen dominación y violencia; actuación en consecuencia. ▪ Predisposición a dar respuesta a todo tipo de agresiones sexuales y a pedir ayuda cuando se necesite. ▪ Desarrollo de actitudes de respeto, igualdad y responsabilidad en las relaciones sexuales mantenidas con las demás personas. ▪ Asunción de la sexualidad como fuente de afectividad, comunicación, placer...
Unidad temática 10: El sexismo en la sociedad actual	
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Conocer las asignaciones culturales hechas a hombres y mujeres en nuestra sociedad (rol de género), analizando críticamente los elementos discriminatorios que lo configuran y que han conllevado a la actual desigualdad entre los sexos; distinguir con claridad entre el rol de género y la identidad sexual, favoreciendo el desarrollo de un nivel aceptable de autoestima y de unas relaciones constructivas entre los sexos, adoptando actitudes de flexibilidad, cooperación, igualdad y respeto.
Contenidos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ El uso sexista del lenguaje: (La imagen de la mujer y el hombre en el vocabulario, libros de texto...; La ocultación de la mujer en el lenguaje) ▪ El sexismo en nuestra sociedad: (Educación; Trabajo; Publicidad; Política; Cultura...) ▪ La división sexual en el trabajo: (Trabajo doméstico; Trabajo asalariado; Doble jornada) ▪ La orientación profesional no discriminatoria. ▪ La situación de la mujer en otros países y culturas. ▪ El movimiento de mujeres a través de la historia y en la actualidad: (El movimiento sufragista; El movimiento feminista) ▪ El 8 de Marzo Día Internacional de la Mujer Trabajadora.
Actitudes, valores y normas	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Valoración crítica de las actitudes, creencias... mantenidas a lo largo de la historia en torno a los papeles que han de desempeñar hombres y mujeres en la sociedad. ▪ Sensibilidad para cuestionarse y analizar críticamente las causas de las desigualdades y discriminaciones ligadas al género existentes en el mundo y en nuestra propia sociedad. ▪ Desarrollo de una actitud crítica ante el uso sexista del lenguaje. ▪ Toma de conciencia de la importancia del trabajo doméstico, de la discriminación que supone la doble jornada y de la necesidad de un reparto equitativo de éste. ▪ Asunción de una elección profesional basada en las preferencias, capacidades, cualidades... personales, libres de estereotipos sexistas. ▪ Reconocimiento y valoración crítica del papel que juegan los medios de comunicación en la configuración de estereotipos sexistas. ▪ Valoración de los derechos y logros de la mujer como una conquista histórica, y rechazo de toda actitud y actuación contraria a los mismos. ▪ Asunción de la responsabilidad personal y colectiva en la consecución de una sociedad más justa, libre e igualitaria.

Tabla 23 (Continuación)	
Unidad temática 11: Ocio y tiempo libre	
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Conocer la importancia que los aspectos lúdicos y creativos tienen como base del desarrollo sano de la personalidad, valorando el tiempo libre y de ocio como espacios de desarrollo de la salud individual y colectiva, comprendiendo y aceptando las reglas de juego como elemento que potencia y desarrolla la cooperación y el respeto en las relaciones interpersonales, fomentando la práctica de juegos cooperativos y no sexistas y el juicio crítico frente al consumismo.
Contenidos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ El ocio y el tiempo libre como espacio de desarrollo de la salud individual y colectiva. ▪ Los aspectos lúdicos y creativos como base del desarrollo sano de la personalidad. ▪ Las reglas del juego como elemento regulador de las relaciones interpersonales. ▪ Juegos populares y juegos cooperativos. ▪ Tiempo libre y consumismo.
Actitudes, valores y normas	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Asunción del juego como factor de equilibrio personal y elemento de socialización e integración de las personas y participación en actividades lúdicas y de ocio que se organicen en su entorno. ▪ Aceptación y desarrollo de las reglas de juego como elemento que potencia y desarrolla las relaciones interpersonales y el respeto mutuo, evitando situaciones negativas de competitividad. ▪ Valoración crítica del juego y del juguete como transmisores del sistema de valores sociales vigente. ▪ Valoración crítica de la relación calidad-precio en los juguetes y del grado de satisfacción personal que proporcionan los juegos. ▪ Desarrollo de una actitud crítica ante los juguetes y juegos bélicos y sexistas. ▪ Sensibilidad ante los juegos y juguetes populares e interés por su mantenimiento y recuperación

Programa de intervención para las personas sin discapacidad intelectual

El programa de intervención llevado a cabo en personas sin discapacidad, aunque basado en el anteriormente expuesto, fue reestructurado en base al periodo preestablecido de intervención que fue de cuatro meses con una duración cada sesión de dos horas. Las actividades que se realizaron fueron 21 que abarcaban 9 bloques temáticos. No todas las actividades requirieron el mismo tiempo. El desarrollo y contenido de las mismas se muestra a continuación en la Tabla 24:

Tabla 24: Programa de intervención para las personas sin discapacidad intelectual
BLOQUE I. SOMOS SERES SEXUADOS
Actividad 1: Tormenta de ideas: ¿Qué es la sexualidad?
<p>En primer lugar se anota en la pizarra el tema en forma de pregunta <i>¿qué es la sexualidad?</i></p> <p>Se realiza una tormenta de ideas y se van anotando en la pizarra todas las ideas que vayan expresando los jóvenes.</p> <p>Cada persona lo recoge en una ficha que se le facilita (Apéndice F, actividad 1).</p> <p>A continuación se dividen en grupos y consensúan cuatro características de todas las expuestas que definen el concepto de sexualidad.</p> <p>Teniendo delante las ideas elaboradas por el grupo se realiza una síntesis del concepto orientada por el educador, donde se enfatiza la sexualidad como una dimensión compleja con carácter bio-psico-social.</p>

Tabla 24 (Continuación)
Actividad 2: Encuesta en clase: "Somos seres sexuados"
<p>Se reparte una tarjeta con una pregunta a cada persona (si hay menos preguntas que participantes, se repiten las preguntas).</p> <p>Esta pregunta se ha de formular a cuatro compañeros y compañeras, anotando sus respuestas en la propia tarjeta.</p> <p>Una vez obtenidas las respuestas, se pincha la tarjeta en el cartel correspondiente a su pregunta, que previamente el educador habrá colocado en la pared mientras se desarrollaba la encuesta.</p> <p>Se confrontan las respuestas dadas por el grupo con las recogidas en los carteles, anotando los aspectos que más llamen la atención.</p> <p>En gran grupo cada persona va comentando su pregunta y las respuestas que obtuvo, así como sus conclusiones personales.</p> <p>Por último se centra el debate en aquellos elementos que más han llamado la atención.</p> <p>El profesor aporta aquellos conceptos básicos que puedan enriquecer la discusión (Apéndice F, actividad 2).</p>
BLOQUE II: DESARROLLO SEXUAL
BLOQUE VIII: RESPUESTA SEXUAL HUMANA Y DISFUNCIONES SEXUALES
Actividad 3: Anatomía y fisiología
<p>Se realiza una exposición de láminas del aparato reproductor masculino y femenino mediante medios audiovisuales (Apéndice G, actividad 3).</p> <p>A continuación se reparten láminas en donde los participantes tienen que rellenar las distintas partes de ambos aparatos reproductores (Apéndice G, actividad 3').</p> <p>Finalmente se realiza una puesta en común para valorar la comprensión de lo expuesto.</p>
Actividad 4: Análisis del vocabulario; lenguaje popular, lenguaje sexista
<p>Recoger individualmente las distintas denominaciones dadas a los órganos genitales externos.</p> <p>Analizar en pequeños grupos estas denominaciones siguiendo una ficha que se entrega previamente (Apéndice G, actividad 4).</p> <p>Poner en común y extraer conclusiones.</p>
Actividad 5: Cambios corporales
<p>A través de una ficha hay que analizar en pequeños grupos el concepto de pubertad y los cambios que se experimentan (Apéndice G, actividad 5).</p> <p>Posteriormente se observan y analizan en pequeños grupos los cambios puberales a través de una lámina y, finalmente, se realiza una puesta en común en donde el educador expone de manera ordenada los cambios que se producen en la pubertad (Apéndice G, actividad 5').</p>
Actividad 6: Autoconcepto o autoestima
<p>Los participantes se mirarán a un espejo ficticio y tendrán que exponer en un papel todo aquello que valoran más de ellos y lo que valoran menos.</p> <p>Finalmente se realizará una puesta en común y se explicarán estrategias para mejorar la autoestima y el autoconcepto.</p>
Actividad 7: Erección, eyaculación
<p>Se exponen a través de medios audiovisuales distintas láminas en donde se ofrecen las distintas fases de la respuesta sexual humana describiendo de una manera exhaustiva cómo se produce la erección y la eyaculación (Apéndice G, actividad 7).</p> <p>Posteriormente tienen que rellenar unas láminas en donde explican el proceso de la eyaculación (Apéndice G, actividad 7').</p>

Tabla 24 (Continuación)
Actividad 8: Ovulación y menstruación
Se explica con el apoyo de material audiovisual los procesos de la ovulación y la menstruación (Apéndice G, actividad 8). Posteriormente rellenan unas fichas con el objetivo de repasar los conceptos explicados (Apéndice G, actividad 8).
Actividad 9: Calendario menstrual
Mediante un calendario y una chincheta el educador indicará el día de inicio de la menstruación o de la ovulación así como la duración del ciclo menstrual (28 días, 29 días, etc.) dependiendo del ejemplo. Los alumnos calculan las fechas posibles, bien de la menstruación o bien de la ovulación (Apéndice G, actividad 9).
Actividad 10: Fases de la respuesta sexual
El educador explicará las distintas fases de la respuesta sexual humana así como sus características. Se expondrá la diferencia entre la respuestas sexual de la mujer y del hombre (Apéndice G, actividad 10).
BLOQUE III: FECUNDACIÓN, EMBARAZO Y PARTO
Actividad 11: Fecundación, embarazo y parto
Con apoyo de material visual (transparencias) se describen los distintos procesos, lanzando preguntas que impliquen la participación del alumnado (Apéndice H, actividad 11). Se visualiza el video "en el vientre materno" y se realiza un debate grupal.
Actividad 12: Maternidad y paternidad responsable
Se realiza un debate en pequeños grupos sobre las distintas funciones de la madre y el padre y la responsabilidad que conlleva. Se realiza un panel con las conclusiones de todo el grupo.
BLOQUE IV: ANTICONCEPCIÓN Y ABORTO
Actividad 13: Métodos anticonceptivos
Se realiza la exposición de los métodos anticonceptivos y del uso correcto de los mismos, cómo obtenerlos y cuáles son sus ventajas e inconvenientes. A su vez, se describen prácticas empleadas como anticonceptivas de manera errónea (Apéndice I, actividad 13). Posteriormente los participantes en pequeños grupos rellenan fichas sobre las características de cada uno de los métodos anticonceptivos (Apéndice I, actividad 13).
Actividad 14: Somos expertos en la anticoncepción
Manipulación de los métodos anticonceptivos y exposición de las características recogidas en la ficha elaboradas con anterioridad. Posteriormente, a través de un pene de goma los alumnos colocarán un preservativo en donde se les enseñará el uso correcto del mismo.
BLOQUE V: E. T. S. Y SIDA
Actividad 15: Enfermedades de transmisión sexual y sida
Divididos los jóvenes en pequeños grupos, se reparten láminas de diferentes enfermedades de transmisión sexual para que analicen los aspectos más significativos: sintomatología, tratamiento y prevención de la misma (Apéndice J, actividad 15). Posteriormente mediante medios audiovisuales se realiza una exposición breve de las mismas y se muestran fotos de alguna de ellas (Apéndice J, actividad 15).

Tabla 24 (Continuación)	
Actividad 16: Mitos o datos relacionados con el sida	
Divididos en pequeños grupos se reparten tarjetas en las que aparecen diferentes vías de contagio de la enfermedad, algunas verdaderas y otras alternativas que hacen referencia a mitos que se encuentran establecidos en la sociedad. Hay que contestar si el dato que se presenta es verdadero o falso. Se divide un panel en dos partes, en una de ellas se pondrá los que consideren que son verdaderas y en la otra las que consideren falsas. Posteriormente se procede a un debate y a la explicación de las respuestas (Apéndice J, actividad 16).	
BLOQUE VI: RELACIONES INTERPERSONALES	
Actividad 17: Habilidades sociales	
Realizar mediante role-playing los tres estilos de respuesta de las habilidades sociales: asertiva, agresiva y pasiva. Para ello se escenificará como decir que no ante una petición de relación sexual no deseada.	
BLOQUE VII: ORIENTACIÓN DEL DESEO	
Actividad 18: Diferenciación de conceptos	
Se explican los conceptos de homosexualidad, heterosexualidad y bisexualidad. Posteriormente se establece un debate sobre términos empleados en la calle como “maricón”, “tortillera”, etc.	
Actividad 19: Masturbación	
Se explicará la masturbación del hombre y de la mujer mediante apoyo audiovisual (Apéndice K, actividad 19).	
Posteriormente se repartirán tarjetas con distintos mitos en torno a la masturbación y se tendrá que debatir en grupo. Finalmente se hará una puesta en común (Apéndice K, actividad 19).	
Actividad 20: Diferentes tipos de amor	
Los participantes seleccionarán diferentes canciones en donde se trabajarán los distintos tipos de amor, así como sus componentes.	
BLOQUE IX: COMERCIALIZACIÓN Y VIOLENCIA SEXUAL	
Actividad 21: Violencia sexual	
Se recopilan artículos de prensa en donde aparezcan algunos conceptos como abuso sexual, acoso, violación, violencia de género, malos tratos, prostitución o pornografía.	
En grupos se analizan los artículos y los conceptos anteriormente expuestos que aparecen en los mismos.	
Finalmente se hace un debate grupal y se extraen conclusiones.	

5.3.3.4. Paso 4: Segunda evaluación (post-intervención)

Durante el mes de mayo de 2005 se llevó a cabo la segunda evaluación de todas las personas seleccionadas. En el transcurso de este estudio hubo una muerte experimental de 30 participantes, todos ellos del grupo de 4º de ESO, debido a causas diversas: enfermedad, traslado de ciudad de residencia, absentismo al programa de intervención, etc. El sistema para esta segunda recogida de datos fue el mismo que el seguido en la primera.

5.3.4. Fase 4: Desarrollo del programa de intervención en los grupos de personas con discapacidad intelectual

Esta fase abarcó desde septiembre de 2005 hasta mayo de 2006 y se siguió el mismo procedimiento general que para las personas sin discapacidad intelectual, solo cambiaron algunas secuencias temporales dadas las características de este grupo.

5.3.4.1. Paso 1: Contactos previos y consentimiento informado

Como señalábamos, dadas las características especiales de este grupo de personas, se varió sustancialmente el procedimiento de contacto. Así, en primer lugar, se contactó personalmente con la Directora Provincial de FEAPS-Huelva para explicarle el programa de educación sexual. El primer contacto con los padres se realizó a través del “Técnico en planificación centrada en la persona” de la Federación, quien los citó para una reunión inicial (desarrollada según el mismo formato que hemos visto anteriormente con las AMPAS). Posteriormente, se contactó con los propios usuarios, llevándose a cabo una reunión inicial para confirmar que aceptaban voluntariamente participar en el programa. De las 30 madres, 5 padres y 10 parejas entrevistados, 50 dieron su consentimiento para el estudio, pero una vez revisadas las historias clínicas y aplicados los criterios de inclusión, sólo 20 eran aptos para participar en el mismo. Posteriormente tuvo lugar otra reunión individualizada con cada uno de los participantes de donde se les explicaba más detenidamente los objetivos de nuestra investigación. Tras dicha reunión firmaban la autorización para participar en la misma (Apéndice E).

Por otro lado, se contactó con la Presidenta de AONES siguiéndose el mismo procedimiento que el llevado a cabo en FEAPS. A la reunión de padres asistieron 37 madres y 5 parejas, estando todas ellas dispuestas a que sus hijos participaran en el estudio; tras revisar las historias clínicas y aplicar los criterios de selección, 17 fueron aptos para participar en este estudio.

Por último, tanto FEAPS y AONES, como los padres y usuarios dieron su consentimiento para poder acceder a las historias clínicas de las personas con discapacidad. Todo este proceso se realizó durante el mes de septiembre de 2005.

5.3.4.2. Paso 2: Primera evaluación (pre-intervención)

Con respecto a las personas con discapacidad intelectual, dadas las dificultades de comprensión lectora que presentaban, éstas fueron heteroevaluadas (en este caso la sesión se prolongaba durante 30-60 minutos). Dicha evaluación abarcó el mes de octubre de 2005.

5.3.4.3. Paso 3: Aplicación del programa de educación sexual (intervención)

El programa de intervención llevado a cabo en personas con discapacidad también basado en el de Harimaguada, fue reestructurado en base al periodo preestablecido de intervención que fue de cinco meses, con una duración cada sesión de dos horas, abarcando un periodo desde noviembre de 2005 a mediados de abril de 2006.

Programa de intervención para las personas con discapacidad intelectual

Las actividades que se realizaron fueron 40, todas adaptadas al nivel de comprensión de estas personas, generando materiales didácticos específicos también adaptados a sus necesidades. Dichos materiales pueden consultarse desde el apéndice F hasta el apéndice O.

No todas las actividades requirieron el mismo tiempo y el desarrollo y contenido de las mismas es el que se muestra a continuación en la Tabla 25.

Tabla 25: Programa de intervención para las personas con discapacidad intelectual
BLOQUE I. SOMOS SERES SEXUADOS
Actividad 1: Tormenta de ideas: ¿qué es la sexualidad?
<p>En primer lugar se anota en la pizarra el tema en forma de pregunta <i>¿qué es la sexualidad?</i></p> <p>Se realiza una tormenta de ideas y se va anotando en la pizarra todas las ideas que vayan expresando los jóvenes.</p> <p>Cada persona lo recoge en una ficha que se le facilita (Apéndice F, actividad 1).</p> <p>A continuación se dividen en grupos y consensúan cuatro características de todas las expuestas que definen el concepto de sexualidad.</p> <p>Teniendo delante las ideas elaboradas por el grupo se realiza una síntesis del concepto orientada por el educador enfatizando la sexualidad como una dimensión compleja con carácter bio-psico-social.</p>
Actividad 2: Encuesta en clase: "Somos seres sexuados"
<p>Se reparte una tarjeta con una pregunta a cada persona (si hay menos preguntas que participantes, se repiten las preguntas).</p> <p>Esta pregunta se ha de formular a cuatro compañeros y compañeras, anotando sus respuestas en la tarjeta.</p> <p>Una vez obtenidas las respuestas, se pincha la tarjeta en el cartel correspondiente a su pregunta, que previamente el educador habrá colocado en la pared mientras se desarrollaba la encuesta.</p> <p>Se confrontan las respuestas dadas por el grupo con las recogidas en los carteles, anotando los aspectos que más llamen la atención.</p> <p>En gran grupo cada persona va comentando su pregunta y las respuestas que obtuvo, así como sus conclusiones personales.</p> <p>Por último, se centra el debate en aquellos elementos que más han llamado la atención.</p> <p>El profesor aporta aquellos conceptos básicos que puedan enriquecer la discusión (Apéndice F, actividad 2).</p>
BLOQUE II. DESARROLLO SEXUAL
BLOQUE VIII. RESPUESTA SEXUAL HUMANA Y DISFUNCIONES SEXUALES
Actividad 3: Anatomía y fisiología
<p>Se realiza una exposición de láminas del aparato reproductor del hombre y de la mujer mediante medios audiovisuales (Apéndice L, actividad 3).</p> <p>A continuación se reparten láminas del aparato reproductor del hombre y la mujer en donde los participantes tienen que rellenar las distintas partes del aparato reproductor (Apéndice L, actividad 3).</p> <p>Finalmente se realiza una puesta en común para valorar la comprensión de lo expuesto.</p>
Actividad 4: Análisis del vocabulario, lenguaje popular, lenguaje sexista
<p>Recoger individualmente las distintas denominaciones dadas a los órganos genitales externos.</p> <p>Analizar en pequeños grupos estas denominaciones siguiendo una ficha que se entrega previamente (Apéndice L, actividad 4).</p> <p>Poner en común y extraer conclusiones.</p>

Tabla 25 (Continuación)
Actividad 5: Cambios corporales
<p>A través de una ficha hay que analizar en pequeños grupos el concepto de pubertad y los cambios que se experimentan (Apéndice L, actividad 5).</p> <p>Posteriormente se observan y analizan en pequeños grupos los cambios puberales a través de una lámina y, finalmente, se realiza una puesta en común en donde el educador expone de manera ordenada los cambios que se producen en la pubertad (Apéndice L, actividad 5').</p>
Actividad 6: Silueta
<p>Se divide a los participantes en varios grupos. Uno de los miembros de cada uno se tumbará sobre papel continuo y los demás deben trazar su silueta. Dibujan los órganos del cuerpo y los colocan sobre la silueta dibujada.</p>
Actividad 7: Plastilina
<p>En pequeños grupos se moldean con plastilina los órganos genitales internos y externos. Posteriormente hacen una descripción de las diferentes partes que han moldeado con la plastilina.</p>
Actividad 8: Erección, eyaculación
<p>Se exponen a través de medios audiovisuales distintas láminas en donde se ofrecen los procesos de la erección, eyaculación y excitación. Se explica cómo se produce la respuesta sexual humana (Apéndice L, actividad 8).</p> <p>Posteriormente tienen que rellenar unas láminas en donde explican el proceso de la eyaculación (Apéndice L, actividad 8').</p>
Actividad 9: Ovulación y menstruación
<p>Se explica con el apoyo de material audiovisual los procesos de la ovulación y la menstruación (Apéndice L, actividad 9)</p>
Actividad 10: Calendario menstrual
<p>Mediante un calendario y una ficha (el chupete para la fecha de la ovulación y un paquete de compresas para la fecha de la menstruación) el educador indicará el día de inicio de la menstruación o de la ovulación así como la duración del ciclo menstrual (28 días, 29 días, etc.) dependiendo del ejemplo. Los alumnos calculan las fechas posibles, bien de la menstruación o de la ovulación (Apéndice L, actividad 10)</p>
Actividad 11: Ideal de belleza
<p>Se trabaja con el ideal de belleza de la sociedad actual. Los participantes seleccionan fotos de famosos en las revistas, se distribuyen en grupos y debaten si les parecen feos o guapos los distintos personajes seleccionados por todos los miembros del grupo.</p> <p>A su vez, seleccionan fotos de personas cercanas (hermanos, amigos, padres, profesores, etc.) y las comparan con las que aparecen en las revistas.</p>
Actividad 12: Jugar a ser modelos
<p>Se confeccionan disfraces con papel de cebolla y se realiza un pase de modelos mientras los demás dicen lo guapo que están. Algunos participantes harán el papel de periodistas y realizarán fotos y entrevistas a los modelos.</p>
Actividad 13: ¿Qué hace tu madre y tu padre?
<p>Se colocará un panel en la pared y se dividirá en dos, en un lado aparecerán las funciones que ejercen los padres y, en el otro, se escribirán las funciones que ejercen las madres. Se establece un debate sobre los roles desempeñados en la sociedad.</p>

Tabla 25 (Continuación)
Actividad 14: Vamos de tiendas
<p>Se escenificará un mercadillo en donde cada persona hará un trueque, vende una característica de ella que no le gusta y, a su vez, compra una característica que tiene otra persona del grupo y que le gustaría tener.</p> <p>Se analizan las características que vayan comentando enfatizando las características positivas sobre las negativas.</p>
BLOQUE III: FECUNDACIÓN, EMBARAZO Y PARTO
Actividad 15: Fecundación, embarazo y parto
<p>Con apoyo de material visual se describen los distintos procesos: fecundación, embarazo y parto (Apéndice H, actividad 11).</p>
Actividad 16: Érase una vez la vida
<p>Visualización del video de la colección “Érase una vez la vida” en el que se expone el proceso de la fecundación humana.</p> <p>A continuación se llevará a cabo una tormenta de ideas con el objetivo de resolver las dudas.</p>
Actividad 17: Érase una vez un espermatozoide y un óvulo
<p>Se elabora una historieta con el espermatozoide y el óvulo orientada por el monitor en donde se contará paso a paso cuáles son los pasos a seguir hasta llegar a la fecundación.</p>
Actividad 18: Teatro fecundación
<p>Se realiza un teatro en donde se escenifica la fecundación. Se divide a todos los participantes en varios grupos y se les da a cada uno un personaje de la historieta: óvulo, ovarios, trompas, espermatozoides, testículos y pene. Cada uno de los participantes se coloca un globo de color en función del personaje que represente.</p>
Actividad 19: Maternidad y paternidad responsable
<p>Realizar un debate en pequeños grupos sobre las distintas funciones de la madre y el padre y la responsabilidad que conlleva.</p> <p>Realizar un panel con las conclusiones de todo el grupo.</p>
BLOQUE IV: ANTICONCEPCIÓN Y ABORTO
Actividad 20: Métodos anticonceptivos
<p>Se realiza la exposición de los métodos anticonceptivos a través de su manipulación directa y apoyada con láminas de anatomía del aparato reproductor del hombre y la mujer. Se expone el uso correcto de los mismos y cuales son sus ventajas e inconvenientes. A su vez se describen prácticas empleadas como anticonceptivas de manera errónea.</p> <p>Posteriormente los participantes en pequeños grupos rellenan fichas sobre las características de cada uno de los métodos anticonceptivos (Apéndice M, actividad 20).</p>
Actividad 21: Somos expertos en la anticoncepción
<p>Manipulación de los métodos anticonceptivos y exposición de las características recogidas en la ficha elaboradas con anterioridad.</p> <p>Posteriormente, a través de un pene de goma los alumnos colocarán un preservativo, enseñándoles el uso correcto del mismo.</p>
Actividad 22: Mi quiosco anticonceptivo
<p>Se hace un role-playing en donde se escenifica un quiosco donde están expuestos los diferentes métodos anticonceptivos. El quiosquero tiene que servirle al comprador el método anticonceptivo según las características de la petición realizada.</p>

Tabla 25 (Continuación)	
Actividad 23: Juego fecundación	
Se diseña un juego de mesa que consiste en un tablero que representa el aparato reproductor de la mujer. Para jugar los participantes se dividen en equipos. El juego comienza tirando los dados, para avanzar en el tablero deben contestar si es verdadera o falsa cada una de las preguntas que le formulan el equipo contrario, todas ellas relacionadas con la fecundación, la sexualidad y la anticoncepción. Si acierta la pregunta, podrá continuar avanzando, por el contrario, si no la acierta, se le da una tarjeta con un bebé y todos gritan ¡embarazo!. Gana el equipo que llegando al final tenga menos tarjetas acumuladas (Apéndice M, actividad 23).	
Actividad 24: "Preservativos a 1€"	
Se echa gel de baño en un preservativo y se comprueba cómo al pincharlo se cuele el gel de baño por el agujero (es conveniente usar el producto más parecido al semen, ya que a las personas con discapacidad intelectual les resulta más fácil comprender los ejemplos gráficos). Se analiza la importancia de usar preservativos en buen estado enfatizando el buen uso, las consecuencias de unas malas condiciones ambientales para el deterioro del preservativo, etc.	
Actividad 25: Antes de llover chispea	
Con un yogurt cerrado se le abre un agujero y se ve como cae antes el suero y se explica las propiedades del mismo y después se aprieta para que caiga el yogurt explicando la importancia de la prevención y el uso adecuado del preservativo.	
BLOQUE V: E.T.S. Y SIDA	
Actividad 26: Enfermedades de transmisión sexual y sida	
Visualizar algunas fotos de enfermedades de transmisión sexual explicando a grandes rasgos cómo se transmite, los síntomas y consecuencias de las mismas (Apéndice J, actividad 15').	
Actividad 27: SIDA y VIH	
Se realiza con cartulina cuatro carteles en cada uno de ellos aparecerá en letras mayúsculas los conceptos de: SIDA, VIH, Portador y enfermo. Con ayuda de una pizarra se explican las siglas SIDA y VIH así como el significado de ser portador y ser enfermo. Posteriormente se establecerá una puesta en común de los conceptos explicados.	
Actividad 28: Cartel sida	
Se colgará en la pared un cartel sobre las posibles vías de transmisión del SIDA y se explicarán cada una de ellas (Apéndice N, actividad 28).	
Actividad 29: Mitos o datos relacionados con el sida	
Divididos en pequeños grupos se reparten tarjetas en las que aparecen distintas vías de contagio de la enfermedad, algunas verdaderas y otras alternativas que son diferentes mitos que se encuentran establecidos en la sociedad. Hay que responder si el dato que se presenta es verdadero o falso. Se divide un panel en dos partes, en una de ellas se ponen las respuestas que se consideren verdaderas y en la otra parte del panel, las que se consideren falsas. Posteriormente se procede a un debate y a la explicación de las respuestas (Apéndice J, actividad 16).	
Actividad 30: Importancia del preservativo para el contagio del sida	
Se usan dos tampones de tinta. A uno de ellos se le pone un film de plástico y al otro no. Se le pone un sello en la mano y se comprueba como el que tiene el film puesto (sería el preservativo) no puede sellar mientras que el otro te deja la huella.	

Tabla 25 (Continuación)	
Actividad 31: Juego de cartas	
Se elabora un juego formado por 40 cartas con preguntas relacionadas con los temas anteriormente trabajados con el grupo.	
La baraja de cartas consta de una batería de preguntas y se utiliza para desarrollar diferentes juegos, por ejemplo, en el juego de la ropa tendida, o, simplemente se establecen distintos grupos que competirán entre ellos y se les irá gratificando con puntos por cada pregunta acertada. También, al estar formado por cuatro palos, al igual que la baraja tradicional española, en este caso el palo rosa, azul, verde y amarillo se pueden realizar diferentes juegos (Apéndice N, actividad 31).	
BLOQUE VI: RELACIONES INTERPERSONALES	
Actividad 32: Habilidades sociales	
Realizar mediante role-play los tres estilos de respuesta de las habilidades sociales: asertiva, agresiva y pasiva. Para ello se escenificará cómo decir que no ante una petición de relación sexual no deseada.	
BLOQUE VII: ORIENTACIÓN DEL DESEO	
Actividad 33: Diferenciación de conceptos	
Se explican los conceptos de homosexualidad, heterosexualidad y bisexualidad.	
Posteriormente se establece un debate sobre términos empleados en la calle como “maricón”, “tortillera”, etc.	
Actividad 34: Masturbación	
Se explicará la masturbación del hombre y de la mujer mediante apoyo audiovisual (Apéndice K, actividad 19).	
Posteriormente se lanzarán mitos en torno a la masturbación y se procederá a debatir en clase (Apéndice K, actividad 19).	
Actividad 35: Diferentes tipos de amor	
Los participantes seleccionarán diferentes canciones en donde se trabajarán los distintos tipos de amor así como sus componentes.	
Actividad 36: Cuento “(casi) como los demás”	
Se lee en voz alta el cuento “(casi) como los demás” (Apéndice Ñ, actividad 36).	
Posteriormente divididos en grupos rellenan una ficha con preguntas relacionadas con el contenido del cuento. Finalmente se hace un debate con todo el grupo (Apéndice Ñ, actividad 36).	
BLOQUE IX: COMERCIALIZACIÓN Y VIOLENCIA SEXUAL	
Actividad 37: Violencia sexual	
Se recopilan artículos de prensa en donde aparezcan algunos conceptos como abuso sexual, acoso, violación, violencia de género, malos tratos, prostitución o pornografía.	
En grupos se analizan los artículos y los conceptos anteriormente expuestos que aparecen en los mismos.	
Finalmente se hace un debate grupal y se extraen conclusiones.	
Actividad 38: Carta de un abuso	
Se lee una carta en voz alta en donde una persona con discapacidad intelectual presenta su testimonio sobre algún abuso sexual sufrido.	
Posteriormente se establece un debate sobre el contenido de la carta. Seguidamente se plantea una situación en donde el abuso se produce por parte de tu pareja. Para finalizar se establece un debate sobre el contenido de la carta (Apéndice O, actividad 38).	
Actividad 39: Mural mi cuerpo es mío y lo toca quién yo quiera	
Se realiza un mural entre todos los participantes donde se expresen ideas como “no me quiere más quien me toca más”, “besaré a quién me apetezca” “mi cuerpo es mío y lo toca quien yo quiera” en la que quede claro el carácter voluntario de las relaciones sexuales.. Mientras se realiza el mural se van analizando las expresiones que se aportan a la elaboración del mismo.	

Tabla 25 (Continuación)

Actividad 40: Ropa tendida
<p>En primer lugar se divide a los participantes en distintos grupos (el número dependerá del total de alumnos que haya) y elaboran una batería de preguntas, cada una de la cuales se pondrá en una tarjeta y se introduce en una bolsa. En una cuerda de tender estarán colgadas con pinzas distintas prendas de varios muñecos de papel que habrá que vestir (muñecos recortables). Se pondrá una línea de salida y una línea de entrada. En cada turno una persona de cada equipo introducirá la mano en la bolsa y tendrá que contestar a la pregunta, si acierta tiene la opción de salir corriendo y vestir al muñeco o la muñeca que se escoja teniendo en cuenta que existe un tiempo límite. (Dicho tiempo se establecerá en función de las características del grupo, y sobre todo, teniendo en cuenta una mayor flexibilidad en el caso de existir alguna persona con discapacidad física). Ganará el equipo que antes haya vestido a sus dos muñecos (Apéndice O, actividad 40).</p>

Comparación de los programas de intervención

Para facilitar la comparación de ambos programas (el de las personas sin discapacidad intelectual y el de las personas con discapacidad intelectual), presentamos de forma esquemática la estructuración seguida en cada uno de ellos, así como la correspondencia entre ambos. Como podemos observar en la Tabla 26, la adaptación realizada a las personas con discapacidad ha conllevado tanto la inclusión de un mayor número de actividades en algunos de los bloques temáticos, como la creación de un material específico que facilitara la implementación y aprovechamiento de dicho programa.

Tabla 26: Comparación de los programas de intervención

	PROGRAMA PERSONAS SIN DISCAPACIDAD	PROGRAMA PERSONAS CON DISCAPACIDAD
BLOQUE I: CONCEPTO DE SEXUALIDAD	Actividad 1: Tormenta de ideas: ¿Qué es la sexualidad?	Actividad 1: Tormenta de ideas: ¿Qué es la sexualidad?
	Actividad 2: Encuesta en clase: "Somos seres sexuados"	Actividad 2: Encuesta en clase: "Somos seres sexuados"
BLOQUE II: DESARROLLO SEXUAL BLOQUE VIII: RESPUESTA SEXUAL HUMANA Y DISFUNCIONES SEXUALES	Actividad 3: Anatomía y fisiología	Actividad 3: Anatomía y fisiología
	Actividad 4: Análisis del vocabulario, lenguaje popular, lenguaje sexista	Actividad 4: Análisis del vocabulario, lenguaje popular, lenguaje sexista
	Actividad 5: Cambios corporales	Actividad 5: Cambios corporales
	Actividad 6: Autoconcepto o autoestima	Actividad 6: Silueta
	Actividad 7: Erección, eyaculación	Actividad 7: Plastilina
	Actividad 8: Ovulación y menstruación	Actividad 8: Erección, eyaculación
	Actividad 9: Calendario menstrual	Actividad 9: Ovulación y menstruación
	Actividad 10: Bases de la respuesta sexual	Actividad 10: Calendario menstrual
		Actividad 11: Ideal de belleza
		Actividad 12: Jugar a ser modelos
		Actividad 13: ¿Qué hace tu madre y tu padre?
		Actividad 14: Vamos de tiendas

Tabla 26 (Continuación)		
BLOQUE III: FECUNDACIÓN, EMBARAZO Y PARTO	Actividad 11: Fecundación, embarazo y parto	Actividad 15: Fecundación, embarazo y parto
	Actividad 12: Maternidad y paternidad responsable	Actividad 16: Érase una vez la vida
		Actividad 17: Érase una vez un espermatozoide y un óvulo
		Actividad 18: Teatro fecundación
BLOQUE IV: ANTICONCEPCIÓN Y ABORTO	Actividad 13: Métodos anticonceptivos	Actividad 20: Métodos Anticonceptivos
	Actividad 14: Somos expertos en la anticoncepción	Actividad 21: Somos expertos en la anticoncepción
		Actividad 22: Mi quiosco anticonceptivo
		Actividad 23: Juego fecundación
		Actividad 24: "Preservativos a 1€"
BLOQUE V: E.T.S. Y SIDA	Actividad 15: Enfermedades de transmisión sexual y sida	Actividad 26: Enfermedades de transmisión sexual y sida
	Actividad 16: Mitos o datos relacionados con el sida	Actividad 27: SIDA y VIH
		Actividad 28: Cartel SIDA
		Actividad 29: Mitos o datos relacionados con el sida
		Actividad 30: Importancia del preservativo para el contagio del sida
BLOQUE VI: RELACIONES INTERPERSONALES	Actividad 17: Habilidades sociales	Actividad 32: Habilidades sociales
		Actividad 31: Juego de cartas
BLOQUE VII: ORIENTACIÓN DEL DESEO	Actividad 18: Diferenciación de conceptos	Actividad 33: Diferenciación de conceptos
	Actividad 19: Masturbación	Actividad 34: Masturbación
	Actividad 20: Diferentes tipos de amor	Actividad 35: Diferentes tipos de amor
BLOQUE IX: COMERCIALIZACIÓN Y VIOLENCIA SEXUAL	Actividad 21: Violencia sexual	Actividad 36: Cuento "(casi) como los demás"
		Actividad 37: Violencia sexual
		Actividad 38: Carta de un abuso
		Actividad 39: Mural mi cuerpo es mío y lo toca quién yo quiera
	Actividad 40: Ropa tendida	

5.3.4.4. Paso 4: Segunda evaluación (post-intervención)

Esta segunda evaluación siguió el mismo procedimiento que la realizada en la fase de pre-intervención y se realizó entre las dos últimas semanas de abril y las dos primeras de mayo de 2006.

5.3.5. Fase 5: Elaboración del trabajo teórico, análisis de datos y redacción de discusión y conclusiones

Esta fase se inició en 2003 con la recogida de información bibliográfica y se ha desarrollado paralelamente a cada una de las fases anteriormente recogidas.

5.3.6. Análisis estadístico de los resultados

5.3.6.1. Técnicas de medida de las variables

Describimos a continuación, según el modelo propuesto por Senra y Senra (1995), las variables de nuestro estudio que han sido objeto de análisis estadístico (Tabla 25).

Tabla 27: Variables de la investigación			
Variables sociodemográficas (Bloque 1)			
Variables	Definición	Definición	Escala
Edad	Sin discapacidad	* 14 a 19 años	Cuantitativa discreta
	Con discapacidad	* 17 a 37	Cuantitativa discreta
Sexo		* Mujer	Cualitativa dicotómica o categórica dicotómica
		* Hombre	
Estado Civil		* Soltero/a	Cualitativa nominal o categórica nominal
		* Casado/a	
		* Convivo con mi pareja	
		* Otros	
Nivel de estudios:		* No terminé la EGB	Cualitativa nominal o categórica nominal
		* Graduado Escolar	
		* FP. Primer Grado	
		* FP. Segundo Grado	
		* BUP	
		* COU	
Dedicación		* Estudio	Cualitativa nominal o categórica nominal
		* Trabajo	
		* Estudio y trabajo	
		* Ni estudio ni trabajo	
		* No sabe/ No contesta	
Con quién vive		* Con mis padres	Cualitativa nominal o categórica nominal
		* Con otros familiares	
		* En un piso con amigos o compañeros	
		* Con mi pareja	
		* En una residencia/ colegio mayor/ pensión	
Tener pareja o ligue		* Si	Cualitativa dicotómica o categórica dicotómica
		* No	

Tabla 27 (Continuación)		
VARIABLES SOCIODEMOCRÁFICAS (BLOQUE 1)		
VARIABLES	DEFINICIÓN	ESCALA
Tiempo con la pareja	* Menos de 3 meses * Entre 3 meses y un año * Más de un año	Cualitativa nominal o categórica nominal
Nivel de estudios del padre	* No tiene ningún estudio * Estudios primarios (sabe leer, escribir y hacer cuentas) * Graduado Escolar * Bachillerato * Estudios Universitarios	Cualitativa nominal o categórica nominal
Nivel de estudios del madre	* No tiene ningún estudio * Estudios primarios (sabe leer, escribir y hacer cuentas) * Graduado Escolar * Bachillerato * Estudios Universitarios	Cualitativa nominal o categórica nominal
VARIABLES DE CONOCIMIENTOS SOBRE EL SIDA (BLOQUE 2)		
VARIABLES	DEFINICIÓN	ESCALA
Ítems 1-14	* Verdadera * Falsa * No sabe/no contesta	Cualitativa nominal o categórica nominal
VARIABLES DE CONOCIMIENTOS SOBRE EL SIDA (BLOQUE 3)		
VARIABLES	DEFINICIÓN	ESCALA
Ítems 15-20	* Verdadera * Falsa * No sabe/no contesta	Cualitativa nominal o categórica nominal
VARIABLES DE ADOPCIÓN DE COMPORTAMIENTO DE RIESGO (BLOQUE 4)		
VARIABLES	DEFINICIÓN	ESCALA
Ítems 21-26	* Si * No * No sabe/no contesta	Cualitativa nominal o categórica nominal
VARIABLES DE CONDUCTAS SEXUALES (BLOQUE 5)		
VARIABLES	DEFINICIÓN	ESCALA
Frecuencia de masturbación	* No lo he hecho nunca * Una o varias veces al día * Una o varias veces a la semana * Una o varias veces al mes * Una o varias veces al año * Actualmente no me toco	Cualitativa nominal o categórica nominal
Tener relación sexual con penetración	* Si * No	Cualitativa nominal o categórica nominal
Tener relación sexual sin desearlo	* Si * No	Cualitativa nominal o categórica nominal

Tabla 27 (Continuación)

Variables de conductas sexuales (Bloque 5)		
Variables	Definición	Escala
Problemas en las relaciones sexuales	<ul style="list-style-type: none"> * Un embarazo no deseado (o en tu pareja si eres chico) * Alguna enfermedad de transmisión sexual (SIDA, gonorrea, herpes, hongos, etc...) * Agresión sexual o relaciones sexuales forzadas * Relaciones sexuales no deseadas, pero mantenidas por otros motivos * Dificultades en la relación sexual (dolores o molestias durante la penetración, impotencia, falta de deseo,...) * Ninguno * Otras 	Cualitativa nominal o categórica nominal
Frecuencia de las relaciones sexuales con penetración	<ul style="list-style-type: none"> * Una o varias veces por semana * Una o varias veces al mes * Una o varias veces al año * Nunca 	Cualitativa nominal o categórica nominal
Con quien se han tenido las relaciones sexuales con penetración	<ul style="list-style-type: none"> * Con quien es o era mi pareja * Con mi pareja y otras personas * Con amigos o conocidos * Con desconocidos 	Cualitativa nominal o categórica nominal
Métodos anticonceptivos usados	<ul style="list-style-type: none"> * Preservativo * Marcha atrás * Píldora * Hacerlo durante, antes o después de la regla * DIU o "espiral" * Cremas u óvulos espermicidas * Diafragma * Combinación de las cuatro primeras opciones 	Cualitativa nominal o categórica nominal
Factores		
Variables	Definición	Escala
Factor 1: Conocimientos sobre el SIDA	* 0 a 14 puntos	Cuantitativa discreta
Factor 2: Conocimientos sobre el embarazo	* 0 a 6 puntos	Cuantitativa discreta
Factor 1: Adopción de comportamientos de riesgo	* 0 a 6 puntos	Cuantitativa discreta

Tabla 27 (Continuación)		
VARIABLES DE ESPECÍFICAS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL (BLOQUE 6)		
Variables	Definición	Escala
SIDA-1: Nivel de conocimiento general sobre el SIDA	* No sabe que es el SIDA	Cualitativa nominal o categórica nominal
	* Sabe lo que es el SIDA	
	* Tiene algunos conocimientos pero no todos	
	* Tiene muy pocos conocimientos	
SIDA-2: Adquisición del concepto de SIDA como enfermedad	* Concepto de SIDA como enfermedad	Cualitativa nominal o categórica nominal
	* No tienen ningún concepto	
	* Tiene conceptos erróneos o no lo sabe	
	* Tiene algunos conceptos adquiridos pero no todos	
SIDA-3: Que tipo de enfermedad es el SIDA	* No conoce que es el SIDA	Cualitativa nominal o categórica nominal
	* Describe correctamente que es el SIDA	
	* Describe la enfermedad como una enfermedad de transmisión	
	* Define el SIDA como una enfermedad del sistema inmunológico	
	* define el SIDA como una enfermedad relacionada con el sexo	
SIDA-4: Uso de mitos en la definición del SIDA	* Describe el SIDA sin hacer uso de los mitos	Cualitativa nominal o categórica nominal
	* Describe el SIDA haciendo uso de los mitos	
	* Describe el SIDA haciendo uso de los mitos	
SIDA-5: Como se pega el SIDA	* No sabe	Cualitativa nominal o categórica nominal
	* Respuesta correcta y completa	
	* Respuesta correcta pero incompleta	
	* Respuestas correctas e incorrectas	
EMBARAZO: Prevención del embarazo	* No sabe	Cualitativa nominal o categórica nominal
	* Respuesta correcta y completa	
	* Respuesta correcta pero incompleta	
	* Respuestas correctas e incorrectas	

5.3.6.2. Análisis estadístico de los resultados

Se procedió al análisis de los resultados a través del paquete estadístico "SPSS-W[®] (v. 12)". El análisis estadístico de los datos constó de los siguientes apartados:

a. Análisis descriptivos

Se realizaron dos tipos de análisis en función de las variables estudiadas:

- Frecuencias y porcentajes del número de participantes que componen los grupos de estudio.

- Frecuencias y porcentajes de las variables sociodemográficas del cuestionario (Bloque 1) de cada grupo muestral.
- Medias y desviaciones típicas de cada uno de los tres variables de estudio “Conocimiento sobre el SIDA”, “Conocimiento sobre el embarazo” y “Adopción de conductas de riesgo” (Bloques 2, 3 y 4 del cuestionario) en cada uno de los grupos muestrales, tanto en la fase pre-intervención como en la de post-intervención.

b. Análisis comparativos

Se llevaron a cabo los siguientes análisis comparativos:

- Comparaciones intergrupo e intragrupo de cada uno de los factores de los Bloques 2, 3 y 4 del cuestionario en función a los cuatro grupos muestrales.
- Comparaciones intergrupo e intragrupo de cada uno de los factores de los Bloques 2, 3 y 4 del cuestionario en función del sexo.
- Comparaciones intergrupo e intragrupo del Bloque 5 (comportamientos sexuales) en función de los cuatro grupos muestrales.
- Comparaciones intragrupo del Bloque 6 (preguntas específicas para personas con discapacidad intelectual) del cuestionario.

c. Análisis discriminantes

Realizamos dos tipos de análisis: uno para la primera evaluación y otro para la segunda, utilizando en ambos casos los elementos de los Bloques 2, 3, y 4. La finalidad era alcanzar los siguientes objetivos:

- a. Determinar si existen diferencias estadísticamente significativas entre los cuatro grupos muestrales en los perfiles promedios de un conjunto de variables predictoras (ítems del cuestionario).
- b. Determinar cuál de las variables predictoras cuantifica mejor las diferencias en los perfiles promedios de los grupos.
- c. Estimar si, en función de las variables seleccionadas, los grupos quedan suficientemente discriminados.

Para la consecución de los objetivos propuestos se definió la variable grupo como criterio y, como predictoras, a un conjunto de variables que cumpliesen simultáneamente los siguientes requisitos:

- a. Que mantuviesen un bajo nivel de correlación entre ellas, evitando así la “colinealidad”, fenómeno que contribuye a arrojar resultados “inesperados” que incrementan considerablemente los errores estándar.

- b. Que proporcionasen unas funciones discriminantes que maximizaran la varianza intergrupo frente a la intragrupo.

Teniendo en cuenta tales requisitos, se procedió a la selección de las variables predictoras (ítems del cuestionario). Para ello, en primer lugar, se seleccionaron aquellas variables que, sobre una base univariante presentaban diferencias estadísticamente significativas entre las medias de los grupos, procedimiento llevado a cabo mediante el estadístico Lambda de Wilks. Posteriormente, se aplicó un análisis de correlación bivariada, con el fin de extraer un conjunto de variables que no guardasen niveles de correlación estadísticamente significativos y que, al mismo tiempo, pudieran ofrecer unos resultados altamente predictivos y clasificatorios.

5.3.7. Revisión bibliográfica

Se han consultado los siguientes repertorios bibliográficos: PsycINFO (1980-2006), MEDLINE (1980-2006) y Psycodoc (1980-2006). En la búsqueda se utilizaron las siguientes palabras claves: discapacidad, sexualidad, educación, necesidades educativas especiales, retraso mental, deficiencia mental, programas de educación, SIDA.

Las referencias bibliográficas siguen el formato recomendado por la *American Psychological Association*, última revisión en español (1999).

5.3.8. Redacción y presentación del trabajo

El texto, tablas y gráficos se han realizado con el programa Microsoft Office Word 2003.

CAPÍTULO 6

RESULTADOS

6.1. INTRODUCCIÓN

Este capítulo que presentamos a continuación dedicado a la exposición de resultados, ha sido estructurado en varios apartados que intentan dar respuesta a las diversas preguntas que motivan nuestra investigación. En el primero de ellos, mostramos los análisis descriptivos (medias y desviaciones típicas) de las variables totales “*Conocimiento sobre el SIDA*”, “*Conocimiento sobre el embarazo*” y “*Adopción de conductas de riesgo*”. Recordemos, tal y como queda expuesto en el capítulo anterior que, estas tres variables representan la puntuación total de cada uno de los bloques de los que consta el cuestionario administrado. Así, la variable “*Conocimiento sobre el SIDA*” es la puntuación total obtenida por los participantes en el Bloque 2; la variable “*Conocimiento sobre el embarazo*” es la puntuación total alcanzada en el Bloque 3 y la variable “*Adopción de conductas de riesgo*” es la puntuación total obtenida en el Bloque 4.

En segundo lugar, exponemos los análisis comparativos divididos a su vez en cuatro apartados diferentes: (1) Comparaciones (intergrupo e intragrupo) de las variables “*Conocimientos sobre el SIDA*”, “*Conocimientos sobre el embarazo*” y “*Adopción de conductas de riesgo*” en función de los cuatro grupos muestrales. Es decir, por un lado realizamos las comparaciones intergrupo entre los cuatro grupos que componen nuestra muestra con el objetivo de detectar las diferencias en las tres variables de estudio (estas comparaciones se realizan por separado en la pre y la post intervención). Posteriormente, efectuamos un análisis comparativo intragrupo entre las variables mencionadas para ver qué resultados obtiene cada grupo y si se produce algún cambio tras la realización del programa de intervención. (2) Comparaciones (intergrupo e intragrupo) de las variables “*Conocimientos sobre el SIDA*”, “*Conocimientos sobre el embarazo*” y “*Adopción de conductas de riesgo*” en función del sexo (t Student). En esta ocasión realizamos un análisis comparativo entre ambos sexos para observar las diferencias entre ellos antes de la intervención y, una vez llevada a cabo la misma, analizamos si son los hombres o las mujeres quienes obtienen los mejores resultados en cada una de las variables descritas. Posteriormente, aplicamos análisis comparativos intragrupo (en el grupo de mujeres y en el de hombres, respectivamente), con el objetivo de detectar la posible existencia de diferencias estadísticamente significativas entre la pre y la post-intervención. (3) Comparaciones (intergrupo e intragrupo) de los ítems relacionados con conductas sexuales (Bloque 5) en función de los cuatro grupos muestrales. En esta ocasión, efectuamos análisis comparativos inter-grupo pre y post intervención del bloque V (correspondiente a las preguntas relacionadas con conductas y hábitos sexuales), así como análisis comparativos en cada uno de los grupos entre las fases de pre y post intervención. (4) Comparaciones (intergrupo e intragrupo) de los ítems específicos del cuestionario de personas con discapacidad intelectual (análisis bivariantes). Elaboramos un análisis de los ítems específicos de respuestas abiertas que conformaban el cuestionario de la

muestra constituida por personas con discapacidad intelectual; por un lado, analizamos los ítems correspondientes a los conocimientos sobre el SIDA y conocimientos sobre el embarazo. Como en los apartados anteriores, los análisis abarcaron las comparaciones entre los cuatro grupos en la fase de pre-intervención y en la fase de post-intervención, así como las respectivas comparaciones intragrupos.

Para concluir, en tercer lugar, aplicamos un análisis discriminante con el objetivo de describir las diferencias existentes en los cuatro grupos de nuestra investigación en base a los valores que toman ciertas variables sobre los individuos de cada uno de los grupos, así como clasificar nuevos individuos en alguno de los grupos preexistentes en función de los valores que toman algunas variables para esos individuos. Este análisis se hizo tanto en la fase de pre-intervención como en la post-intervención. Una guía de los análisis realizados se muestra en la Tabla 28.

Tabla 28: Guía de los análisis estadísticos realizados

Tipos de análisis		Tipos de variables	Análisis por grupos
1. Análisis descriptivos (medias y desviación tipo)		Conocimiento sobre el SIDA Conocimiento sobre el Embarazo Adopción de conductas de riesgo	Intragrupo pre-intervención Intragrupo post-intervención
2. Análisis comparativos	1. En función de los grupos	Conocimiento sobre el SIDA Conocimiento sobre el Embarazo Adopción de conductas de riesgo	Intergrupo pre-intervención Intergrupo post-intervención Intragrupo pre-post intervención
	2. En función del sexo	Conocimiento sobre el SIDA Conocimiento sobre el Embarazo Adopción de conductas de riesgo	Intergrupo pre-intervención Intergrupo post-intervención Intragrupo pre-post intervención
	3. En función de los grupos	Preguntas sobre conductas sexuales	Intergrupo pre-intervención Intergrupo post-intervención Intragrupo pre-post intervención
	4. En el grupo personas con discapacidad	Preguntas abiertas sobre “conocimientos sobre el SIDA” y “conocimientos sobre el embarazo”	Intragrupo pre-post intervención
3. Análisis discriminantes		Ítems de los bloque II-III y IV	Intergrupo pre-intervención Intergrupo post-intervención

- En las páginas que siguen realizaremos una descripción de los resultados y en la discusión integraremos e interpretaremos los datos encontrados.

6.2. ANÁLISIS DESCRIPTIVOS (MEDIAS Y DESVIACIONES TÍPICAS) DE LAS VARIABLES DE ESTUDIO

En este apartado, incluimos las medias y desviaciones típicas de cada una de las variables de estudio en cada uno de los grupos muestrales tanto en la fase de pre-intervención como en la de post-intervención.

6.2.1. Variable “Conocimientos sobre el SIDA”

Como podemos observar en la Tabla 29, las medias más bajas se presentan en la fase pre-intervención en el grupo de personas con discapacidad ($\bar{x}=6'35$) y en el grupo de Valdocco ($\bar{x}=8'64$). En la post-intervención, los grupos que obtienen las medias más bajas son los alumnos correspondientes al grupo de Valdocco ($\bar{x}=8'97$) y el de los alumnos de 3º de ESO ($\bar{x}=11'23$). A su vez, el grupo de personas con discapacidad intelectual es el que alcanza la media más elevada ($\bar{x}=12'13$).

Tabla 29: Medias y desviaciones típicas de la variable “Conocimiento sobre el SIDA”		Pre		Post	
		\bar{X}	δ	\bar{X}	δ
	Grupo 1	8'64	2'58	8'97	2'74
	Grupo 2	10'41	2'08	11'23	1'86
	Grupo 3	11'04	1'85	11'77	1'69
	Grupo 4	6'35	3'05	12'13	1'29
Grupo 1=Alumnos Valdocco Grupo 2=3º ESO Grupo 3=4º ESO Grupo 4=Personas con discapacidad intelectual					

6.2.2. Variable “Conocimientos sobre el embarazo”

Los resultados en esta variable siguen la misma pauta que en la anterior; así, como podemos observar en la Tabla 30, en la fase pre-intervención son los grupos de personas con discapacidad ($\bar{x}=1'91$) y el de alumnos de Valdocco ($\bar{x}=2'35$) los que obtienen una media más baja. De igual manera, en la fase de post-intervención las puntuaciones más bajas corresponden al grupo de Valdocco ($\bar{x}=1'55$) y al de 3º de ESO ($\bar{x}=4'40$), correspondiendo la media más elevada al grupo formado por las personas con discapacidad intelectual ($\bar{x}=5'08$).

Tabla 30: Medias y desviaciones típicas de la variable "Conocimientos sobre el embarazo"		Pre		Post	
		\bar{X}	δ	\bar{X}	δ
	Grupo 1	2'35	1'66	1'55	1'50
	Grupo 2	3'64	1'76	4'40	1'68
	Grupo 3	4'15	1'63	4'84	1'38
	Grupo 4	1'91	1'87	5'08	1'34
Grupo 1=Alumnos Valdocco Grupo 2=3º ESO Grupo 3=4º ESO Grupo 4=Personas con discapacidad					

6.2.3. Variable "Adopción de conductas de riesgo"

En la Tabla 31 vemos cómo para esta variable, las medias más bajas en la fase pre-intervención se presentan en el grupo de Valdocco ($\bar{x}=1'52$) y en el de 3º de ESO ($\bar{x}=2'82$), siendo estos mismos grupos los que siguen manifestando las medias más bajas en la fase de post-intervención. En esta segunda fase, la media más alta vuelve a corresponder al grupo de personas con discapacidad intelectual ($\bar{x}=4'16$).

Tabla 31: Medias y desviaciones típicas de la variable "Adopción de conductas de riesgo"		Pre		Post	
		\bar{X}	δ	\bar{X}	δ
	Grupo 1	1'52	1'21	2'35	1'36
	Grupo 2	2'82	1'56	3'33	1'46
	Grupo 3	3'10	1'39	3'64	1'38
	Grupo 4	3'05	1'80	4'16	1'38
Grupo 1=Alumnos Valdocco Grupo 2=3º ESO Grupo 3=4º ESO Grupo 4=Personas con discapacidad intelectual					

6.3. ANÁLISIS COMPARATIVOS DE LAS VARIABLES DE ESTUDIO

En este apartado presentamos los análisis comparativos que hemos señalado con anterioridad. Los análisis utilizados para la obtención de estos resultados han sido ajustados a las diferentes escalas en las que se miden las variables, según se indica en la Tabla 32.

Variable 1	Variable 2	Procedimiento Estadístico
Cualitativa	Cualitativa	Análisis bivariante: tabla de contingencias
Cuantitativa	Cualitativa	Cualitativa 2 categorías = <i>t</i> de Student Cualitativa más de 2 categorías = ANOVA

6.3.1. Comparaciones intergrupo e intragrupo

Seguidamente presentamos los análisis comparativos intergrupo (tanto en la fase de pre-intervención como en la de post-intervención) llevados a cabo en relación a la puntuación obtenida por los diferentes grupos muestrales en las tres variables estudiadas (“Conocimientos sobre el SIDA”, “Conocimientos sobre el embarazo” y “Adopción de conductas de riesgo”). De igual manera, se muestran los resultados obtenidos en los análisis comparativos intragrupo entre las dos fases de intervención (*t* de Student).

6.3.1.1. Comparaciones intergrupo

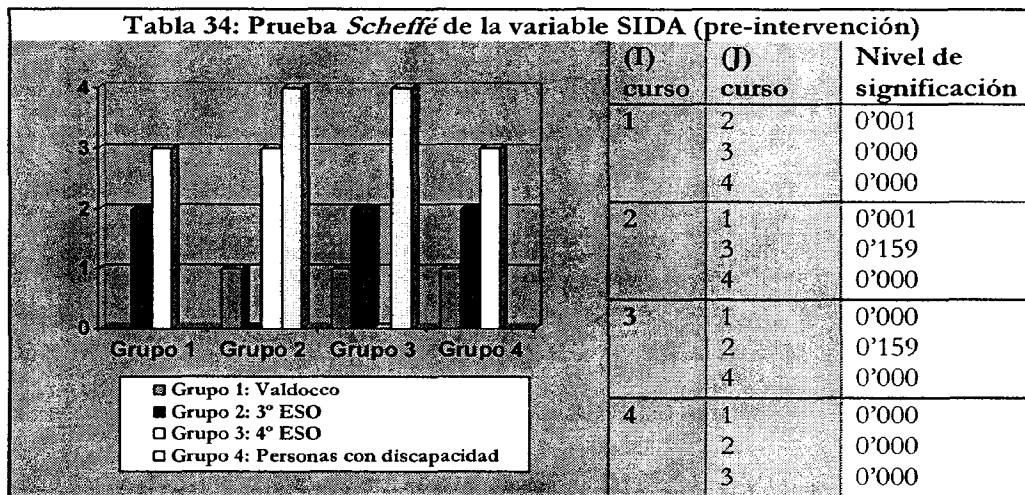
En primer lugar, hacemos referencia a los resultados de los diferentes análisis de varianza de un factor (ANOVA) llevados a cabo en ambas fases (pre y post-intervención). Posteriormente, se llevó a cabo la prueba de Scheffé.

6.3.1.1.1. Fase de pre-intervención

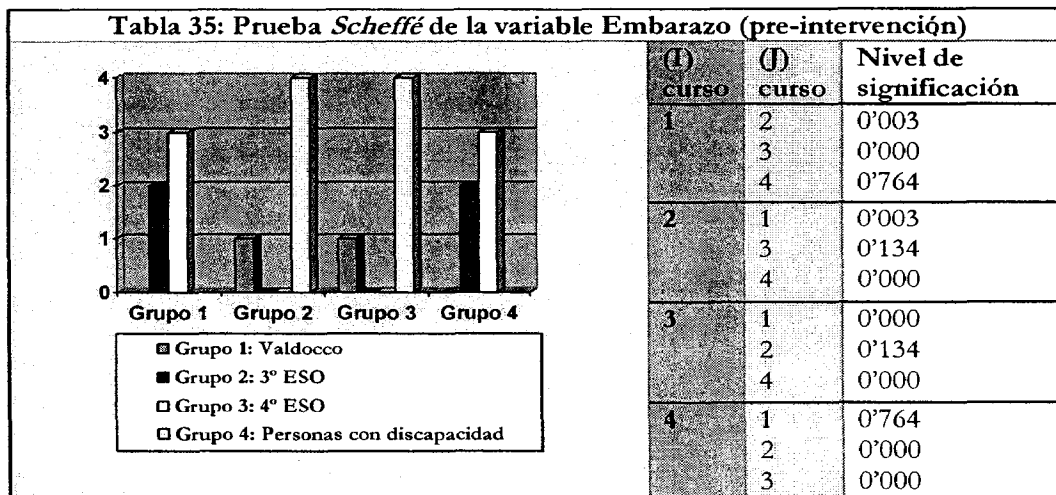
En la Tabla 33 se detallan los resultados del ANOVA obtenidos en la fase pre-intervención. Como se observa, existen diferencias estadísticamente significativas para cada una de las variables estudiadas.

VARIABLES	F	Nivel de significación
SIDA	55'16	0'000
Embarazo	24'73	0'000
Riesgo	11'12	0'000

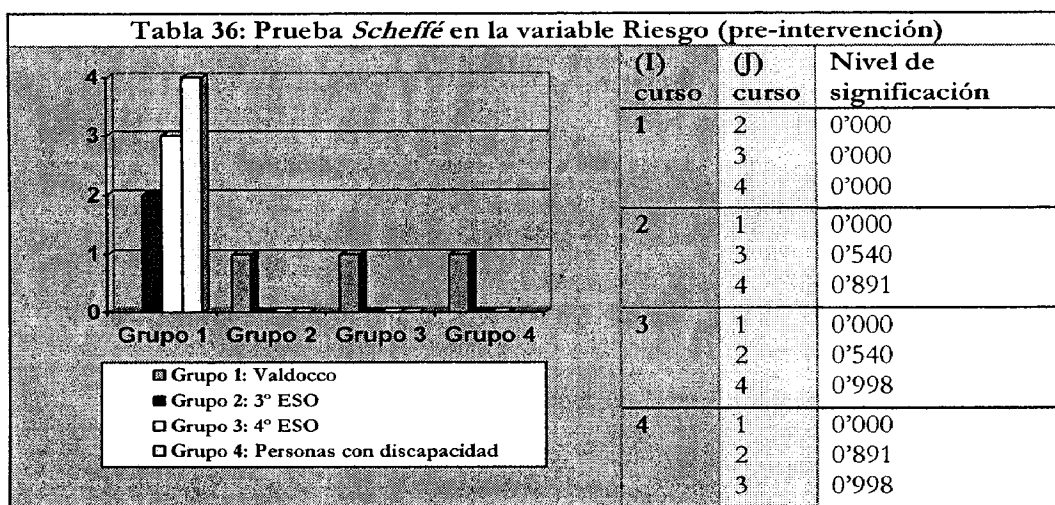
Una vez aplicada la prueba de Scheffé (Tabla 34) se observa que, salvo entre los grupos 2 ($\bar{x}=10'41$) y 3 ($\bar{x}=11'04$), existen diferencias estadísticamente significativas entre todos los grupos muestrales en la variable "Conocimientos sobre el SIDA". No obstante, como podemos apreciar, son los alumnos de 4º de ESO (Grupo 3) los que obtienen mejores resultados en dicha variable.



En relación a la variable "Conocimientos sobre el embarazo" (Tabla 35), observamos que no existen diferencias previas a la intervención entre los grupos 1 (Valdocco) ($\bar{x}=2'35$) y 4 (personas con discapacidad intelectual) ($\bar{x}=1'91$) aunque, son los participantes de Valdocco los que alcanzan mejores resultados. Igualmente ocurre en esta variable con los grupos 2 (3º ESO) ($\bar{x}=3'64$) y 3 (4º ESO) ($\bar{x}=4'15$), siendo los participantes de 4º de ESO los que presentan mejores resultados.



Finalmente, con respecto a la variable “Adopción de conductas de riesgo”, en la Tabla 36 podemos observar que no se encontraron diferencias estadísticamente significativas previas a la participación en el programa de intervención entre los alumnos de 3º de ESO ($\bar{x}=2'82$), 4º ESO ($\bar{x}=3'10$) y personas con discapacidad intelectual ($\bar{x}=3'05$); no obstante, la media más alta corresponde a los participantes de 4º de ESO.



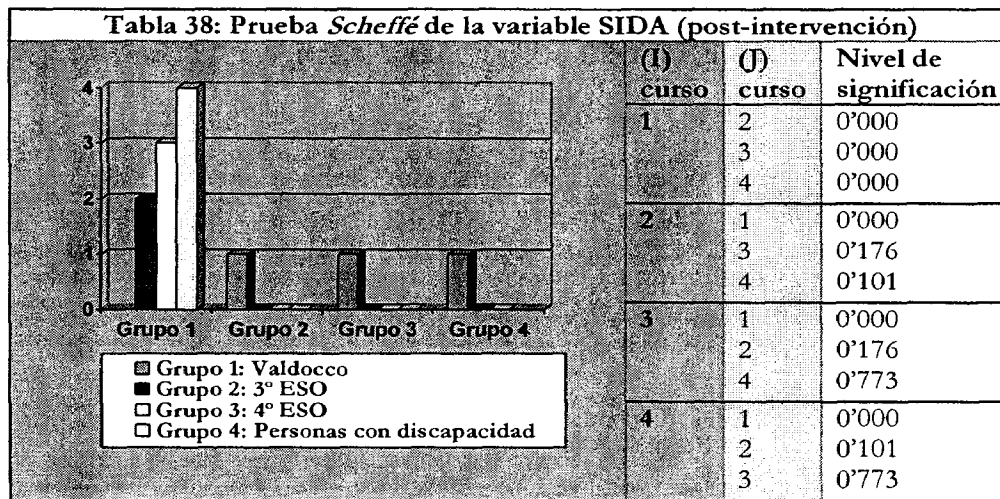
6.3.1.1.2. Fase de post-intervención

Para este análisis comparativo hemos llevado a cabo el mismo procedimiento que en el apartado anterior, indicando los resultados obtenidos (Tabla 37) en esta fase, existiendo diferencias estadísticamente significativas en las tres variables de estudio.

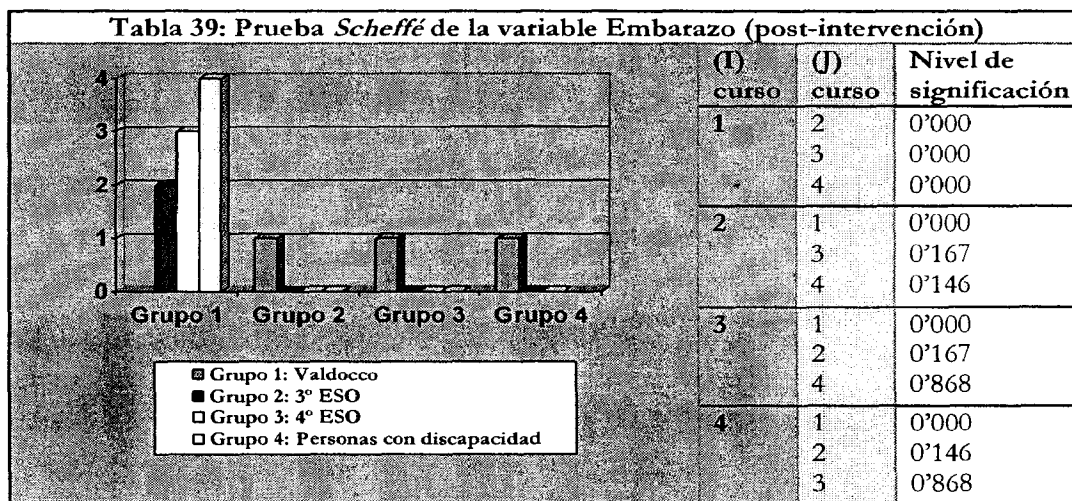
Tabla 37: Resultados del ANOVA en la fase post-intervención

VARIABLES	F	Nivel de significación
SIDA	23'91	0'000
Embarazo	48'69	0'000
Riesgo	11'17	0'000

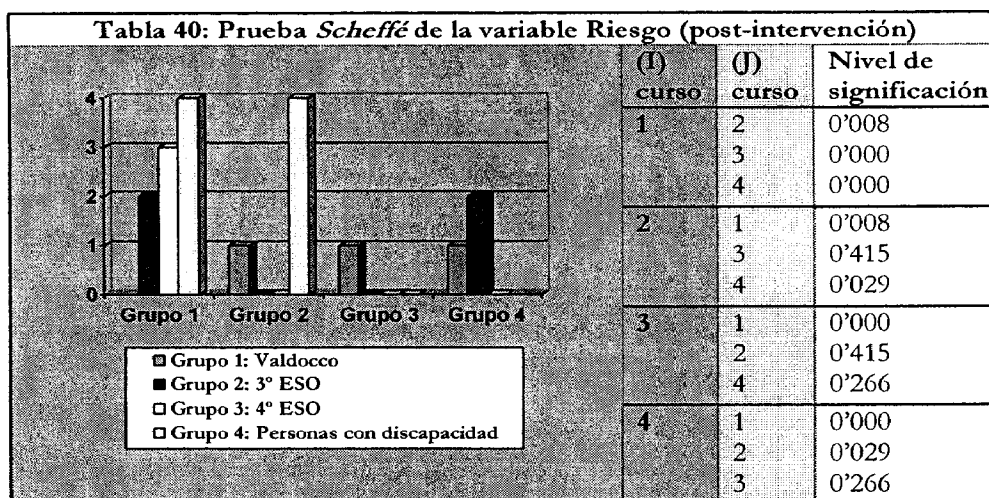
Administrada la prueba *Scheffé*, en la Tabla 38 vemos que, en relación a la variable “Conocimientos sobre el SIDA”, no se observan diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de 3º de ESO ($\bar{x}=11'23$), 4º de ESO ($\bar{x}=11'77$) y personas con discapacidad intelectual ($\bar{x}=12'13$). No obstante, a pesar de no existir diferencias estadísticamente significativas observamos que la puntuación más elevada se presenta en las personas con discapacidad intelectual.



En cuanto a la variable “Conocimientos sobre el embarazo”, igual que en el caso anterior, tampoco aparecen diferencias estadísticamente significativas entre los alumnos de 3º de ESO ($\bar{x}=4'40$), 4º de ESO ($\bar{x}=4'84$) y las personas con discapacidad intelectual ($\bar{x}=5'08$); no obstante, es este último grupo el que obtiene la mayor puntuación media (Tabla 39).



Por último, en la variable “Adopción de conductas de riesgo” (Tabla 40), una vez llevada a cabo la intervención, tampoco se establecen diferencias estadísticamente significativas entre los grupos 3º de ESO ($\bar{x}=3'33$) y 4º de ESO ($\bar{x}=3'64$) y las personas con discapacidad intelectual ($\bar{x}=4'16$), correspondiendo también en este caso las puntuaciones medias más altas a los participantes de éste último grupo.



6.3.1.2. Comparaciones intragrupo

Para analizar los resultados obtenidos con nuestro programa de intervención, también realizamos un análisis comparativo en las tres variables de estudio: “Conocimientos sobre el SIDA”, “Conocimiento sobre el embarazo” y “Adopción de conductas de riesgo”¹⁹ en cada uno de los grupos que componen la muestra antes de la intervención (pre) y una vez llevada a cabo la misma (post). Para comprobar si existen diferencias estadísticamente significativas en cada uno de los grupos, se ha efectuado un contraste de medias a través de la prueba *t* de Student.

Los resultados nos indican (Tabla 41) que no existen diferencias estadísticamente significativas en las variables de estudio entre las fases de pre y post intervención en el Grupo 1. No obstante, en dicha Tabla podemos observar cómo las variables “Conocimientos sobre el SIDA”, “Adopción de conductas de riesgo”, incrementan sus puntuaciones tras la aplicación del programa de educación sexual, mientras que “Conocimientos sobre el embarazo” la disminuye.

Tabla 41: Comparaciones pre y post intervención de las variables de estudio en el Grupo 1

	Intervención	Media	Desviación Típica	t	Nivel de significación
SIDA	Pre	8'64	2'58	-0'50	0'618
	Post	8'97	2'74		
Embarazo	Pre	2'35	1'66	2'06	0'431
	Post	1'55	1'50		
Riesgo	Pre	1'52	1'21	-2'62	0'118
	Post	2'35	1'36		

¹⁹ Para facilitar la comprensión de la lectura y realizar una exposición que aporte una mayor claridad a los resultados de nuestra investigación hemos optado por renombrar las etiquetas de las variables generales del estudio, tal como exponemos seguidamente: “Conocimientos sobre el SIDA”=>“SIDA”; “Conocimientos sobre el embarazo”=>“Embarazo” y “Adopción de conductas de riesgo”=>“Riesgo”.

Respecto al Grupo 2 (estudiantes que cursan 3º de ESO), los resultados indican diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones medias de las variables “Conocimientos sobre el SIDA” y “Conocimientos sobre el embarazo” entre la fase pre y post intervención, observándose en ambos casos un incremento tras la aplicación del programa de intervención (Tabla 42). A su vez se observa que, si bien no existen diferencias estadísticamente significativas en la variable “Adopción de conductas de riesgo”, sí se produce un incremento de la puntuación media en la fase de post-intervención.

Tabla 42: Comparaciones pre y post intervención de las variables de estudio en el Grupo 2

	Intervención	Media	Desviación Típica	t	Nivel de significación
SIDA	Pre	10'41	2'08	-2'81	0'050
	Post	11'23	1'86		
Embarazo	Pre	3'64	1'76	-3'02	0'031
	Post	4'40	1'68		
Riesgo	Pre	2'82	1'56	-2'27	0'245
	Post	3'33	1'46		

Con respecto al Grupo 3 (alumnos de 4º ESO), los resultados muestran que existen diferencias estadísticamente significativas en todas las variables de estudio entre las fases de pre y la post intervención. En los datos que aparecen en la Tabla 43 se puede apreciar el incremento de las puntuaciones medias tras la aplicación del programa de educación sexual.

Tabla 43: Comparaciones pre y post intervención de las variables de estudio en el Grupo 3

	Intervención	Media	Desviación Típica	t	Nivel de significación
SIDA	Pre	11'04	1'85	-3'75	0'000
	Post	11'77	1'69		
Embarazo	Pre	4'15	1'63	-4'12	0'000
	Post	4'84	1'38		
Riesgo	Pre	3'10	1'39	-3'56	0'000
	Post	3'64	1'38		

Por último, en relación al Grupo 4 encontramos diferencias estadísticamente significativas en todas las variables entre ambas fases (Tabla 44). Como podemos observar, aparece un elevado incremento en las puntuaciones medias (sobre todo en “Conocimientos sobre el SIDA” y “Conocimientos sobre el embarazo”) una vez llevado a cabo el programa de intervención.

Tabla 44: Comparaciones pre y post intervención de las variables de estudio en el Grupo 4

	Intervención	Media	Desviación Típica	t	Nivel de significación
SIDA	Pre	6'35	3'05	-10'59	0'000
	Post	12'13	1'29		
Embarazo	Pre	1'91	1'87	-8'33	0'000
	Post	5'08	1'34		
Riesgo	Pre	3'05	1'80	-2'95	0'004
	Post	4'16	1'38		

6.3.2. Comparaciones, en función del sexo, de las variables de estudio en ambas fases

En los siguientes apartados presentamos las comparaciones (intergrupo e intragrupo) entre ambas fases en función del sexo, de las puntuaciones medias de las variables estudiadas.

6.3.2.1. Comparaciones intergrupo

En primer lugar, procedemos a exponer los resultados obtenidos tras la comparación de las puntuaciones medias obtenidas por los hombres y mujeres de los diferentes grupos muestrales en las fases de pre y post intervención.

6.3.2.1.1. Fase de pre-intervención

En la Tabla 45 encontramos reflejados los resultados tras la aplicación de la prueba *t* de Student a las medias obtenidas en las diferentes variables de estudio por hombres y mujeres, con anterioridad a la aplicación del programa de educación sexual.

Tabla 45: Comparación de las puntuaciones medias de hombres y mujeres en las variables estudiadas (pre-intervención)

	Sexo	Media	Desviación Típica	t	Nivel de significación
SIDA	Hombre	9'70	2'66	-3'12	0'002
	Mujer	10'57	2'48		
Embarazo	Hombre	3'29	1'83	-3'23	0'001
	Mujer	3'93	1'84		
Riesgo	Hombre	2'47	1'52	-4'95	0'000
	Mujer	3'26	1'45		

Como se puede constatar, antes de la intervención aparecen diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones que ambos sexos obtienen en las tres variables analizadas. Concretamente, destacan las mujeres por poseer un mayor nivel de conocimientos sobre el SIDA y embarazo, así como por manifestar la realización de menos conductas de riesgo que los hombres.

6.3.2.1.2. Fase de post-intervención

Una vez aplicado el programa de educación sexual, llevamos a cabo nuevamente otro contraste de medias con el objetivo de comprobar si se mantenían las diferencias entre hombres y mujeres a las que acabamos de hacer referencia en el apartado anterior.

Tabla 46: Comparación de las puntuaciones medias de hombres y mujeres en las variables estudiadas (post-intervención)

	Sexo	Media	Desviación Típica	t	Nivel de significación
SIDA	Hombre	10'69	2'31	-6'21	0'000
	Mujer	12'04	1'39		
Embarazo	Hombre	3'71	1'99	-7'41	0'000
	Mujer	5'09	1'19		
Riesgo	Hombre	3'06	1'56	-5'22	0'000
	Mujer	3'90	1'25		

Como podemos comprobar en la Tabla 46, en la fase de post-intervención continúan manteniéndose las diferencias de sexo en las puntuaciones de las variables analizadas, correspondiendo de nuevo las medias más elevadas a las mujeres.

6.3.2.2. Comparaciones pre y post-intervención

A continuación, pasamos a exponer los resultados obtenidos tras comparar las puntuaciones obtenidas por hombres y mujeres respectivamente, en las variables de estudio durante las fases de pre y post-intervención.

6.3.2.2.1. Grupo de mujeres

En primer lugar, en la Tabla 47 se exponen los resultados obtenidos tras el contraste de medias llevado a cabo entre las puntuaciones que las mujeres, que participan en esta investigación obtienen antes y después de la intervención en las variables analizadas (“Conocimientos sobre el SIDA”, “Conocimientos sobre el embarazo” y “Adopción de conductas de riesgo”).

Tabla 47: Comparación de la puntuaciones obtenidas por el grupo de mujeres antes y después de la intervención

	Intervención	Media	Desviación típica	t	Nivel de significación
SIDA	Pre	10'57	2'48	-6'49	0'000
	Post	12'04	1'39		
Embarazo	Pre	3'93	1'84	-6'70	0'000
	Post	5'09	1'19		
Riesgo	Pre	3'26	1'45	-4'23	0'000
	Post	3'90	1'25		

Como se puede observar, tras la aplicación del programa de intervención las puntuaciones medias de las tres variables (sobre todo las dos primeras) son significativamente mayores.

6.3.2.2. Grupo de hombres

En relación a los hombres, en la Tabla 48, encontramos los resultados del contraste de medias. En este caso, igual que sucedía en el grupo de mujeres, las puntuaciones medias en las tres variables son significativamente mayores tras la intervención, correspondiendo la mayor diferencia a “Adopción de conductas de riesgo”.

	Intervención	Media	Desviación Típica	t	Nivel de significación
SIDA	Pre	9'70	2'66	-3'60	0'000
	Post	10'69	2'31		
Embarazo	Pre	3'29	1'83	-2'02	0'043
	Post	3'71	1'99		
Riesgo	Pre	2'47	1'52	-3'53	0'000
	Post	3'06	1'56		

6.3.3. Comparaciones de los ítems del Bloque 5

A continuación realizamos las *tablas de contingencias* de los siete ítems que componen el Bloque 5 (Conductas sexuales) en cada uno de los grupos muestrales utilizados en nuestro estudio.

6.3.3.1. Comparaciones intergrupo en la fase pre-intervención

Presentamos en primer lugar los resultados obtenidos con anterioridad a la aplicación del programa de intervención.

6.3.3.1.1. Ítem 27: “Actualmente, ¿con qué frecuencia te tocas o masturbas?”

Como podemos observar en la Tabla 49, existen diferencias estadísticamente significativas ($\chi^2=6'35$; $p=0'000$) entre las diferentes opciones de respuesta de dicho ítem en los diferentes grupos muestrales.

Concretamente, en relación al Grupo 1, las diferencias se establecen en las opciones “no lo he hecho nunca” (con una frecuencia menor de la esperada) y “una o varias veces al mes” y “actualmente no me toco” (con una frecuencia mayor de la esperada). Con respecto al Grupo 3 (4º ESO), las discrepancias se establecen en las opciones “no lo he hecho nunca” (cuya frecuencia es superior a la esperada) y “una o varias veces al día” (que se encuentra por debajo de lo esperado). Por último, en el Grupo 4 (personas con discapacidad intelectual), las diferencias

estadísticamente significativas se manifiestan en la opción “una o varias veces al día”, que presenta un frecuencia superior a la esperada.

Tabla 49: Tabla de contingencias del ítem 27 “Actualmente, ¿con qué frecuencia te tocas o masturbas?”, en la fase de pre-intervención

Grupo		1	2	3	4	5	6	Total
1	Frecuencia observada	3	2	6	8	1	10	30
	Frecuencia esperada	11'9	3'8	6	2'7	0'8	4'8	
	Residuos corregidos	-3'5*	-1	0	3'5*	0'2	2'7*	
2	Frecuencia observada	34	12	18	8	5	13	90
	Frecuencia esperada	35'6	11'4	17'9	8'2	2'4	14'4	
	Residuos corregidos	-0'4	0'2	0	-0'1	1'9	-0'5	
3	Frecuencia observada	84	15	35	13	3	28	178
	Frecuencia esperada	70'4	22'6	35'5	16'1	4'8	28'5	
	Residuos corregidos	3'1*	-2'5*	-0'1	-1'2	-1'2	-0'2	
4	Frecuencia observada	10	13	7	1	0	2	33
	Frecuencia esperada	13'1	4'2	6'6	3	0'9	5'3	
	Residuos corregidos	-1'1	4'9*	0'2	-1'3	-1	-1'6	
Total	Frecuencia observada	131	42	66	30	9	53	331
		$\chi^2=6'35$			$p=0'000$			
<i>Opciones de respuesta: (1) No lo he hecho nunca; (2) Una o varias veces al día; (3) Una o varias veces a la semana; (4) Una o varias veces al mes; (5) Una o varias veces al año; (6) Actualmente no me toco</i>								

6.3.3.1.2. Ítem 28: “¿Has tenido alguna relación sexual con penetración?”

Con relación a este elemento, en la Tabla 50 apreciamos como también existen diferencias estadísticamente significativas ($\chi^2=19'42$; $p=0'000$) entre ambas alternativas de respuesta (Sí/No). Con respecto a los Grupos 1 y 4, se establecen discrepancias manifestando ambos una frecuencia por encima de la esperada en la opción “sí” y por debajo de la esperada en la opción “no”. Por el contrario, en el Grupo 2, las tendencias de respuesta se dan a la inversa, encontrándose una frecuencia mayor a la esperada en la opción “no” e inferior en “sí”.

Tabla 50: Tabla de contingencias del ítem 28 “¿Has tenido alguna relación sexual con penetración?”, en la fase de pre-intervención

Grupo		Sí	No	Total
1	Frecuencia observada	14	14	28
	Frecuencia esperada	7'4	20'6	
	Residuos corregidos	2'9*	-2'9*	
2	Frecuencia observada	14	76	90
	Frecuencia esperada	23'9	66'1	
	Residuos corregidos	-2'8*	2'8*	
3	Frecuencia observada	45	136	181
	Frecuencia esperada	48'1	132'9	
	Residuos corregidos	-0'8	0'8	
4	Frecuencia observada	16	20	36
	Frecuencia esperada	9'6	26'4	
	Residuos corregidos	2'6*	-2'6*	
Total	Frecuencia observada	89	246	335
		$\chi^2=19'64$		$p=0'000$

6.3.3.1.3. Ítem 29: “En alguna ocasión, ¿has tenido un contacto sexual con alguien sin haberlo deseado?”

Como se aprecia en la Tabla 51, existen diferencias estadísticamente significativas ($\chi^2=3'33$; $p=0'000$) en todos los grupos entre las diferentes opciones del mismo (Sí/No). Concretamente, los jóvenes del Grupo 1 y las personas con discapacidad intelectual presentan una frecuencia por encima de la esperada en la opción “sí” y por debajo en “no”. La tendencia contraria la encontramos en los Grupos 2 y 3.

Tabla 51: Tabla de contingencias del ítem 29 “En alguna ocasión, ¿has tenido un contacto sexual con alguien sin haberlo deseado?”, en la fase de pre-intervención

Grupo		Sí	No	Total
1	Frecuencia observada	8	22	30
	Frecuencia esperada	3'3	26'7	
	Residuos corregidos	2'9*	-2'9*	
2	Frecuencia observada	4	86	90
	Frecuencia esperada	9'9	80'1	
	Residuos corregidos	-2'3*	2'3*	
3	Frecuencia observada	15	167	182
	Frecuencia esperada	19'9	162'1	
	Residuos corregidos	-1'7*	1'7*	
4	Frecuencia observada	10	26	36
	Frecuencia esperada	3'9	32'1	
	Residuos corregidos	3'4*	-3'4*	
Total	Frecuencia observada	37	301	338
		$\chi^2=23'33$	$p=0'000$	

6.3.3.1.4. Ítem 30: “En tus relaciones sexuales, ¿Has tenido alguna vez algún tipo de problema?”

En relación a este ítem, los resultados muestran (Tabla 52) la existencia de diferencias estadísticamente significativas ($\chi^2=97'78$, $p=0'000$) entre las diferentes alternativas del mismo en todos los grupos. Como podemos apreciar, los chicos del Grupo 1 presentan una frecuencia superior a la esperada en la opción “un embarazo no deseado”, mientras que los jóvenes del Grupo 2 la superan en “agresión sexual o relaciones sexuales forzadas”, caracterizándose los integrantes del Grupo 3, por su parte, por presentar una frecuencia menor que la esperada en la opción “relaciones sexuales no deseadas pero mantenidas por otros motivos”. Por último, en el grupo de personas con discapacidad intelectual, las opciones “relaciones sexuales no deseadas pero mantenidas por otros motivos” y “dificultad en la relación sexual, molestias, dolores” manifiestan unas frecuencias mayores a las esperadas, presentándose la tendencia contraria en “ninguna”.

Tabla 52: Tabla de contingencias del ítem 30 "En tus relaciones sexuales, ¿has tenido algún tipo de problema?" en la fase de pre-intervención

Grupo		1	2	3	4	5	6	7	8	Total
1	Frecuencia observada	2	1	0	2	1	14	0	2	22
	Frecuencia esperada	0'3	0'2	0'3	1'3	2'1	16'4	0'1	1'2	
	Residuos corregidos	3'2*	1'8	-0'6	0'7	-0'9	-1'3	-0'3	0'8	
2	Frecuencia observada	0	1	3	1	3	48	0	2	58
	Frecuencia esperada	0'8	0'6	0'8	3'4	5'6	43'4	0'3	3'1	
	Residuos corregidos	-1'1	0'7	2'8*	-1'6	-1'4	1'7	-0'6	-0'8	
3	Frecuencia observada	1	0	0	1	12	88	1	7	110
	Frecuencia esperada	1'6	1'1	1'6	6'4	10'7	82'2	0'5	5'9	
	Residuos corregidos	-0'7	-1'5	-1'9	-3'2*	0'6	1'9	0'9	0'7	
4	Frecuencia observada	0	0	0	8	4	4	0	0	16
	Frecuencia esperada	0'2	0'2	0'2	0'9	1'6	12	0'1	0'9	
	Residuos corregidos	-0'5	-0'4	-0'5	7'9*	2'2	-4'8*	-0'3	-1	
Total	Frecuencia observada	3	2	3	12	20	154	1	11	206
$\chi^2=97'78$					$p=0'000$					
Opciones de respuesta: (1) Un embarazo no deseado; (2) Alguna ETS; (3) Agresión sexual o relaciones sexuales forzadas; (4) Relaciones sexuales no deseadas pero mantenidas por otros motivos; (5) Dificultad en la relación sexual, molestias, dolores; (6) Ninguna; (7) Agresión sexual o relaciones sexuales forzadas y relaciones sexuales no deseadas mantenidas por otros motivos; (8) Otras.										

6.3.3.1.5. Ítem 31: "¿Con qué frecuencia tienes relaciones sexuales con penetración?"

Con respecto a este ítem, en la Tabla 53 apreciamos que también existen diferencias estadísticamente significativas ($\chi^2=20'02$; $p=0'018$) entre sus diferentes opciones en el Grupo 1. Así, los chicos que acuden al Centro de Inserción Laboral Valdocco, presentan una frecuencia por encima de la esperada en la opción "Una vez al año", siendo la contraria en "Nunca".

Tabla 53: Tabla de contingencias del ítem 31 "¿Con qué frecuencia tienes relaciones sexuales con penetración?", en la fase de pre-intervención

Grupo		1	2	3	4	Total
1	Frecuencia observada	1	6	7	9	23
	Frecuencia esperada	2'9	3'5	2'5	14'1	
	Residuos corregidos	-1'3	1'5	3'2*	-2'3*	
2	Frecuencia observada	6	6	7	44	63
	Frecuencia esperada	8	9'6	6'7	38'7	
	Residuos corregidos	-0'9	-1'4	0'1	1'6	
3	Frecuencia observada	17	20	11	73	121
	Frecuencia esperada	15'4	18'3	12'9	74'4	
	Residuos corregidos	0'6	0'6	-0'8	-0'4	
4	Frecuencia observada	7	5	1	24	37
	Frecuencia esperada	4'7	5'6	3'9	22'7	
	Residuos corregidos	1'2	-0'3	-1'7	0'5	
Total	Frecuencia observada	31	37	26	150	244
$\chi^2=20'02$					$p=0'018$	
Opciones de respuesta: (1) Una o varias veces por semana; (2) Una o varias veces por mes; (3) Una vez al año; (4) Nunca.						

6.3.3.1.6. Ítem 32: “¿Con quién has tenido esas relaciones sexuales con penetración?”

También en este elemento, tal y como observamos en la Tabla 54, se observa la existencia de diferencias estadísticamente significativas ($\chi^2=36'08$; $p=0'000$) en las alternativas de respuesta del mismo en los tres primeros grupos. En el Grupo 1, las diferencias en dichos grupos quedan establecidas en las opciones “Con quien es o era mi pareja” (cuya frecuencia es menor a la esperada) y en las opciones “Con mi pareja u otras personas” y “Con amigos o conocidos” (con una frecuencia superior a la esperada). Con respecto al Grupo 2, destaca por tener una frecuencia inferior la opción “Con quien es o era mi pareja” y por la tendencia contraria “Con desconocidos”. Por último, los jóvenes de 4º de ESO (Grupo 3) se caracterizan por tener una frecuencia superior en la “Con quien es o era mi pareja” e inferior en “Con mi pareja u otras personas”.

Tabla 54: Tabla de contingencias del ítem 32 “¿Con quién has tenido esas relaciones sexuales con penetración?”, en la fase de pre-intervención

Grupo		1	2	3	4	Total
1	Frecuencia observada	4	5	6	0	15
	Frecuencia esperada	10'4	2	1'9	0'8	
	Residuos corregidos	-3'8*	2'4*	3'4*	-0'9	
2	Frecuencia observada	12	4	4	4	24
	Frecuencia esperada	16'6	3'2	3	1'2	
	Residuos corregidos	-2'3*	0'5	0'7	2'9*	
3	Frecuencia observada	54	4	5	2	65
	Frecuencia esperada	45	8'7	8'1	3'3	
	Residuos corregidos	3'6*	-2'5*	-1'7	-1'1	
4	Frecuencia observada	13	3	0	0	16
	Frecuencia esperada	11'1	2'1	2	0'8	
	Residuos corregidos	1'1	0'7	-1'6	-1	
Total	Frecuencia observada	83	16	15	6	120
		$\chi^2=36'08$		$p=0'000$		
Opciones de respuesta: (1) Con quien es o era mi pareja, (2) Con mi pareja u otras personas, (3) Con amigos o conocidos y (4) Con desconocidos.						

6.3.3.1.7. Ítem 33: “¿En tus relaciones con penetración qué método anticonceptivo utilizas para evitar el embarazo?”

Como podemos observar en la Tabla 55, aparecen diferencias estadísticamente significativas ($\chi^2=42'68$, $p=0'000$) en las opciones de respuesta de los Grupos 1, 3 y 4. Concretamente, la opción “Hacerlo antes, durante o después de la regla” en el Grupo 1 presenta una frecuencia superior a la esperada, mientras que los chicos del Grupo 3 se diferencian en las opciones “Preservativo” (con una frecuencia mayor a la esperada) y “Marcha atrás” (con la

tendencia contraria). Por último, las personas con discapacidad intelectual se caracterizan por presentar una frecuencia superior en la opción “*Marcha atrás*” e inferior en “*Preservativo*”.

Tabla 55: Tabla de contingencias del ítem 33 “¿En tus relaciones con penetración qué método anticonceptivo utilizas para evitar el embarazo?”, en la fase de pre-intervención

Grupo		1	2	3	4	8	Total
1	Frecuencia observada	11	4	1	1	0	17
	Frecuencia esperada	12'5	2'4	0'5	1	1'6	
	Residuos corregidos	-0'8	1'2	0'8	2'7*	-1'4	
2	Frecuencia observada	23	3	0	0	3	29
	Frecuencia esperada	21'2	4'1	0'8	0'2	2'7	
	Residuos corregidos	0'8	-0'6	-1	-0'5	0'2	
3	Frecuencia observada	65	4	2	0	9	80
	Frecuencia esperada	58'6	11'3	2'3	0'6	7'3	
	Residuos corregidos	2'4*	-3'5*	-0'3	-1'1	1	
4	Frecuencia observada	5	9	1	0	1	16
	Frecuencia esperada	11'7	2'3	0'5	0'1	1'5	
	Residuos corregidos	-4*	5'1*	0'9	-0'4	-0'4	
Total	Frecuencia observada	104	20	4	1	13	142
		$\chi^2=42'68$			$p=0'000$		
Opciones de respuesta: (1) <i>Preservativo</i> ; (2) <i>Marcha atrás</i> ; (3) <i>Píldora</i> ; (4) <i>Flaccarla durante, antes o después de la regla</i> ; (5) <i>DIU o "espiral"</i> ; (6) <i>Cremas u óvulos espermicidas</i> ; (7) <i>Diaphragma</i> ; (8) <i>Combinación de las cuatro primeras</i> .							

6.3.3.2. Comparaciones intergrupo en la fase post-intervención

En este apartado se describen los resultados obtenidos por los diferentes grupos en los mismos ítems del apartado anterior, una vez finalizada la aplicación de los respectivos programas de educación sexual.

6.3.3.2.1. Ítem 27: “Actualmente ¿Con que frecuencia te tocas o masturbas?”

Como se puede advertir en la Tabla 56, tras la intervención se aprecian diferencias estadísticamente significativas ($\chi^2=65'45$; $p=0'000$) entre las diferentes opciones de respuesta de que consta este elemento, en los grupos 1, 3 y 4. Así, los chicos del Centro de Inserción Laboral Valdocco (Grupo 1) difieren en las opciones “*No lo he hecho nunca*” y “*Una o varias veces al día*” (con frecuencias menores a las esperadas) y “*Una o varias veces al mes*” y “*Actualmente no me toco*” (con frecuencias mayores). Por su parte, los alumnos de 4º de ESO (Grupo 3) se caracterizan por frecuencias superiores a las esperadas en la opción “*No lo he hecho nunca*” e inferiores en “*Una o varias veces al día*” y “*Una o varias veces al mes*”. Finalmente, las personas con discapacidad intelectual (Grupo 4) difieren en las opciones “*Una o varias veces al día*” (con una frecuencia superior a la esperada) y en “*Actualmente no me toco*” (con una frecuencia inferior).

Tabla 56: Tabla de contingencias del ítem 27 “Actualmente, ¿con qué frecuencia te tocas o masturbas?”, en la fase de post-intervención

Grupo		1	2	3	4	5	6	Total
1	Frecuencia observada	1	0	8	6	1	9	25
	Frecuencia esperada	9'1	3'2	6'2	2'4	0'4	3'7	
	Residuos corregidos	-3'5*	-2	0'9	2'5*	1	3'1*	
2	Frecuencia observada	33	12	22	12	1	11	91
	Frecuencia esperada	33	11'5	22'7	8'8	1'5	13'6	
	Residuos corregidos	0	0'2	-0'2	1'4	0'5	-0'9	
3	Frecuencia observada	66	11	38	9	2	24	150
	Frecuencia esperada	54'3	18'9	37'4	14'5	2'5	22'4	
	Residuos corregidos	2'8*	-2'8*	0'2	-2'1*	-0'4	0'5	
4	Frecuencia observada	9	15	7	2	1	1	35
	Frecuencia esperada	12'7	4'4	8'7	3'4	0'6	5'2	
	Residuos corregidos	-1'4	5'7*	-0'7	-0'8	0'6	-2'1*	
Total	Frecuencia observada	109	38	75	29	5	45	301
		$\chi^2=65'45$			$p=0'000$			
Opciones de respuestas: (1) No lo he hecho nunca; (2) Una o varias veces al día; (3) Una o varias veces a la semana; (4) Una o varias veces al mes; (5) Una o varias veces al año; (6) Actualmente no me toco								

6.3.3.2.2. Ítem 28: “¿Has tenido alguna relación sexual con penetración?”

En relación a este elemento, la Tabla 57 muestra la existencia de diferencias estadísticamente significativas ($\chi^2=28'58$; $p=0'000$) entre las opciones de respuesta (SI/NO) de los grupos muestrales en la fase de post-intervención. Concretamente, en los Grupos 1 y 4 las diferencias se ponen de manifiesto en la opción “sí” (con una frecuencia superior a la esperada) y “no” (cuya frecuencia es inferior). Por su parte, el Grupo 3 presenta tendencias inversas.

Tabla 57: Tabla de contingencias del ítem 28 “¿Has tenido alguna relación sexual con penetración?”, en la fase de post-intervención

Grupo		Si	No	Total
1	Frecuencia observada	18	7	25
	Frecuencia esperada	7'6	17'4	
	Residuos corregidos	4'7*	-4'7*	
2	Frecuencia observada	21	69	90
	Frecuencia esperada	27'3	62'7	
	Residuos corregidos	-1'7	1'7	
3	Frecuencia observada	37	115	152
	Frecuencia esperada	46'2	105'8	
	Residuos corregidos	-2'3*	2'3*	
4	Frecuencia observada	16	20	36
	Frecuencia esperada	10'9	25'1	
	Residuos corregidos	2*	-2*	
Total	Frecuencia observada	92	211	303
		$\chi^2=28'58$		$p=0'000$

6.3.3.2.3. Ítem 29: “En alguna ocasión, ¿has tenido un contacto sexual con alguien sin haberlo deseado?”

La Tabla 58 muestra la existencia de diferencias estadísticamente significativas ($\chi^2=26'12$; $p=0'000$) en sus alternativas de respuesta (SI/NO) en los grupos muestrales. Igual que en el caso anterior, los jóvenes del Centro de Inserción Laboral Valdocco (Grupo 1) y las personas con discapacidad intelectual se caracterizan por manifestar una frecuencia mayor que la esperada en la opción “si” y una frecuencia menor en “no”. Por el contrario, los alumnos de 4º de ESO (Grupo 3) presentan la tendencia opuesta.

Grupo		Si	No	Total
1	Frecuencia observada	11	15	26
	Frecuencia esperada	3'8	22'2	
	Residuos corregidos	4'2*	-4'2*	
2	Frecuencia observada	10	77	87
	Frecuencia esperada	12'7	74'3	
	Residuos corregidos	-1	1	
3	Frecuencia observada	13	139	152
	Frecuencia esperada	22'2	129'8	
	Residuos corregidos	-3*	3*	
4	Frecuencia observada	10	26	36
	Frecuencia esperada	5'3	30'7	
	Residuos corregidos	2'4*	-2'4*	
Total	Frecuencia observada	44	257	301
		$\chi^2=26'12$	$p=0'000$	

6.3.3.2.4. Ítem 30: “En tus relaciones sexuales, ¿Has tenido alguna vez algún tipo de problema?”

En relación a este ítem, los resultados muestran (Tabla 59) la existencia de diferencias estadísticamente significativas ($\chi^2=75'19$, $p=0'000$) entre las diferentes opciones del mismo en todos los grupos. Estas discrepancias se manifiestan en el Grupo 1 (con una frecuencia superior a la esperada en la opción “Otros”), Grupo 2 (cuya frecuencia en la opción “Ninguna” también es mayor), Grupo 3 (con una frecuencia menor a la esperada en la opción “Relaciones sexuales no deseadas pero mantenidas por otros motivos”). Por último, las personas con discapacidad intelectual (Grupo 4) se caracterizan por presentar una tendencia mayor en la opción “Relaciones sexuales no deseadas pero mantenidas por otros motivos” y menor en “Ninguna”.

Tabla 59: Tabla de contingencias del ítem 30 "En tus relaciones sexuales, ¿has tenido algún tipo de problema?" en la fase de post-intervención

Grupo		1	2	3	4	5	6	7	8	Total
1	Frecuencia observada	1	0	0	1	3	13	0	3	21
	Frecuencia esperada	0'5	0'1	0'1	1'3	2'2	15'8	0'2	0'7	
	Residuos corregidos	0'8	-0'4	-0'4	-0'3	0'6	-1'5	-0'5	2'9	
2	Frecuencia observada	1	0	1	1	3	41	0	1	48
	Frecuencia esperada	1'1	0'3	0'3	3'1	5	36	0'6	1'7	
	Residuos corregidos	-0'1	-0'6	1'6	-1'4	-1'1	2	-0'9	-0'6	
3	Frecuencia observada	2	1	0	1	9	70	2	2	87
	Frecuencia esperada	2	0'5	0'5	5'6	9'1	65'3	1	3	
	Residuos corregidos	0	1	-1	-2'8	-0'1	1'7	1'4	-0'9	
4	Frecuencia observada	0	0	0	8	3	5	0	0	16
	Frecuencia esperada	0'4	0'1	0'1	1	1'7	12	0'2	0'6	
	Residuos corregidos	-0'6	-0'3	-0'3	7'5*	1'1	-4'2	-0'5	-0'8	
Total	Frecuencia observada	4	1	1	11	18	129	2	6	172
$\chi^2=75'19$						$p=0'000$				
Opciones de respuesta: (1) Un embarazo no deseado; (2) Alguna ETS; (3) Agresión sexual o relaciones sexuales forzadas; (4) Relaciones sexuales no deseadas pero mantenidas por otros motivos; (5) Dificultad en la relación sexual, molestias, dolores; (6) Ninguna; (7) Agresión sexual o relaciones sexuales forzadas y relaciones sexuales no deseadas mantenidas por otros motivos; (8) Otros.										

6.3.3.2.5. Ítem 31: "¿Con qué frecuencia tienes relaciones sexuales con penetración?"

Como se observa en la Tabla 60, en este elemento aparecen diferencias estadísticamente significativas ($\chi^2=27'95$; $p=0'001$) tras la intervención en las alternativas de respuesta del mismo. En este sentido, el Grupo 1 presenta en las opciones "Una o varias veces en el mes", "Una vez al año", una frecuencia mayor a la esperada y en la opción "Nunca", una menor. Por su parte, las diferencias del Grupo 2 aparecen en las opciones "Una o varias veces en las semana" (cuya frecuencia es inferior a la esperada) y "Nunca" (con una frecuencia superior). Por último, el Grupo 4 se caracteriza por una frecuencia menor a la esperada en "Una vez al año".

Tabla 60: Tabla de contingencias del ítem 31 "¿Con qué frecuencia tienes relaciones sexuales con penetración?", en la fase de post-intervención

Grupo		1	2	3	4	Total
1	Frecuencia observada	7	7	6	2	22
	Frecuencia esperada	4'4	3'6	2'7	11'3	
	Residuos corregidos	1'5	2'1*	2'3*	-4'2*	
2	Frecuencia observada	6	6	9	36	57
	Frecuencia esperada	11'5	9'3	6'9	29'3	
	Residuos corregidos	-2'2*	-1'4	1	2'1*	
3	Frecuencia observada	16	14	7	36	73
	Frecuencia esperada	14'7	12	8'9	37'5	
	Residuos corregidos	0'5	0'8	-0'9	-0'4	
4	Frecuencia observada	9	4	1	23	37
	Frecuencia esperada	7'4	6'1	4'5	19	
	Residuos corregidos	0'7	-1	-2*	1'5	
Total	Frecuencia observada	38	31	23	97	189
$\chi^2=27'95$						$p=0'001$
Opciones de respuesta: (1) Una o varias veces por semana; (2) Una o varias veces por mes; (3) Una vez al año; (4) Nunca.						

6.3.3.2.6. Ítem 32: “¿Con quién has tenido esas relaciones sexuales con penetración?”

Analizando los resultados que aparecen en la tabla 61, se observa la existencia de diferencias estadísticamente significativas ($\chi^2=35'19$; $p=0'000$) en las diferentes opciones de este elemento. Así, tal y como se observa en dicha Tabla, los jóvenes del Centro de Inserción Laboral Valdocco (Grupo 1) presentan una frecuencia menor a la esperada en la opción “Con quien es o era mi pareja” y superior en “Con mi pareja u otras personas”. Con respecto a los alumnos de 3º de ESO (Grupo 2), la opción “Con quien es o era mi pareja” presenta una frecuencia menor a la esperada y “Con desconocidos”, mayor. Y, por último, los jóvenes que cursan 4º de ESO (Grupo 3), cuya frecuencia es superior a la esperada en la opción “Con quien es o era mi pareja” e inferior en “Con mi pareja u otras personas”.

Grupo		1	2	3	4	Total
1	Frecuencia observada	9	9	1	2	21
	Frecuencia esperada	13'9	3'9	1'5	1'7	
	Residuos corregidos	-2'5*	3'2*	-0'5	0'2	
2	Frecuencia observada	10	6	4	5	25
	Frecuencia esperada	16'5	4'6	1'8	2'1	
	Residuos corregidos	-3'1*	0'8	1'9	2'4*	
3	Frecuencia observada	40	2	3	2	47
	Frecuencia esperada	31	8'6	3'4	3'9	
	Residuos corregidos	3'7*	-3'3*	-0'3	-1'3	
4	Frecuencia observada	13	3	0	0	16
	Frecuencia esperada	10'6	2'9	1'2	1'3	
	Residuos corregidos	1'4	0	-1'2	-1'3	
Total	Frecuencia observada	72	20	6	9	109
		$\chi^2=30'24$		$p=0'000$		
Opciones de respuesta: (1) Con quien es o era mi pareja; (2) Con mi pareja u otras personas; (3) Con amigos o conocidos y (4) Con desconocidos.						

6.3.3.2.7. Ítem 33: “¿En tus relaciones con penetración qué método anticonceptivo utilizas para evitar el embarazo?”

Por último, como se observa en la Tabla 62, tras la aplicación de los respectivos programas de intervención no aparecen diferencias estadísticamente significativas ($\chi^2=14'49$; $p=0'270$) entre las alternativas de respuesta de este ítem en los diferentes grupos muestrales utilizados en este estudio.

Tabla 62: Tabla de contingencias del ítem 33 “¿En tus relaciones con penetración qué método anticonceptivo utilizas para evitar el embarazo?”, en la fase de post-intervención

Grupo		1	2	3	4	8	Total
1	Frecuencia observada	17	2	0	2	3	24
	Frecuencia esperada	18	2'5	0'4	0'5	2'5	
	Residuos corregidos	-0'5	-0'4	-0'7	2'2	0'3	
2	Frecuencia observada	23	5	0	1	2	31
	Frecuencia esperada	23'3	3'3	3'2	0'5	0'7	
	Residuos corregidos	-0'1	1'2	-0'8	0'4	-0'8	
3	Frecuencia observada	47	4	2	0	9	62
	Frecuencia esperada	46'6	6'5	0'9	1'4	6'5	
	Residuos corregidos	0'2	-1'4	1'5	-1'6	1'4	
4	Frecuencia observada	13	3	0	0	0	16
	Frecuencia esperada	12	1'7	0'2	0'4	1'7	
	Residuos corregidos	0'6	1'1	-0'5	-0'6	-1'5	
Total	Frecuencia observada	100	14	2	3	14	133
		$\chi^2=14'49$			$p=0'270$		
Opciones de respuesta: (1) Preservativo; (2) Maripá antes; (3) Píldora; (4) Hacerlo durante, antes o después de la regla; (5) DIU o "espiral"; (6) Cremas u óvulos espermicidas; (7) Diafragma; (8) Combinación de las cuatro primeras.							

6.3.3.1. Comparaciones intragrupo pre y post-intervención

En este apartado, continuamos analizando las respuestas de los participantes a los ítems del Bloque 5 (conductas sexuales). En este caso, en cada uno de los grupos que componen nuestro estudio, procedemos a comparar las opciones de respuesta marcadas por sus integrantes antes y después de la aplicación del programa de educación sexual. Exponemos a continuación las *tablas de contingencias* en los respectivos grupos.

6.3.3.1.1. Grupo 1

Los resultados obtenidos por los chicos pertenecientes al Centro de Inserción Laboral Valdocco son los siguientes:

- Ítem 27: “Actualmente ¿Con qué frecuencia te tocas o masturbas?”

Como podemos apreciar en la Tabla 63, en los integrantes de este grupo no existen diferencias estadísticamente significativas ($\chi^2=3'19$; $p=0'670$) antes y después de la intervención en las distintas opciones del ítem.

Tabla 63: Tabla de contingencias del ítem 27 “Actualmente, ¿con qué frecuencia te tocas o masturbas?”, en el Grupo 1 (pre y post-intervención)

Intervención		1	2	3	4	5	6	Total
Pre	Frecuencia observada	3	2	6	8	1	10	30
	Frecuencia esperada	2'2	1'1	7'6	7'6	1'1	10'4	
	Residuos corregidos	0'9	1'3	-1	0'2	-0'1	-0'2	
Post	Frecuencia observada	1	0	8	6	1	9	25
	Frecuencia esperada	1'8	0'9	6'4	6'4	0'9	8'6	
	Residuos corregidos	-0'9	-1'3	1	-0'2	0'1	0'2	
Total	Frecuencia observada	4	2	14	14	2	19	55
		$\chi^2=3'19$			$p=0'670$			
Opciones de respuesta: (1) No lo hecho nunca; (2) Una o varias veces al día; (3) Una o varias veces a la semana; (4) Una a varias veces al mes; (5) Una o varias veces al año; (6) Actualmente no me toco.								

- **Ítem 28 “¿Has tenido alguna relación sexual con penetración?”**

Con respecto a ese ítem, tampoco aparecen diferencias estadísticamente significativas ($\chi^2=2'67$; $p=0'102$) tras la aplicación del programa de intervención. No obstante, es importante resaltar que el número de participantes que manifiestan haber tenido relaciones sexuales parece disminuir una vez llevado a cabo el programa de intervención.

Tabla 64: Tabla de contingencias del ítem 28 “¿Has tenido alguna relación sexual con penetración?” en el Grupo 1 (pre y post-intervención)

Intervención		Si	No	Total
Pre	Frecuencia observada	14	14	28
	Frecuencia esperada	16'9	11'1	
	Residuos corregidos	-1'6	1'6	
Post	Frecuencia observada	18	7	25
	Frecuencia esperada	15'1	9'9	
	Residuos corregidos	1'6	-1'6	
Total	Frecuencia observada	32	21	53
		$\chi^2=2'67$	$p=0'102$	

- **Ítem 29 “En alguna ocasión ¿Has tenido un contacto sexual con alguien sin haberlo deseado?”**

En la Tabla 65 podemos comprobar que no existen diferencias estadísticamente significativas ($\chi^2=1'52$; $p=0'218$) en las alternativas de respuesta de este elemento (SI/NO). Sin embargo, creemos interesante destacar que tras la intervención se produce un discreto aumento en el recuento de participantes que manifiestan haber mantenido una relación sexual no deseada.

Tabla 65: Tabla de contingencias del ítem 29 “En alguna ocasión ¿Has tenido un contacto sexual con alguien sin haberlo deseado?” en el Grupo 1 (pre y post-intervención)

Intervención		Si	No	Total
Pre	Frecuencia observada	8	22	30
	Frecuencia esperada	10'2	19'8	
	Residuos corregidos	-1'2	1'2	
Post	Frecuencia observada	11	15	26
	Frecuencia esperada	8'8	17'2	
	Residuos corregidos	1'2	-1'2	
Total	Frecuencia observada	19	37	56
		$\chi^2=1'52$	$p=0'218$	

- Ítem 30: “En tus relaciones sexuales, ¿has tenido alguna vez algún tipo de problema?”

En relación a este elemento, vemos en la Tabla 66 cómo los integrantes de este grupo tampoco se diferencian ($\chi^2=2'88$; $p=0'718$) en las opciones de respuesta elegidas antes y después de la intervención.

Tabla 66: Tabla de contingencias del ítem 30 “En tus relaciones sexuales, ¿Has tenido alguna vez algún tipo de problema?” en el Grupo 1 (pre y post-intervención)

Intervención		1	2	4	5	6	8	Total
Pre	Frecuencia observada	2	1	2	1	14	2	22
	Frecuencia esperada	1'5	0'5	1'5	2	13'8	2'6	
	Residuos corregidos	0'6	1	0'6	-1'1	0'1	-0'5	
Post	Frecuencia observada	1	0	1	3	13	3	21
	Frecuencia esperada	1'5	0'5	1'5	2	13'2	2'4	
	Residuos corregidos	-0'6	-1	-0'6	1'1	-0'1	0'5	
Total	Frecuencia observada	3	1	3	4	27	5	43
$\chi^2=2'88$				$p=0'718$				
Opciones de respuesta: (1) Un embarazo no deseado; (2) Alguna ETS; (3) Agresión sexual o relaciones sexuales forzadas; (4) Relaciones sexuales no deseadas pero mantenidas por otros motivos; (5) Dificultad en la relación sexual, molestias, dolores; (6) Ninguna; (7) Agresión sexual o relaciones sexuales forzadas y relaciones sexuales no deseadas mantenidas por otros motivos (8) Otros								

- Ítem 31: “¿Con qué frecuencia tienes relaciones sexuales con penetración?”

A continuación, observamos en la Tabla 67 la ausencia de diferencias estadísticamente significativas ($\chi^2=0'75$; $p=0'851$) entre las diferentes opciones de respuesta de que consta este ítem, antes y después de la intervención.

Tabla 67: Tabla de contingencias del ítem 31 “¿Con qué frecuencia tienes relaciones sexuales con penetración?” en el Grupo 1 (pre y post intervención)

Intervención		1	2	3	4	Total	
Pre	Frecuencia observada	6	6	7	44	63	
	Frecuencia esperada	6'3	6'3	8'4	42		
	Residuos corregidos	-0'2	-0'2	-0'8	0'8		
Post	Frecuencia observada	6	6	9	36	57	
	Frecuencia esperada	5'7	5'7	7'6	38		
	Residuos corregidos	0'2	0'2	0'8	-0'8		
Total	Frecuencia observada	12	12	16	80	120	
$\chi^2=0'75$				$p=0'851$			
Opciones de respuesta: (1) Una o varias veces por semana; (2) Una o varias veces por mes; (3) Una vez al año; (4) Nunca							

- **Ítem 32: “¿Con quién has tenido esas relaciones sexuales con penetración?”**

Con respecto a este elemento, tal y como encontramos reflejado en la Tabla 68, sí aparecen diferencias estadísticamente significativas ($\chi^2=7.85$; $p=0.049$) antes y después de la aplicación del programa de educación sexual en la opción “Con amigos o conocidos”, en donde se advierte una frecuencia superior a la esperada en la pre-intervención y superior en la post-intervención.

Intervención		1	2	3	4	Total
Pre	Frecuencia observada	4	5	6	0	15
	Frecuencia esperada	5.4	5.8	2.9	0.8	
	Residuos corregidos	-1	-0.6	2.6	-1.2	
Post	Frecuencia observada	9	9	1	2	21
	Frecuencia esperada	7.6	8.2	4.1	1.2	
	Residuos corregidos	1	0.6	-2.6	1.2	
Total	Frecuencia observada	13	14	7	2	36
		$\chi^2=7.85$		$p=0.049$		
Opciones de respuesta: (1) Con quien es o era mi pareja; (2) Con mi pareja u otras personas; (3) Con amigos o conocidos y (4) Con desconocidos.						

- **Ítem 33: “¿En tus relaciones con penetración qué método anticonceptivo utilizas para evitar el embarazo?”**

Por último, como se observa en la Tabla 69, no existen diferencias estadísticamente significativas ($\chi^2=5.24$; $p=0.263$) entre las opciones de respuesta de este elemento, antes y después de la intervención. No obstante, como se puede apreciar, se produce un ligero incremento en la frecuencia observada de los chicos pertenecientes al Centro de Inserción Laboral Valdocco que utilizan el método preservativo en la post-intervención, así como un descenso en los que utilizan la “marcha atrás” como método anticonceptivo.

Intervención		1	2	3	4	8	Total
Pre	Frecuencia observada	11	4	1	1	0	17
	Frecuencia esperada	11.6	2.5	0.4	1.2	1.2	
	Residuos corregidos	-0.4	1.4	1.2	-0.3	-1.5	
Post	Frecuencia observada	17	2	0	2	3	24
	Frecuencia esperada	16.4	3.5	0.6	1.8	1.8	
	Residuos corregidos	0.4	-1.4	-1.2	0.3	1.5	
Total	Frecuencia observada	28	6	1	3	3	41
		$\chi^2=5.24$		$p=0.263$			
Opciones de respuesta: (1) Preservativo; (2) Marcha atrás; (3) Píldora; (4) Hacerlo durante, antes o después de la regla; (5) DIU o “espiral”; (6) Cremas u óvulos espermicidas; (7) Diafragma; (8) Combinación de las cuatro primeras.							

6.3.3.1.2. Grupo 2

Pasamos a continuación a exponer los resultados obtenidos por los alumnos de 3º de ESO en los ítems que integran el Bloque 5 (conductas sexuales).

- **Ítem 27: “Actualmente ¿Con qué frecuencia te tocas o masturbas?”**

En la Tabla 70 podemos observar la no existencia de diferencias estadísticamente significativas ($\chi^2=4'04$; $p=0'543$) entre las alternativas de respuesta de este elemento, antes y después de la intervención. No obstante, aunque las discrepancias no alcancen la significatividad estadística, en la post-intervención se aprecia un ligero incremento en la frecuencia de conductas masturbatorias (“Una o varias veces al mes” y “Una o varias veces al año”).

Tabla 70: Tabla de contingencias del ítem 27 “Actualmente, ¿con qué frecuencia te tocas o masturbas?” en el Grupo 2 (pre y post-intervención)

Intervención		1	2	3	4	5	6	Total	
Pre	Frecuencia observada	34	12	18	8	5	13	90	
	Frecuencia esperada	33'3	11'9	19'9	9'9	3	11'9		
	Residuos corregidos	0'2	0	-0'7	-0'9	1'7	0'5		
Post	Frecuencia observada	33	12	22	12	1	11	91	
	Frecuencia esperada	33'7	12'1	20'1	10'1	3	12'1		
	Residuos corregidos	-0'2	0	0'7	0'9	-1'7	-0'5		
Total	Frecuencia observada	67	24	40	20	6	24	181	
		$\chi^2=4'04$			$p=0'543$				
Opciones de respuesta: (1) No lo he hecho nunca; (2) Una o varias veces al día; (3) Una o varias veces a la semana; (4) Una o varias veces al mes; (5) Una o varias veces al año; (6) Actualmente no me toco									

- **Ítem 28: “¿Has tenido alguna relación sexual con penetración?”**

Con respecto a este ítem, en la Tabla 71 apreciamos la no existencia de diferencias estadísticamente significativas ($\chi^2=1'73$; $p=0'187$) entre las opciones de respuesta (SI/NO) que los alumnos de 3º de ESO eligen antes y después de la aplicación del programa de educación sexual. No obstante, es posible observar un ligero incremento en el número de respuestas afirmativas en relación a la práctica de relaciones sexuales con penetración.

Tabla 71: Tabla de contingencias del ítem 28 “¿Has tenido alguna relación sexual con penetración?” en el Grupo 2 (pre y post-intervención)

Intervención		Si	No	Total
Pre	Frecuencia observada	14	76	90
	Frecuencia esperada	17'5	72'5	
	Residuos corregidos	-1'3	1'3	
Post	Frecuencia observada	21	69	90
	Frecuencia esperada	17'5	72'5	
	Residuos corregidos	1'3	-1'3	
Total	Frecuencia observada	35	145	180
		$\chi^2=1'73$		$p=0'187$

- Ítem 29: “En alguna ocasión ¿Has tenido un contacto sexual con alguien sin haberlo deseado?”

Como se observa en la Tabla 72, tampoco aparecen discrepancias significativas estadísticamente significativas ($\chi^2=3'01$; $p=0'082$) entre las opciones de respuesta de este ítem (SI/NO). Sin embargo, nos parece interesante resaltar el hecho de que se produzca, tras llevar a cabo la intervención, un incremento en las respuestas relacionadas con la declaración de contactos sexuales no consentidos.

Tabla 72: Tabla de contingencias del ítem 29: “En alguna ocasión ¿Has tenido un contacto sexual con alguien sin haberlo deseado?” en el Grupo 2 (pre y post-intervención)

Intervención		Si	No	Total
Pre	Frecuencia observada	4	86	90
	Frecuencia esperada	7'1	82'9	
	Residuos corregidos	-1'7	1'7	
Post	Frecuencia observada	10	77	87
	Frecuencia esperada	6'9	80'1	
	Residuos corregidos	1'7	-1'7	
Total	Frecuencia observada	14	163	177
		$\chi^2=3'01$	$p=0'082$	

- Ítem 30: “En tus relaciones sexuales, ¿Has tenido alguna vez algún tipo de problema?”

También en relación a este ítem, en la Tabla 73 observamos la no existencia de diferencias estadísticamente significativas ($\chi^2=2'96$; $p=0'813$) entre las alternativas de respuesta del mismo seleccionadas antes y después de la intervención.

Tabla 73: Tabla de contingencias del ítem 30 “En tus relaciones sexuales, ¿Has tenido alguna vez algún tipo de problema?” en el Grupo 2 (pre y post-intervención)

Intervención		1	2	3	4	5	6	8	Total
Pre	Frecuencia observada	0	1	3	1	3	48	2	58
	Frecuencia esperada	0'5	0'5	2'2	1'1	3'3	48'7	1'6	
	Residuos corregidos	-1'1	0'9	0'8	-0'1	-0'2	-0'4	0'4	
Post	Frecuencia observada	1	0	1	1	3	41	1	48
	Frecuencia esperada	0'5	0'5	1'8	0'9	2'7	40'3	1'4	
	Residuos corregidos	1'1	-0'9	0'8	0'1	0'2	0'4	-0'4	
Total	Frecuencia observada	1	1	4	2	6	89	3	106
		$\chi^2=2'96$					$p=0'813$		
Opciones de respuesta: (1) Un embarazo no deseado; (2) Alguna ETS; (3) Agresión sexual o relaciones sexuales forzadas; (4) Relaciones sexuales no deseadas pero mantenidas por otros motivos; (5) Dificultad en la relación sexual, molestias, dolores; (6) Ninguna; (7) Agresión sexual o relaciones sexuales forzadas y relaciones sexuales no deseadas mantenidas por otros motivos (8) Otros									

- **Ítem 31: “¿Con qué frecuencia tienes relaciones sexuales con penetración?”**

En la Tabla 74 encontramos los resultados obtenidos en relación a la frecuencia de relaciones sexuales con penetración donde, como se puede apreciar, no aparecen discrepancias estadísticamente significativas ($\chi^2=0.75$; $p=0.861$) entre las diferentes opciones del ítem en ambas fases de la intervención.

Tabla 74: Tabla de contingencias del ítem 31: “¿Con qué frecuencia tienes relaciones sexuales con penetración?” en el Grupo 2 (pre y post-intervención)

Intervención		1	2	3	4	Total
Pre	Frecuencia observada	6	6	7	44	63
	Frecuencia esperada	6.3	6.3	8.4	42	
	Residuos corregidos	-0.2	-0.2	-0.8	0.8	
Post	Frecuencia observada	6	6	9	36	57
	Frecuencia esperada	5.7	5.7	7.6	38	
	Residuos corregidos	0.2	0.2	0.8	-0.8	
Total	Frecuencia observada	12	12	16	80	120
		$\chi^2=0.75$		$p=0.861$		
<i>Opciones de respuesta: (1) Una o varias veces por semana; (2) Una o varias veces por mes; (3) Una vez al año; (4) Nunca</i>						

- **Ítem 32: “¿Con quién has tenido esas relaciones sexuales con penetración?”**

La Tabla 75 presenta los resultados relacionados con las personas con las que los alumnos de 3º de ESO han mantenido relaciones sexuales, donde se aprecia la no existencia de diferencias estadísticamente significativas ($\chi^2=0.67$; $p=0.880$) pre y post-intervención.

Tabla 75: Tabla de contingencias del ítem 32 “¿Con quién has tenido esas relaciones sexuales con penetración?” en el Grupo 2 (pre y post-intervención)

Intervención		1	2	3	4	Total
Pre	Frecuencia observada	12	4	4	4	24
	Frecuencia esperada	10.8	4.9	3.9	4.4	
	Residuos corregidos	0.7	-0.6	0.1	-0.3	
Post	Frecuencia observada	10	6	4	5	25
	Frecuencia esperada	11.2	5.1	4.1	4.6	
	Residuos corregidos	-0.7	0.6	-0.1	0.3	
Total	Frecuencia observada	22	10	8	9	49
		$\chi^2=0.67$		$p=0.880$		
<i>Opciones de respuesta en este ítem son: (1) Con quien es o era mi pareja (2) Con mi pareja u otras personas</i>						

- **Ítem 33: “¿En tus relaciones con penetración qué método anticonceptivo utilizas para evitar el embarazo?”**

Con respecto a este elemento, los resultados (Tabla 76) indican la no existencia de diferencias estadísticamente significativas ($\chi^2=1.63$; $p=0.651$) entre los métodos

anticonceptivos utilizados por los alumnos antes y después de llevar a cabo el programa de educación sexual.

Tabla 76: Tabla de contingencias del ítem 33 “¿En tus relaciones con penetración qué método anticonceptivo utilizas para evitar el embarazo?” en el Grupo 2 (pre y post-intervención)

Intervención		1	2	4	8	Total
Pre	Frecuencia observada	23	3	0	3	29
	Frecuencia esperada	22'2	3'9	0'5	2'4	
	Residuos corregidos	0'5	-0'7	-1	0'5	
Post	Frecuencia observada	23	5	1	2	31
	Frecuencia esperada	23'8	4'1	0'5	2'6	
	Residuos corregidos	-0'5	0'7	1	-0'5	
Total	Frecuencia observada	46	8	1	5	60
		$\chi^2=1'63$				$p=0'651$
Opciones de respuesta: (1) Preservativo; (2) Marcha atrás; (3) Píldora; (4) Hacerlo durante, antes o después de la regla; (5) DIU o Espiral; (6) Cremas u óvulos espermicidas; (7) Diafragma; (8) Combinación de las cuatro primeras.						

6.3.3.1.3. Grupo 3

Seguidamente presentamos los resultados obtenidos en las comparaciones realizadas entre la fase pre y post-intervención en los jóvenes que cursan 4º de ESO.

- **Ítem 27: “Actualmente ¿Con qué frecuencia te tocas o masturbas?”**

Con respecto a este elemento, aunque tal y como se aprecia en la Tabla 77, no existen diferencias estadísticamente significativas ($\chi^2=1'756$; $p=0'882$), sí se observa un ligero descenso en la frecuencia observada relacionada con la ausencia de prácticas masturbatorias.

Tabla 77: Tabla de contingencias del ítem 27 “Actualmente, ¿con qué frecuencia te tocas o masturbas?” en el Grupo 3 (pre y post-intervención)

Intervención		1	2	3	4	5	6	Total
Pre	Frecuencia observada	84	15	35	13	3	28	178
	Frecuencia esperada	81'4	14'1	39'6	11'9	2'7	28'2	
	Residuos corregidos	0'6	0'4	-1'2	0'5	0'3	-0'1	
Post	Frecuencia observada	66	11	38	9	2	24	150
	Frecuencia esperada	68'6	11'9	33'4	10'1	2'3	23'8	
	Residuos corregidos	-0'6	-0'4	1'2	-0'5	-0'3	0'1	
Total	Frecuencia observada	150	26	73	22	5	52	328
		$\chi^2=1'75$				$p=0'882$		
Opciones de respuesta: (1) No lo he hecho nunca; (2) Una o varias veces al día; (3) Una o varias veces a la semana; (4) Una o varias veces al mes; (5) Una o varias veces al año; (6) Actualmente no me toco.								

- **Ítem 28: “¿Has tenido alguna relación sexual con penetración?”**

En la Tabla 78 observamos como tampoco en este caso aparecen diferencias estadísticamente significativas ($\chi^2=0'01$; $p=0'913$); no obstante, se puede apreciar un discreto incremento de los jóvenes que dicen haber mantenido una relación sexual con penetración.

Tabla 78: Tabla de contingencias del ítem 28 “¿Has tenido alguna relación sexual con penetración?” en el Grupo 3 (pre y post-intervención)

Intervención		Si	No	Total
Pre	Frecuencia observada	45	136	181
	Frecuencia esperada	44'6	136'4	
	Residuos corregidos	0'1	-0'1	
Post	Frecuencia observada	37	115	152
	Frecuencia esperada	37'4	114'6	
	Residuos corregidos	-0'1	0'1	
Total	Frecuencia observada	82	251	333
		$\chi^2=0'01$	$p=0'913$	

- **Ítem 29: “En alguna ocasión ¿Has tenido un contacto sexual con alguien sin haberlo deseado?”**

En relación a ese elemento, en la Tabla 79 podemos observar la no existencia de diferencias estadísticamente significativas ($\chi^2=0'01$; $p=0'919$) entre las opciones de respuesta señaladas antes y después de la aplicación del programa de intervención; en cualquier caso, nos parece relevante destacar el descenso en la frecuencia observada después de la intervención en la alternativa relacionada con el no consentimiento del contacto sexual.

Tabla 79: Tabla de contingencias del ítem 29 “En alguna ocasión ¿Has tenido un contacto sexual con alguien sin haberlo deseado?” en el Grupo 3 (pre y post-intervención)

Intervención		Si	No	Total
Pre	Frecuencia observada	15	167	182
	Frecuencia esperada	15'3	166'7	
	Residuos corregidos	-0'1	0'1	
Post	Frecuencia observada	13	139	152
	Frecuencia esperada	12'7	139'3	
	Residuos corregidos	0'1	-0'1	
Total	Frecuencia observada	28	306	334
		$\chi^2=0'01$	$p=0'919$	

- **Ítem 30: “En tus relaciones sexuales, ¿Has tenido alguna vez algún tipo de problema?”**

En la Tabla 80, se presentan los datos relacionados con los problemas acontecidos en las relaciones sexuales, pudiéndose apreciar la no existencia de diferencias estadísticamente significativas ($\chi^2=4'29$; $p=0'637$) entre las alternativas de respuesta seleccionadas por los alumnos de 4º de ESO antes y después de la intervención.

Tabla 80: Tabla de contingencias del ítem 30 "En tus relaciones sexuales, ¿Has tenido alguna vez algún tipo de problema?" en el Grupo 3 (pre y post-intervención)

Intervención		1	2	4	5	6	7	8	Total
Pre	Frecuencia observada	1	0	1	12	88	1	7	110
	Frecuencia esperada	1'7	0'6	1'1	11'7	88'2	1'7	5	
	Residuos corregidos	-0'8	-1'1	-0'2	0'1	-0'1	-0'8	1'4	
Post	Frecuencia observada	2	1	1	9	70	2	2	87
	Frecuencia esperada	1'3	0'4	0'9	9'3	69'8	1'3	4	
	Residuos corregidos	0'8	1'1	0'2	-0'1	0'1	0'8	-1'4	
Total	Frecuencia observada	3	1	2	21	158	3	9	197
$\chi^2=4'29$					$p=0'637$				
Opciones de respuesta: (1) Un embarazo no deseado; (2) Alguna ETS; (3) Agresión sexual o relaciones sexuales forzadas; (4) Relaciones sexuales no deseadas pero mantenidas por otros motivos; (5) Dificultad en la relación sexual; molestias, dolores; (6) Ninguna; (7) Agresión sexual o relaciones sexuales forzadas y relaciones sexuales no deseadas mantenidas por otros motivos (8) Otros									

- **Ítem 31: "¿Con qué frecuencia tienes relaciones sexuales con penetración?"**

Como podemos apreciar en la Tabla 81, no se advierten diferencias estadísticamente significativas ($\chi^2=2'83$; $p=0'418$) entre las fases pre y post-intervención.

Tabla 81: Tabla de contingencias del ítem 31 "¿Con qué frecuencia tienes relaciones sexuales con penetración?" en el Grupo 3 (pre y post-intervención)

Intervención		1	2	3	4	Total
Pre	Frecuencia observada	17	20	41	73	121
	Frecuencia esperada	20'6	21'2	11'2	68	
	Residuos corregidos	-1'4	-0'5	-0'1	1'5	
Post	Frecuencia observada	16	14	7	36	73
	Frecuencia esperada	12'4	12'8	6'8	41	
	Residuos corregidos	1'4	0'5	0'1	-1'5	
Total	Frecuencia observada	33	34	48	109	194
$\chi^2=2'83$					$p=0'418$	
Opciones de respuesta: (1) Una o varias veces por semana; (2) Una o varias veces por mes; (3) Una vez al año; (4) Nunca						

- **Ítem 32: "¿Con quién has tenido esas relaciones sexuales con penetración?"**

Con respecto a las personas con quienes se han mantenido relaciones sexuales con penetración (Tabla 82), tampoco se encuentran diferencias estadísticamente significativas ($\chi^2=2'20$; $p=0'699$) entre las diferentes opciones de respuesta antes y después de la intervención.

Tabla 82: Tabla de contingencias del ítem 32 “¿Con quién has tenido esas relaciones sexuales con penetración?” en el Grupo 3 (pre y post-intervención)

Intervención		1	2	3	4	Total
Pre	Frecuencia observada	54	4	5	2	65
	Frecuencia esperada	54'6	3'5	4'6	2'3	
	Residuos corregidos	-0'3	0'4	0'3	-0'3	
Post	Frecuencia observada	40	2	3	2	47
	Frecuencia esperada	39'4	2'5	3'4	1'7	
	Residuos corregidos	0'3	-0'4	-0'3	0'3	
Total	Frecuencia observada	94	6	7	4	112
		$\chi^2=0'368$		$p=0'947$		
Opciones de respuesta: (1) Con quien es o era mi pareja; (2) Con mi pareja y otras personas; (3) Con amigos o conocidos y (4) Con desconocidos						

- Ítem 33: “¿En tus relaciones con penetración qué método anticonceptivo utilizas para evitar el embarazo?”

Por último en relación a los jóvenes que cursan 4º de ESO, los resultados en cuanto a los métodos anticonceptivos utilizados (Tabla 83) nos muestran que no existen diferencias estadísticamente significativas ($\chi^2=0'62$; $p=0'892$) entre ambas fases de la intervención.

Tabla 83: Tabla de contingencia del ítem 33 “¿En tus relaciones con penetración qué método anticonceptivo utilizas para evitar el embarazo?” en el Grupo 3 (pre y post-intervención)

Intervención		1	2	3	8	Total
Pre	Frecuencia observada	65	4	2	9	80
	Frecuencia esperada	63'1	4'5	2'3	10'1	
	Residuos corregidos	0'8	-0'4	-0'3	-0'6	
Post	Frecuencia observada	47	4	2	9	62
	Frecuencia esperada	48'9	3'5	1'7	7'9	
	Residuos corregidos	-0'8	0'4	0'3	0'6	
Total	Frecuencia observada	112	8	4	18	142
		$\chi^2=0'62$		$p=0'892$		
Opciones de respuesta: (1) Preservativo; (2) Marcha atrás; (3) Píldora; (4) Hacerlo durante, antes o después de la regla; (5) DIU o "espiral"; (6) Cremas u óvulos espermicidas; (7) Diafragma; (8) Combinación de los cuatro primeros.						

6.3.3.1.4. Grupo 4

Los resultados obtenidos en el grupo de personas con discapacidad intelectual en los diferentes elementos que componen el Bloque 5 son los siguientes:

- **Ítem 27: “Actualmente ¿con qué frecuencia te tocas o masturbas?”**

En la tabla 84 observamos los resultados concernientes a las prácticas masturbatorias, no hallándose diferencias estadísticamente significativas ($\chi^2=1'80$; $p=0'875$) entre las diferentes opciones de respuesta que componen este ítem.

Tabla 84: Tabla de contingencias del ítem 27 “Actualmente, ¿con qué frecuencia te tocas o masturbas?” en el Grupo 4 (pre y post-intervención)

Intervención		1	2	3	4	5	6	Total
Pre	Frecuencia observada	10	13	7	1	0	2	33
	Frecuencia esperada	9'2	13'6	6'8	1'5	0'5	1'5	
	Residuos corregidos	-0'4	-0'3	0'1	-0'5	-1	0'6	
Post	Frecuencia observada	9	15	7	2	1	1	35
	Frecuencia esperada	9'8	14'4	7'2	1'5	0'5	1'5	
	Residuos corregidos	-0'4	0'3	-0'1	0'5	1	-0'6	
Total	Frecuencia observada	19	28	14	3	1	3	68
$\chi^2=1'80$				$p=0'875$				
Opciones de respuesta: (1) No lo hecho nunca; (2) Una o varias veces al día; (3) Una o varias veces a la semana; (4) Una o varias veces al mes; (5) Una o varias veces al año; (6) Actualmente no me toco								

- **Ítem 28: “¿Has tenido alguna relación sexual con penetración?”**

En cuanto a la práctica de relaciones sexuales, no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas ($\chi^2=0'000$; $p=1'000$); de hecho, tal como se observa en la Tabla 85, es interesante destacar que no se produce ninguna modificación en los contactos sexuales de las personas con discapacidad intelectual una vez llevado a cabo el programa de educación sexual.

Tabla 85: Tabla de contingencias del ítem 28 “¿Has tenido alguna relación sexual con penetración?” en el Grupo 4 (pre y post-intervención)

Intervención		Si	No	Total
1	Frecuencia observada	16	20	36
	Frecuencia esperada	16	20	
	Residuos corregidos	0	0	
2	Frecuencia observada	16	20	36
	Frecuencia esperada	16	20	
	Residuos corregidos	0	0	
Total	Frecuencia observada	32	40	72
$\chi^2=0'00$		$p=1'000$		

- **Ítem 29: “En alguna ocasión ¿Has tenido un contacto sexual con alguien sin haberlo deseado?”**

Como podemos apreciar en la Tabla 86, una vez concluido el programa de intervención, no aparecen diferencias estadísticamente significativas ($\chi^2=0'000$; $p=1'000$) en las relaciones sexuales involuntarias mantenidas por los integrantes de este grupo.

Tabla 86: Tabla de contingencia del ítem 29 "En alguna ocasión ¿Has tenido un contacto sexual con alguien sin haberlo deseado?" en el Grupo 4 (pre y post-intervención)

Intervención		Si	No	Total
Pre	Frecuencia observada	10	26	36
	Frecuencia esperada	10	26	
	Residuos corregidos	0	0	
Post	Frecuencia observada	10	26	36
	Frecuencia esperada	10	26	
	Residuos corregidos	0	0	
Total	Frecuencia observada	20	52	72
$\chi^2=0'000$		$p=1'000$		

- **Ítem 30: "En tus relaciones sexuales, ¿Has tenido alguna vez algún tipo de problema?"**

En relación a este ítem, en la Tabla 73 tampoco encontramos la existencia de diferencias estadísticamente significativas ($\chi^2=0'25$; $p=0'881$) entre las alternativas de respuesta del mismo seleccionadas antes y después de la intervención.

Tabla 87: Tabla de contingencia del ítem 30 "En tus relaciones sexuales, ¿Has tenido alguna vez algún tipo de problema?" en el Grupo 4 (pre y post-intervención)

Intervención		4	5	6	Total
Pre	Frecuencia observada	8	4	4	16
	Frecuencia esperada	8	3'5	4'5	
	Residuos corregidos	0	0'4	-0'4	
Post	Frecuencia observada	8	3	5	16
	Frecuencia esperada	8	3'5	4'5	
	Residuos corregidos	0	-0'4	0'4	
Total	Frecuencia observada	16	7	9	32
$\chi^2=0'254$		$p=0'881$			
Opciones de respuesta: (1) Un embarazo no deseado; (2) Alguna ETS; (3) Agresión sexual o relaciones sexuales forzadas; (4) Relaciones sexuales no deseadas pero mantenidas por otros motivos; (5) Dificultad en la relación sexual, molestias, dolores; (6) Ninguna; (7) Agresión sexual o relaciones sexuales forzadas y relaciones sexuales no deseadas mantenidas por otros motivos (8) Otros.					

- **Ítem 31: "¿Con qué frecuencia tienes relaciones sexuales con penetración?"**

Respecto a la frecuencia de las relaciones sexuales de las personas con discapacidad, en la Tabla 88 observamos que no existen diferencias estadísticamente significativas ($\chi^2=0'38$; $p=0'944$) en las diferentes opciones de respuesta del ítem.

Tabla 88: Tabla de contingencias del ítem 31 “¿Con qué frecuencia tienes relaciones sexuales con penetración?” en el Grupo 4 (pre y post-intervención)

Intervención		1	2	3	4	Total
Pre	Frecuencia observada	7	5	1	24	37
	Frecuencia esperada	8	4,5	1	23,5	
	Residuos corregidos	-0,6	0,4	0	0,2	
Post	Frecuencia observada	9	4	1	23	37
	Frecuencia esperada	8	4,5	1	23,5	
	Residuos corregidos	0,6	-0,4	0	-0,2	
Total	Frecuencia observada	16	9	2	47	74
		$\chi^2=0,38$			$p=0,944$	
Opciones de respuesta: (1) Una o varias veces por semana; (2) Una o varias veces por mes; (3) Una vez al año; (4) Nunca						

- **Ítem 32: “¿Con quién has tenido esas relaciones sexuales con penetración?”**

No existen diferencias estadísticamente significativas ($\chi^2=0,000$; $p=1,000$) en relación a las personas con las que los integrantes de este grupo han mantenido relaciones sexuales (Tabla 89), antes y después de la intervención.

Tabla 89: Tabla de contingencias del ítem 32 “¿Con quién has tenido esas relaciones sexuales con penetración?” en el Grupo 4 (pre y post-intervención)

Intervención		1	2	Total
Pre	Frecuencia observada	13	3	16
	Frecuencia esperada	13	3	
	Residuos corregidos	0	0	
Post	Frecuencia observada	13	3	16
	Frecuencia esperada	13	3	
	Residuos corregidos	0	0	
Total	Frecuencia observada	26	6	32
		$\chi^2=0,000$		$p=1,000$
Opciones de respuesta: (1) Con quien es o era mi pareja; (2) Con mi pareja u otras personas; (3) Con amigos o conocidos y (4) Con desconocidos				

- **Ítem 33: “¿En tus relaciones con penetración qué método anticonceptivo utilizas para evitar el embarazo?”**

Por último, en lo que respecta a este ítem, vemos en la Tabla 90 que sí existen diferencias estadísticamente significativas ($\chi^2=8,55$; $p=0,036$) entre algunas alternativas de respuesta del mismo. En este sentido, mientras que la frecuencia de la opción “Preservativo” es menor a la esperada en la pre-intervención, es superior en la fase de post-intervención. Por el contrario, la alternativa “Marcha atrás” presenta una frecuencia superior a la esperada en la fase de pre-intervención e inferior una vez finalizado el programa de educación sexual.

Tabla 90: Tabla de contingencia del ítem 33 “¿En tus relaciones con penetración qué método anticonceptivo utilizas para evitar el embarazo?” en el Grupo 4 (pre y post-intervención)

Intervención		1	2	3	8	Total
Pre	Frecuencia observada	5	9	1	1	16
	Frecuencia esperada	9	6	0'5	0'5	
	Residuos corregidos	-2'9	2'2	1	1	
Post	Frecuencia observada	13	3	0	0	16
	Frecuencia esperada	9	6	0'5	0'5	
	Residuos corregidos	2'9	-2'2	-1	-1	
Total	Frecuencia observada	18	12	1	1	32
		$\chi^2=8'55$		$p=0'036$		
Opciones de respuesta: (1) Preservativo; (2) Marcha atrás; (3) Píldoras; (4) Hacerlo durante, antes o después de la regla (5) DIU o "espiral"; (6) Cremas u óvulos espermicidas; (7) Diafragma; (8) Combinación de las cuatro primeras.						

6.3.4. Comparaciones intragrupo (pre y post-intervención) de los ítems del Bloque 6 (ítems específicos) del cuestionario de personas con discapacidad intelectual

Como hemos comentado en el Capítulo 4 (Material), el Bloque 6 (Ítems específicos) del cuestionario utilizado en el grupo de personas con discapacidad intelectual estaba formado por tres preguntas de respuesta abierta: “¿Qué es el SIDA?”, “¿Cómo se pega el SIDA de unas personas a otras?” y “¿Cuál es la mejor manera para que una chica no se queda embarazada?”. Con el objetivo de obtener respuestas lo más concretas posibles que aportasen una mayor información a nuestra investigación, elaboramos diferentes categorizaciones de dichas cuestiones.

En primer lugar, en la pregunta “¿Qué es el SIDA?” realizamos una categorización inicial de carácter más general, a la que denominamos “SIDA 1”, que hace referencia al nivel de conocimientos generales que tienen los participantes. Posteriormente, se llevó a cabo una segunda categorización a la que denominamos “SIDA 2”, que recoge si los participantes tienen adquirido el concepto de SIDA como una enfermedad y qué nivel de conocimientos tienen al respecto. A continuación, se elabora una tercera categorización (denominada “SIDA 3”) en la que se evalúa el tipo de enfermedad que estas personas considera que es el SIDA y, finalmente, se hace la última categorización (denominada en esta ocasión “SIDA 4”), donde se valora si la conceptualización que poseen de esta enfermedad se basa en los distintos mitos que existen relacionados con la mismo.

Con relación a la segunda cuestión, ¿Cómo se pega el SIDA?, se elabora una categorización (denominada “SIDA 5”) que recoge los conocimientos que tienen en torno a las vías de transmisión del SIDA

Por último, la pregunta ¿Cuál es la mejor manera para que una chica no se queda embarazada? queda como “Embarazo” y hace referencia a los conocimientos que tienen los participantes acerca de los métodos anticonceptivos y el embarazo.

A continuación, en cada uno de los siguientes apartados, además de los correspondientes análisis estadísticos (tablas de contingencias y su correspondiente χ^2), presentamos las diferentes categorizaciones realizadas a las cuestiones mencionadas y ofrecemos algunos ejemplos de las respuestas que juzgamos más representativos.

6.3.4.1. Variable “SIDA 1”

Una vez llevada a cabo la categorización, los valores que adopta esta variable (que hace referencia al nivel de conocimientos generales sobre el SIDA) son los siguientes:

- Opción 1: “No sabe qué es el SIDA”.

Ejemplos de respuestas: *“es una pelea entre dos”; “uno más de la familia”; “no tengo ni idea”; “me parece que es una medicación para los ataques”; “son partículas que se te quedan en el cuerpo y si no lo tienes haces el amor y esas partículas se pueden pasar a otras personas y quedarse embarazada”.*

- Opción 2: “Sabe qué es el SIDA”

Ejemplos de respuestas: *“es una enfermedad que afecta al sistema inmunológico y que se transmite por diferentes vías”; “es el síndrome de inmunodeficiencia adquirida”.*

- Opción 3: “Tiene algunos conocimientos, pero no todos”

Ejemplos de respuestas: *“es el síndrome de inmunodeficiencia adquirida que se contagia por ejemplo por el catarro”; “es una enfermedad que se puede coger por inyectarse la jeringuilla de otra persona, por las maquinillas de afeitar y...no me acuerdo de más”.*

- Opción 4: “Tiene muy pocos conocimientos”

Ejemplos de respuestas: *“es un síndrome que afecta al hígado, corazón, riñón, brazos”; “es una enfermedad que anuncia la tele”.*

A continuación, en la Tabla 91 exponemos las tablas de contingencias de las diferentes opciones de respuesta de esta variable. Como podemos observar, los resultados indican la existencia de diferencias significativas ($\chi^2 = 15'05$; $p = 0'02$) en la alternativa 1 (“No sabe qué es el SIDA”), con una frecuencia superior a la esperada en la fase de pre-intervención e inferior en la post-intervención. Relacionado con lo anterior, se encuentra el resultado obtenido en la opción 2 (“Sabe qué es el SIDA”), donde se observa en la post-intervención una frecuencia observada mucho mayor a la esperada. Por último, con respecto a la alternativa 4 (“Tiene muy pocos conocimientos”), se puede apreciar que la frecuencia observada una vez finalizado el programa de educación sexual es mayor a la esperada, lo que nos hace suponer que algunos participantes que no sabían qué era el SIDA habían adquirido algunos conocimientos.

Tabla 91: Tabla de contingencias de la variable "SIDA 1"

			Intervención		Total
			pre	post	
SIDA 1	1	Frecuencia observada	19	5	24
		Frecuencia esperada	12	12	
		Residuos corregidos	7	-7	
	2	Frecuencia observada	4	14	18
		Frecuencia esperada	9	9	
		Residuos corregidos	-5	5	
	3	Frecuencia observada	10	10	20
		Frecuencia esperada	10	10	
		Residuos corregidos	0	0	
	4	Frecuencia observada	4	8	12
		Frecuencia esperada	6	6	
		Residuos corregidos	-2	2	
Total		Frecuencia observada	37	37	74
			$\chi^2=15'05$		$p=0'02$

6.3.4.2. Variable "SIDA 2"

En relación a esta variable (referida a si los participantes tienen adquirido el concepto de SIDA como enfermedad y qué nivel de conocimientos tienen al respecto), presenta la siguiente categorización:

- Opción 1: "Considera que el SIDA es una enfermedad"

Ejemplos de respuestas: *"es el síndrome de inmunodeficiencia adquirida. Es una enfermedad que se adquiere y que afecta a las defensas del cuerpo"*; *"es una enfermedad que se contagia con el VH negativo"*.

- Opción 2: "No tiene ningún concepto, tiene conceptos erróneos o no lo sabe"

Ejemplos de respuestas: *"que echa sangre"*; *"enfermedad de transmisión que empezó en América porque trajeron a un mono que estaba enfermo. La compró un presidente y le dio un beso y puede ser que se lo pegara. Aunque mi madre dice que esa historia se la ha inventado"*.

- Opción 3: "Tiene algunos conceptos adquiridos, pero no todos"

Ejemplos de respuestas: *"enfermedad muy contagiosa que se transmite mucho mediante objetos (jeringuillas). Si una persona estornuda te puede contagiar"*; *"es el síndrome de inmunodeficiencia adquirida, es una enfermedad muy peligrosa que termina matando a las personas, a veces sólo por un catarro"*.

La Tabla 92 recoge la tabla de contingencias de las mencionadas opciones de respuesta, donde observamos que no existen diferencias estadísticamente significativas ($\chi^2=2'25$; $p=0'32$) en las mismas antes y después de la intervención. No obstante, tras la aplicación del

programa de educación sexual, se aprecia un discreto incremento en las respuestas correctas relacionadas con la consideración del SIDA como una enfermedad, así como una disminución en las frecuencias observadas en aquellas respuestas carentes de conceptos, con conceptos erróneos o, simplemente, en las que el participante desconoce lo que es el SIDA.

Tabla 92: Tabla de contingencias de la variable “SIDA 2”

		Total	Intervención		Total
			pre	post	
SIDA 2	1	Frecuencia observada	30	34	64
		Frecuencia esperada	32	32	
		Residuos corregidos	-2	2	
	2	Frecuencia observada	6	2	8
		Frecuencia esperada	4	4	
		Residuos corregidos	2	-2	
	3	Frecuencia observada	1	1	2
		Frecuencia esperada	1	1	
		Residuos corregidos	0	0	
Total		Frecuencia observada	37	37	74
		$\chi^2=2,250$			$p=0,325$

6.3.4.3. Variable “SIDA 3”

La codificación de las respuestas a esta variable (que hace alusión al tipo de enfermedad que las personas con discapacidad intelectual consideran que es el SIDA), es la siguiente:

- Opción 1: “Desconoce lo qué es el SIDA”

Ejemplos de respuestas: *“no sé, esto es muy difícil, dime otra pregunta”*.

- Opción 2: “Describe correctamente qué es el SIDA”

Ejemplos de respuestas: *“es el síndrome de inmunodeficiencia adquirida que afecta al sistema inmunológico y que se contagia por distintas vías: flujo, semen y sangre”, “es una enfermedad de transmisión sexual”*.

- Opción 3: “Describe la enfermedad como una enfermedad de transmisión”

Ejemplos de respuestas: *“Es una enfermedad que se transmite por la sangre y que significa S=síndrome, I=inmunodeficiencia, D=deficiencia, A=adquirida”*.

- Opción 4: “Define el SIDA como una enfermedad del sistema inmunológico”

Ejemplos de respuestas: *“es una enfermedad de transmisión sexual que afecta al sistema de las defensas del cuerpo”; “es una enfermedad que afecta al sistema inmunológico”*.

- Valor 5: “Define el SIDA como una enfermedad relacionada con el sexo”

Ejemplos de respuestas: *“Es una enfermedad de transmisión sexual que se llama síndrome de inmunodeficiencia adquirida porque se adquiere, no va en ningún gen”*; *“es una enfermedad que se contagia haciendo el amor”*; *“es algo que tiene que ver con el sexo, es una enfermedad de los que practican sexo”*.

En la tabla de contingencias de las opciones de respuesta de esta variable (Tabla 93) podemos observar la no existencia de diferencias estadísticamente significativas ($\chi^2=11'93$; $p=0'18$) entre las frecuencias observadas y esperadas tanto antes como después de la intervención. No obstante, es interesante analizar el descenso ocurrido una vez finalizado el programa de educación sexual en el número de respuestas en las que los participantes no saben qué es el SIDA, así como el ligero aumento en las respuestas que describen la enfermedad como una enfermedad de transmisión, o definen el SIDA como una enfermedad del sistema inmunológico.

			Intervención		Total
			pre	post	
SIDA 3	1	Frecuencia observada	17	6	23
		Frecuencia esperada	11'5	11'5	
		Residuos corregidos	5'5	-5'5	
	2	Frecuencia observada	3	6	9
		Frecuencia esperada	4'5	4'5	
		Residuos corregidos	-1'5	1'5	
	3	Frecuencia observada	16	21	37
		Frecuencia esperada	18'5	18'5	
		Residuos corregidos	-2'5	2'5	
	4	Frecuencia observada	0	4	4
		Frecuencia esperada	2	2	
		Residuos corregidos	-2	2	
	5	Frecuencia observada	1	0	1
		Frecuencia esperada	0'5	0'5	
		Residuos corregidos	0'5	-0'5	
Total		Frecuencia observada	37	37	74
			$\chi^2=11'937$	$p=0'18$	

6.3.4.4. Variable “SIDA 4”

La codificación de las respuestas de esta variable, que valora si la conceptualización que las personas con discapacidad intelectual poseen del SIDA se basa en los distintos mitos que existen relacionados con la misma, queda como sigue:

- Opción 1: “Define el concepto del SIDA sin hacer mención a ninguno de los mitos del mismo”.

Ejemplos de respuestas: *“es una enfermedad del sistema inmunológico”*.

- Opción 2: “Define el concepto del SIDA en función de los diversos mitos establecidos en nuestra cultura y sociedad”.

Ejemplos de respuestas: *“es como una enfermedad pero que la cogen las personas que son delincuentes o los hombres que se drogan”*; *“enfermedad de los extranjeros”*; *“es como una gripe que tienen las personas como los mariquitas y los drogadictos”*; *“es una enfermedad que afecta sobre todo a las personas que toman drogas y que se van con prostitutas y que se van hombres con hombres”*.

En la Tabla 94 encontramos la tabla de contingencias de esta variable. Como podemos observar, aparecen diferencias estadísticamente significativas ($\chi^2=8.97$; $p=0.03$). Concretamente, la opción 1 (no utilizar mitos en la definición) en la fase de pre-intervención presenta una frecuencia menor a la esperada, mientras que tras completar el programa de educación sexual, la frecuencia es mayor a la esperada. De la misma manera, la opción 2 (no utilizar mitos en la definición) presenta la tendencia inversa; en relación a esta última opción, creemos importante destacar como, una vez finalizada la intervención, no se produce ninguna respuesta en la que se defina el SIDA en función de los diversos mitos establecidos en nuestra cultura y sociedad.

Tabla 94: Tabla de contingencias de la variable “SIDA 4”					
			Intervención		Total
			pre	post	
SIDA 4	1	Frecuencia observada	29	37	66
		Frecuencia esperada	33	33	
		Residuos corregidos	-4	4	
	2	Frecuencia observada	8	0	8
		Frecuencia esperada	4	4	
		Residuos corregidos	4	-4	
Total		Frecuencia observada	37	37	74
			$\chi^2=8.97$	$p=0.03$	

6.3.4.5. Variable “SIDA 5”

Una vez llevada a cabo la categorización, los valores que adopta esta variable (que hace referencia a los conocimientos en torno a las vías de transmisión del SIDA) son los siguientes:

- Opción 1: “No sabe”

Ejemplos de respuestas: *“ni idea, pregúntale a mi hermano que estudia mucho”*; *“es una enfermedad que se contagia cortando carne”*.

- Opción 2: “Respuesta correcta y completa”

Ejemplos de respuestas: *“se pega por el semen, la sangre, el flujo. No se pueden compartir las jeringuillas, las cuchillas”*.

- Opción 3: “Respuesta correcta pero incompleta”

Ejemplos de respuestas: *“el SIDA se pega por las jeringuillas, sangre contagiada de SIDA, si te acuestas con alguien y no usas anticonceptivos te lo puede pegar, si está picado...”*

- Opción 4: “Respuestas correctas e incorrectas”

Ejemplos de respuestas: *“es una enfermedad que se pega en los cuartos de baño de los bare; “es una enfermedad provocada por la contaminación ambiental que puede matar ciudades enteras”*.

La tabla de contingencias de esta variable (Tabla 95) refleja la existencia de diferencias estadísticamente significativas ($\chi^2=25,43$; $p=0,000$). Así, las opciones 1 (“no sabe”) y 4 (“respuestas correctas e incorrectas”) en la fase de pre-intervención presentan unas frecuencias observadas superiores a las esperadas, mientras que tras el programa de intervención son inferiores. Por su parte, las opciones 2 (“respuestas correctas y completas”) y 3 (respuestas correctas pero incompletas) presentan la tendencia inversa. Como dato a destacar, se observa que antes de la intervención ninguna persona con discapacidad intelectual ofrecía una respuesta correcta y completa, mientras que sí ocurre después de la misma, lo que conlleva una relevante disminución de la frecuencia observada de los participantes que no saben cómo se transmite el SIDA.

			Intervención		Total
			pre	post	
SIDA 5	1	Frecuencia observada	12	2	14
		Frecuencia esperada	7	7	
		Residuos corregidos	5*	-5*	
	2	Frecuencia observada	0	5	5
		Frecuencia esperada	2,5	2,5	
		Residuos corregidos	-2,5*	2,5*	
	3	Frecuencia observada	9	25	34
		Frecuencia esperada	17	17	
		Residuos corregidos	-8*	8*	
	4	Frecuencia observada	16	5	21
		Frecuencia esperada	10	10,5	
		Residuos corregidos	5,5*	-5,5*	
Total		Frecuencia observada	37	37	74
			$\chi^2=25,434$	$p=0,000$	

6.3.4.6. Variable “Embarazo”

La codificación de las respuestas de esta variable sobre los conocimientos que poseen las personas con discapacidad intelectual sobre el embarazo, es la siguiente:

- Opción 1: “No sabe”

Ejemplos de respuestas: *“ponerse compresas. Con unos tapones que se ponen las mujeres que se llaman tampax”*; *“no sé, usando una medicación”*; *“intentar que el esperma no llegue al final de ella”*; *“con un método paraceptivo cómo DIU con alas o DIU sin alas”*.

- Opción 2: “Respuesta correcta y completa”

Ejemplos de respuestas: *“métodos anticonceptivos: el preservativo masculino y femenino, la píldora, el DIU, los espermicidas, métodos combinados, la ligadura de trompas, la vasectomía, el diafragma, y otros métodos anticonceptivos”*; *“con algún método anticonceptivo. Hay que consultar al médico para ver cuál es el mejor”*.

- Opción 3: “Respuesta correcta pero incompleta”

Ejemplos de respuestas: *“ir al ginecólogo y que te recomienden algún anticonceptivo como pastillas y preservativos”*; *“con pastillas y con precaución”*; *“ponerse los preservativos y las pastillas”*; *“que se tome la píldora y el preservativo y hacerlo con cuidado quien no tenga preservativo”*; *“los medios anticonceptivos bien evolucionados y utilizados (diafragma, pastillas,...). Que no tengamos miedo de llevar en la cartera un medio anticonceptivo. Necesitamos información y saberlos utilizar. Que no te cortes en decir las cosas”*.

- Opción 4: “Correctas e incorrectas”

Ejemplos de respuestas: *“no hacer nada hasta que los case el cura”*, *“usando métodos anticonceptivos y también el coito intermitente”*

En la Tabla 96 aparece la tabla de contingencias de esta última variable, donde se aprecia la existencia de diferencias estadísticamente significativas ($\chi^2=16'68$; $p=0'001$) en las opciones de respuesta de la misma. Así, la opción (“no sabe”) presenta una frecuencia observada en la pre-intervención superior a la esperada, mientras que tras la aplicación del programa de educación sexual, ésta es inferior, manifestándose la tendencia contraria en la opción 2 (“respuesta correcta y completa”). Por lo tanto, se observa una disminución considerable del número de participantes que, tras su participación en el programa de intervención, no saben los métodos existentes para la prevención del embarazo. Asimismo, se produce un elevado aumento en el número de respuestas correctas y completas relacionadas con este tema de estudio.

Tabla 96: Tabla de contingencias de la variable "Embarazo"

		Intervención		Total	
		pre	post		
Embarazo	1	Frecuencia observada	15	2	17
		Frecuencia esperada	8'5	8'5	
		Residuos corregidos	6'5*	-6'5*	
	2	Frecuencia observada	5	17	22
		Frecuencia esperada	11	11	
		Residuos corregidos	-6*	6*	
	3	Frecuencia observada	15	15	30
		Frecuencia esperada	15	15	
		Residuos corregidos	0	0	
	4	Frecuencia observada	2	3	5
		Frecuencia esperada	2'5	2'5	
		Residuos corregidos	-0'5	0'5	
Total		Frecuencia observada	37	37	74
		$\chi^2=16'687$			$p=0'001$

6.4. ANÁLISIS DISCRIMINANTES

Como último apartado de este capítulo, exponemos a continuación los resultados obtenidos en los análisis discriminantes llevados a cabo (antes y después de la intervención).

6.4.1. Pre-intervención

En primer lugar, pasamos a desarrollar el análisis discriminante llevado a cabo a partir de los datos obtenidos por los participantes de esta investigación previos a la realización del programa de intervención. En la Tabla 97 se ofrece un resumen con el total de casos procesados, el número de casos válidos para el análisis y el número de excluidos. Como podemos apreciar, han sido procesados todos los casos de la muestra.

Tabla 97: Resumen de los casos procesados (pre-intervención)

Casos no ponderados	N	Porcentaje
Válidos	347	100
Excluidos	0	0
Casos totales	347	100

Por otra parte, la Tabla 98 contiene los ítems incluidos en el modelo de análisis discriminante en el último paso (paso 10). Para facilitar la comprensión de los datos expuestos presentamos en la Tabla 99 la descripción de dichos ítems.

Tabla 98: Variables independientes incluidas en el último paso del modelo de análisis discriminante (pre-intervención)

Variables incluidas	Tolerancia	F para eliminar	Lambda de Wilks
Ítem 9	0'868	8'884	0'395
Ítem 5	0'951	13'746	0'411
Ítem 2	0'966	11'217	0'402
Ítem 8	0'966	13'726	0'411
Ítem 16	0'948	7'517	0'390
Ítem 6	0'909	5'382	0'383
Ítem 13	0'874	7'596	0'390
Ítem 1	0'905	8'464	0'393
Ítem 24	0'910	4'373	0'380
Ítem 22	0'886	4'015	0'379

Tabla 99: Descripción de las variables independientes incluidas en el último paso del modelo de análisis discriminante (pre-intervención)

Ítem 9	Si lavas tu ropa con la de alguien que tiene SIDA ¿te pueden pegar el SIDA?
Ítem 5	Sólo las personas que toman drogas y que tienen el virus del SIDA pueden pegar el SIDA
Ítem 2	Para que no te peguen el virus del SIDA el condón de la mujer es igual de bueno que el condón que usa el hombre
Ítem 8	Si te ponen sangre de otra persona ¿te pueden pegar el SIDA?
Ítem 16	Haciendo el amor en algunas posturas (de pie, sentada, etc.) la chica no se puede quedar embarazada
Ítem 6	Los animales domésticos pueden transmitir el virus del SIDA
Ítem 13	Si bebes de un vaso que haya usado otra persona que tenga el virus ¿te pueden pegar el SIDA?
Ítem 1	La mejor manera de que no te peguen el virus del SIDA es poniéndote un condón cuando tienes relaciones sexuales
Ítem 24	Defendería delante de mis amigos/as que hay que usar los condones
Ítem 22	Al llevar encima un condón los demás pueden pensar que "soy más fácil"

A continuación, la Tabla 100 ofrece las comparaciones posibles entre cada dos grupos. Como podemos observar, en el primer paso (al incluir el ítem 9) se consigue distinguir significativamente a todos los grupos menos al Grupo 1 (chicos pertenecientes al Centro de Inserción Laboral Valdocco) y 2 (alumnos de 3º de ESO). No es hasta el paso 2 (momento en el que se incorpora al modelo el ítem 5), cuando se consigue diferenciar a todos los grupos.

Paso	Grupo		1	2	3	4
1	1	F		0'968	6'500	22'982
		<i>p</i>		0'326	0'011	0
	2	F	0'968		4'798	47'251
		<i>p</i>	0'326		0'029	0
	3	F	6'500	4'798		80'276
		<i>p</i>	0'011	0'029		0
	4	F	22'982	47'251	80'276	
		<i>p</i>	0	0	0	
2	1	F		21'704	19'897	12'722
		<i>p</i>		0	0	0
	2	F	21'704		3'991	34'951
		<i>p</i>	0		0'019	0
	3	F	19'897	3'991		47'564
		<i>p</i>	0	0'019		0
	4	F	12'722	34'951	47'564	
		<i>p</i>	0	0	0	

Como podemos observar en la Tabla 101, los autovalores de las tres funciones que componen el modelo de análisis discriminante son muy desiguales. La primera función explica el 72'8% de la variabilidad disponible de los datos, mientras que la segunda explica un 21'9% y la tercera sólo un 0'72%. De manera similar, la correlación canónica de la primera función es elevada (0'703), la de la segunda moderadamente baja (0'476) y, la de la tercera, baja (0'258).

Función	Autovalor	Porcentaje de varianza	Porcentaje acumulado	Correlación canónica
1	0'975	72'8	72'8	0'703
2	0'293	21'9	94'7	0'476
3	0'072	5'3	100	0'258

Por otra parte, la *lambda* de Wilks que aparece reflejada en la Tabla 102, contrasta de manera jerárquica la significación de las tres funciones obtenidas anteriormente. En la primera línea (1 a 3) se contrasta la hipótesis nula de que el modelo completo (las tres funciones tomadas simultáneamente) no permite distinguir las medias de los grupos. Puesto que el valor *lambda* de Wilks (0'366) (que coincide con el valor *lambda* del último paso de construcción del modelo) tiene asociado un nivel crítico de $p=0'000$, podemos concluir que el modelo permite distinguir significativamente entre los grupos. En la segunda línea (2 a 3) se contrasta si las medias de los grupos son iguales en la segunda función discriminante. El valor *lambda* (0'722), con un nivel crítico de $p=0'000$, indica que la segunda función permite discriminar entre, al

menos, dos de los grupos. Por su parte, en la tercera línea (β) se contrasta si las medias de los grupos son iguales en la tercera función discriminante. En este caso, el valor *lambda* (0'933) y su nivel crítico ($p=0'003$), nos señala que la función permite discriminar entre, al menos, dos de los grupos.

Tabla 102: Lambda de Wilks (pre-intervención)

Contraste de las funciones	Lambda de Wilks	χ^2	gl	P
1 a 3	0'366	341'162	30	0
2 a 3	0'722	110'458	18	0
3	0'933	23'436	8	0'003

La Tabla 103 muestra la *ubicación de los centroides* en cada una de las funciones discriminantes. La primera función distingue fundamentalmente a los participantes de los Grupos 2 (3º ESO) y 3 (4º ESO) (cuyos centroides se encuentran ubicados en la parte positiva) de los Grupos 1 (Valdocco) y 4 (personas con discapacidad intelectual) (cuyos centroides se encuentran ubicados en la parte negativa).

Por su parte, en la segunda función, el centroide del Grupo 2 (3º ESO) queda ubicado en la parte negativa, mientras que el del Grupo 4 (personas con discapacidad intelectual) lo hace en la positiva. Dado que la primera función ha conseguido explicar el máximo de las diferencias existentes entre los Grupos 2 y 3 y los Grupos 1 y 4, es esperable que la segunda función discrimine precisamente entre los grupos que han quedado más próximos.

Finalmente, la tercera función discrimina nuevamente entre los grupos que quedaron más próximos en la segunda función discriminante, esto es, los chicos pertenecientes al Centro de Inserción Laboral Valdocco (Grupo 1) y alumnos de 3º de ESO (Grupo 2) y los alumnos de 4º de ESO (Grupo 3) y las personas con discapacidad intelectual (Grupo 4).

Tabla 103: Valor de los centroides en las funciones discriminantes (pre-intervención)

Grupo	Función		
	1	2	3
1	-0'623	-1'487	0'286
2	0'463	-0'187	-0'411
3	0'425	0'280	0'176
4	-2'693	0'454	-0'101

Por otro lado, la Tabla 104 pone de manifiesto que es el ítem 8 el que aporta un mayor peso discriminante a la primera función (-0'419). En el caso de la segunda, es el elemento 2 el que presenta una mayor contribución (-0'490), siendo, con respecto a la tercera función, el ítem 5 (-0'677).

Por su parte, las correlaciones de estructura o cargas discriminantes, ordenadas por la magnitud de la misma (Tabla 105), reflejan una mayor correlación lineal entre la primera función discriminante y los siguientes ítems: 13 (0'475); 16 (0'429); 1 (0'377); 8 (-0'369). Con respecto a la segunda función, los elementos 2 (-0'467); 24 (0'457) y 22 (0'402) son los que presentan una mayor correlación lineal. Finalmente, en la tercera función discriminante, son los ítems: 5 (-0'592); 9 (0'492) y 6 (0'420).

Tabla 104: Matriz de coeficientes estandarizados de las funciones discriminantes canónicas (pre-intervención)

	Función		
	1	2	3
Ítem 1	0'336	-0'253	-0'343
Ítem 2	0'281	-0'490	-0'140
Ítem 5	0'322	0'386	-0'677
Ítem 6	0'209	0'296	0'376
Ítem 8	-0'419	0'335	0'149
Ítem 9	0'310	-0'237	0'612
Ítem 13	0'370	0'144	-0'112
Ítem 16	0'321	0'230	0'235
Ítem 22	-0'159	0'342	-0'082
Ítem 24	-0'063	0'418	0'009

Tabla 105: Matriz de estructura (pre-intervención)

	Función		
	1	2	3
Ítem 13	0'475*	0'235	0'080
Ítem 16	0'429*	0'295	0'213
Ítem 1	0'377*	-0'068	-0'193
Ítem 8	-0'369*	0'291	0'094
Ítem 2	0'246	-0'467*	-0'144
Ítem 24	0'039	0'457*	0'013
Ítem 22	0'043	0'402*	0'013
Ítem 5	0'376	0'385	-0'592*
Ítem 9	0'475	0'018	0'492*
Ítem 6	0'368	0'275	0'420*

La Figura 10 representa el *territorio* (espacio) que corresponde a cada uno de los grupos en el plano definido por las dos primeras funciones discriminantes: la primera función en el eje de abscisas y la segunda en el de ordenadas.

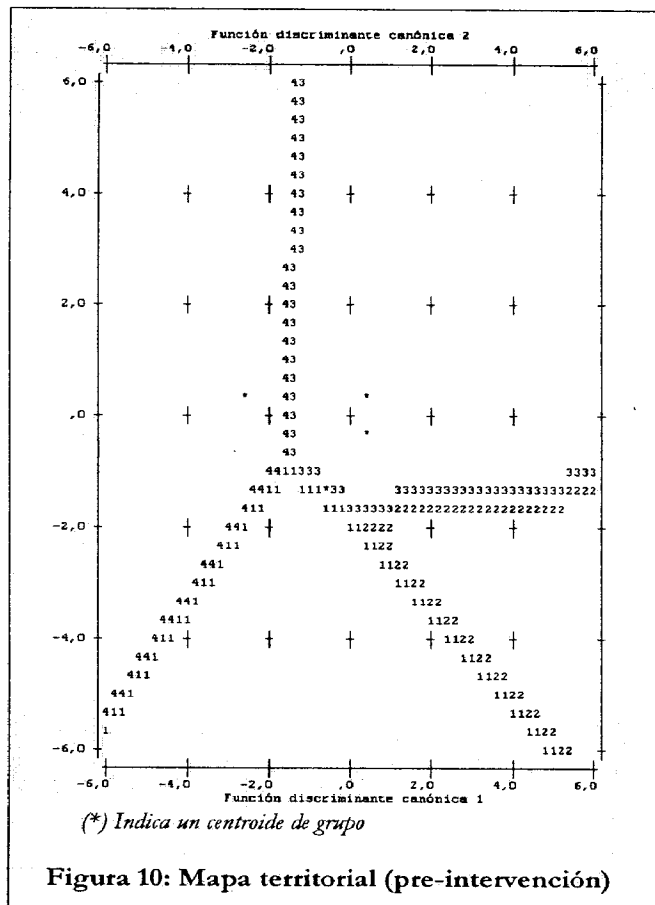


Figura 10: Mapa territorial (pre-intervención)

Para representar los centroides se utilizan las coordenadas de la tabla de centroides. Observando lo ubicación de los centroides en la Figura 10 se aprecia claramente que la primera función posee mayor capacidad discriminante que la segunda, puesto que los centroides se dispersan o alejan más en la dirección horizontal que en la vertical. Prestando atención a la disposición de los territorios sobre el mapa, resulta fácil anticipar que los ítems con puntuaciones altas en la primera función discriminante serán clasificados en los Grupos 2 y 3, mientras que los elementos con puntuaciones próximas a cero o negativas en esa función, serán clasificados en los Grupos 1 y 4. En este segundo caso, si la puntuación de los ítems en la segunda función discriminantes es positiva, será clasificada en el Grupo 3 y 4, mientras que si es negativa, será clasificado en los Grupos 1 y 2.

Por otra parte, la Tabla 106 ofrece los resultados de la clasificación en los grupos de pertenencia pronosticados para los grupos de estudio. En este sentido, vemos cómo han sido clasificados correctamente el 65,4% de los casos agrupados originales. Analizando la clasificación de los distintos grupos observamos lo siguiente: en primer lugar, con respecto al Grupo 1 (Valdocco), cinco de los participantes han sido clasificados en el Grupo 2 (3º ESO); 11 de ellos lo han sido en el Grupo 3 (4º ESO), cuatro en el Grupo 4 (personas con discapacidad intelectual) y, finalmente, 14 han sido clasificados en su propio grupo.

En relación al Grupo 2 (3º ESO), cuatro de los participantes han sido clasificados en el Grupo 1, 62 en el Grupo 3, cuatro de ellos en el Grupo 4, siendo clasificados correctamente 23 alumnos.

Por su parte, los resultados del Grupo 3 (4º ESO) nos muestran que cinco de los jóvenes han sido clasificados en el grupo de chicos pertenecientes al Centro de Inserción Laboral Valdocco (Grupo 1); 15, en el de alumnos de 3º de ESO (Grupo 2), cuatro chicos en el grupo de personas con discapacidad intelectual (Grupo 4) y 159 han sido clasificados correctamente en su mismo grupo.

Para concluir, los resultados del Grupo 4 reflejan que uno de ellos ha sido clasificado en el Grupo 1, cinco en el Grupo 3 y 31 en su propio grupo.

Tabla 106: Resultados de la clasificación (pre-intervención)

Grupo	Grupo de pertenencia pronosticado				Total
	1	2	3	4	
1	14 (41'2%)	5 (14'7%)	11 (32'4%)	4 (11'8%)	34 (100%)
2	4 (4'3 %)	23 (24'7%)	62 (66'7%)	4 (4'3%)	93 (100%)
3	5 (2'7 %)	15 (8'2%)	159 (86'9%)	4 (2'2%)	183 (100%)
4	1 (2'7%)	0 (0%)	5 (13'5%)	31 (83'8%)	37 (100%)

Finalmente, la Figura 11 muestra el diagrama de dispersión de todos los casos (identificados por el grupo de pertenencia) utilizados en el análisis sobre el plano definido por las dos funciones discriminantes. La mayor utilidad de este gráfico radica en la posibilidad de identificar casos atípicos difíciles de clasificar. Nuevamente observamos que los ítems con puntuaciones altas en la primera función discriminante serán clasificados en los Grupos 2 y 3, mientras que los ítems con puntuaciones próximas a cero o negativas en esa función lo serán en los Grupos 1 y 4.

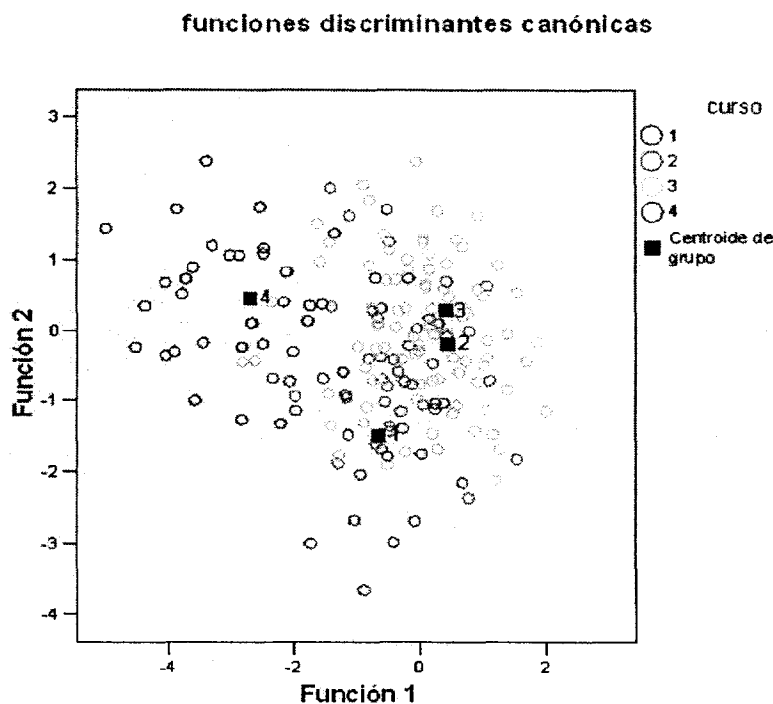


Figura 11: Funciones discriminantes canónicas (pre-intervención)

6.4.2. Post-intervención

Describimos a continuación en este apartado los resultados obtenidos en el análisis discriminante llevado a cabo con los datos obtenidos por los participantes de esta investigación, una vez llevado a cabo el programa de educación sexual. En la Tabla 107 se ofrece un resumen con el total de casos procesados en la post-intervención, el número de casos válidos para el análisis y el número de casos excluidos.

Tabla 107: Resumen de los casos procesados (post-intervención)		
Casos no ponderados	N	Porcentaje
Válidos	317	100
Excluidos	0	0
Casos Totales	317	100

Por su parte, la Tabla 108 contiene las variables independientes incluidas en el modelo en el último paso (paso 7). Con el objetivo de favorecer la comprensión de los datos que presentamos, en la Tabla 109 realizamos una descripción de dichas variables.

Tabla 108: Variables independientes incluidas en el último paso del modelo de análisis discriminante (post-intervención)

Variables incluidas	Tolerancia	F para eliminar	Lambda de Wilks
Ítem 2	0'984	28'127	0'455
Ítem 16	0'941	16'878	0'416
Ítem 8	0'991	15'609	0'411
Ítem 19	0'944	9'499	0'390
Ítem 14	0'936	8'724	0'387
Ítem 6	0'972	6'850	0'381
Ítem 25	0'933	4'826	0'374

Tabla 109: Descripción de las variables independientes incluidas en el último paso del modelo de análisis discriminante (post-intervención)

Ítem 2	Para que no te peguen el virus del SIDA el condón de la mujer es igual de bueno que el condón que usa el hombre
Ítem 16	Haciendo el amor en algunas posturas (de pie, sentada, etc.) la chica no se puede quedar embarazada
Ítem 8	Si te ponen sangre de otra persona ¿te pueden pegar el SIDA?
Ítem 19	Una chica no se quedará embarazada si el hombre antes de eyacular saca el pene
Ítem 14	Se le das un besos a una persona que tenga el virus del SIDA ¿puedes coger el SIDA?
Ítem 6	Los animales domésticos pueden transmitir el virus del SIDA
Ítem 25	Me da vergüenza ir a comprar condones

A continuación, la Tabla 110, ofrece las comparaciones posibles entre cada dos grupos. Vemos que en el primer paso (al incluir el ítem 2) se consigue distinguir significativamente a todos los grupos menos al 1 (Valdocco), 2 (3° ESO) y 3 (3° ESO). Hasta el paso 2 (momento en el que se incorpora al modelo el ítem 16), no se consigue diferenciar a estos tres grupos.

Tabla 110: Comparaciones entre pares de grupos (post-intervención)

Paso	Grupo		1	2	3	4
1	1	F		0'461	2'202	63'082
		p		0'497	0'139	0
	2	F	0'461		10'081	108'326
		p	0'497		0'002	0
	3	F	2'202	10'081		76'802
		p	0'139	0'002		0
	4	F	63'082	108'326	76'802	
		p	0	0	0	
2	1	F		38'713	47'213	58'303
		p		0	0	0
	2	F	38'713		5'138	53'994
		p	0		0'006	0
	3	F	47'213	5'138		38'372
		p	0	0'006		0
	4	F	58'303	53'994	38'372	
		p	0	0	0	
	3	F	35'269	4'852		34'024
		p	0	0'001		0
	4	F	42'030	39'516	34'024	
		p	0	0	0	

Como podemos observar, también en la fase de post-intervención, los autovalores (Tabla 111) de las tres funciones que componen el modelo son desiguales. La primera función explica el 53'9% de la variabilidad disponible de los datos, mientras que la segunda función explica un 38'2% y la tercera sólo un 7'9%. De manera similar, la correlación canónica de la primera función es elevada (0'642), la de la segunda moderadamente alta (0'576) y la función de la tercera función es baja (0'304).

Tabla 111: Autovalores de las tres funciones que componen el modelo de análisis discriminante (pre-intervención)

Función	Autovalor	Porcentajes de varianza	Porcentaje acumulado	Correlación canónica
1	0'699	53'9	53'9	0'642
2	0'495	38'2	92'1	0'576
3	0'102	7'9	100	0'304

En cuanto a la *lambda* de Wilks, en la Tabla 112, podemos observar cómo al valor (0'357) de la primera función obtenida (1 a 3), le corresponde un nivel crítico de $p=0'000$, por lo que podemos concluir que el modelo permite distinguir significativamente entre los grupos. En la segunda línea (2 a 3), el valor *lambda* (0'607), con un nivel crítico de $p=0'000$, indica que la segunda función permite discriminar entre, al menos, dos de los grupos. En la tercera línea (3), el valor *lambda* (0'907), con un nivel crítico de $p=0'000$ señala que la función permite discriminar entre, al menos, dos de los grupos.

Tabla 112: Lambda de Wilks (post-intervención)

Contraste de las funciones	Lambda de Wilks	χ^2	gl	p
1 a la 3	0'357	319'797	21	0
2 a la 3	0'607	155'164	12	0
3	0'907	30'201	5	0

La tabla 113 muestra la *ubicación de los centroides* en cada una de las funciones discriminantes. La primera función distingue fundamentalmente a los participantes de los Grupos 1 (Valdocco) y 2 (3º ESO) (cuyos centroides se encuentran ubicados en la parte negativa) de los Grupos 3 (4º ESO) y 4 (personas con discapacidad intelectual) (cuyos centroides se encuentran ubicados en la parte positiva). En la segunda función, el centroide del Grupo 2 queda ubicado en la parte positiva, mientras que el del Grupo 4 lo está en la negativa. Dado que la primera función ha conseguido explicar el máximo de las diferencias existentes entre los Grupos 1 (Valdocco) y 2 (3º ESO) y los Grupos 3 (4º ESO) y 4 (personas con discapacidad intelectual), es lógico que la segunda función discrimine precisamente entre los grupos que han quedado más próximos. Finalmente, la tercera función discrimina nuevamente entre los

grupos que quedaron más próximos en la anterior, esto es, los Grupos 1 (Valdocco) y 4 (personas con discapacidad intelectual) y los Grupos 2 (3º ESO) y 3 (4º ESO).

Tabla 113: Valor de los centroides en las funciones discriminantes (post-intervención)

Grupo	Función		
	1	2	3
1	-1'542	-1'507	-0'155
2	-0'319	0'330	0'453
3	0'088	0'397	-0'273
4	1'856	-1'086	0'131

En la Tabla 114 se observa que es el ítem 2 el que aporta un mayor peso discriminante a la primera función (-0'613). En el caso de la segunda, es el elemento 16 el que más contribuye (0'575) y, con respecto a la tercera función, el ítem 6 (-0'834). Por su parte, las correlaciones de estructura o cargas discriminantes, ordenadas por la magnitud de la misma (Tabla 115), reflejan una mayor correlación lineal entre la primera función discriminante y los siguientes ítems: 2 (-0'628), 14 (0'438) y 8 (0'398). En cuanto a la segunda función discriminante, los elementos con correlaciones lineales mayores son el 16 (0'615), 19 (0'473) y 25 (-0'402). Por último, en la tercera función, el ítem que manifiesta una mayor correlación lineal es el 6 (-0'759).

Tabla 114: Coeficientes estandarizados de las funciones discriminantes canónicas (post-intervención)

	Función		
	1	2	3
Ítem 2	-0'613	0'414	0'282
Ítem 6	-0'007	-0'009	-0'834
Ítem 8	0'428	-0'390	0'293
Ítem 14	0'410	0'147	0'285
Ítem 16	0'289	0'575	0'264
Ítem 19	0'318	0'345	-0'311
Ítem 25	0'130	-0'338	0'192

Tabla 115: Matriz de estructura (post-intervención)

	Función		
	1	2	3
Ítem 2	-0'628*	0'406	0'261
Ítem 14	0'438*	0'300	0'139
Ítem 8	0'398*	-0'350	0'273
Ítem 16	0'414	0'615*	0'208
Ítem 19	0'420	0'473*	-0'302
Ítem 25	0'094	-0'402*	0'130
Ítem 6	0'074	0'042	-0'759*

Por otro lado, observando la ubicación de los centroides que aparecen reflejados en la Figura 11 del mapa territorial, se aprecia claramente que la primera función posee mayor capacidad discriminante que la segunda, pues los centroides se dispersan o alejan más en la dirección horizontal que en la vertical.

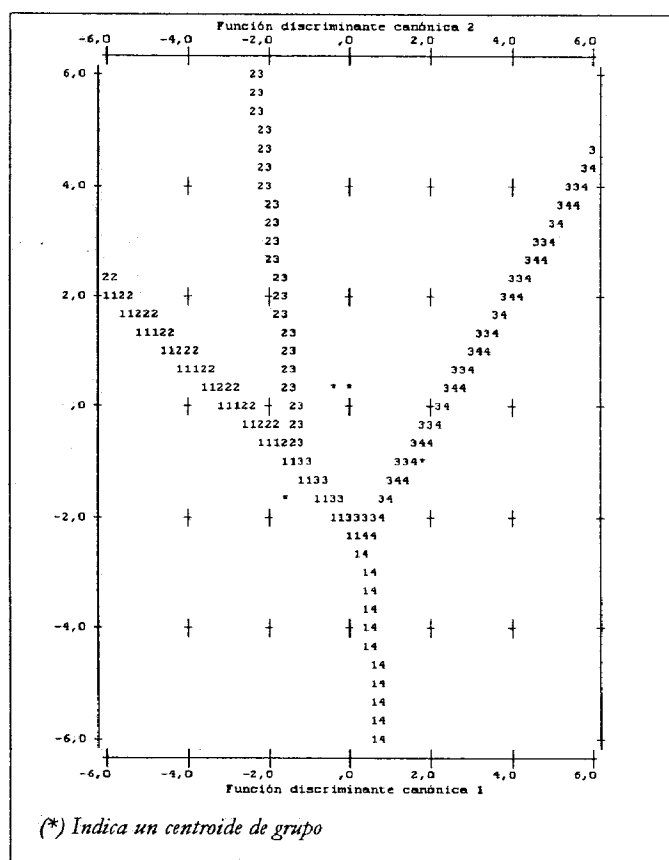


Figura 12: Mapa territorial (post-intervención)

Si observamos la disposición de los territorios sobre el mapa, resulta fácil anticipar que los ítems con puntuaciones altas en la primera función discriminante serán clasificados en los Grupos 3 (4º ESO) y 4 (personas con discapacidad intelectual), mientras que los elementos con puntuaciones próximas a cero o negativas en esa función, serán clasificados en los Grupos 1 (Valdocco) y 2 (3º ESO). En este segundo caso, si la puntuación de los ítems en la segunda función discriminante es positiva, será clasificada en los Grupos 2 y 3, mientras que si la puntuación en función es negativa, será clasificado en los Grupos 1 y 4.

A continuación, en la Tabla 116 se ofrecen los resultados de la clasificación en los grupos de pertenencia pronosticada para los grupos de nuestra investigación. En este sentido, podemos comprobar cómo han sido clasificados correctamente el 65'3% de los casos

agrupados originales. Si observamos la clasificación de los distintos grupos, podemos concluir lo siguiente: en relación al Grupo 1 (Valdocco), cinco de los participantes han sido clasificados en el Grupo 2 (3º ESO), tres de ellos lo han sido en el Grupo 3 (4º ESO), dos jóvenes han sido clasificados en el Grupo 4 (personas con discapacidad intelectual) y 24 en su propio grupo.

En cuanto a los resultados relacionados con el Grupo 2 (3º ESO), podemos comprobar cómo 10 de los participantes han sido clasificados en el Grupo de chicos pertenecientes al Centro de Inserción Laboral Valdocco (Grupo 1), 37 en el suyo propio, 42 en el de alumnos de 4º de ESO (Grupo 3) y, finalmente, cuatro en el de personas con discapacidad intelectual. En el Grupo 3, los datos obtenidos son los siguientes: 11 de los participantes han sido clasificados en el Grupo 1, 18 de ellos en el Grupo 2, 111 en su propio grupo y 13 en el Grupo 4. Finalmente, con respecto a las personas con discapacidad intelectual (Grupo 4), una de ellas es clasificada en el Grupo 2 (3º ESO), uno en el Grupo 3 (4º ESO) y 35 de ellos han sido clasificados en su mismo grupo.

Grupo	Grupo de pertenencia pronosticado				Total
	1	2	3	4	
1	24 (70'6%)	5 (14'7%)	3 (8'8%)	2 (5'9%)	34 (100%)
2	10 (10'8 %)	37 (39'8%)	42 (45'2%)	4 (4'3%)	93 (100%)
3	11 (7'2 %)	18 (11'8%)	111 (72'5%)	13 (8'5%)	153 (100%)
4	0 (0%)	1 (2'7%)	1 (2'7%)	35 (94'6%)	37 (100%)

Para finalizar este apartado, la Figura 13 muestra el diagrama de dispersión de todos los casos utilizados en el análisis, sobre el plano definido por las dos funciones discriminantes. Observamos que los ítems con puntuaciones altas en la primera función discriminante son clasificados en el Grupos 4, mientras que los ítems con puntuaciones próximas a cero o negativas en esa función lo son en los Grupos 1, 2 y 3.

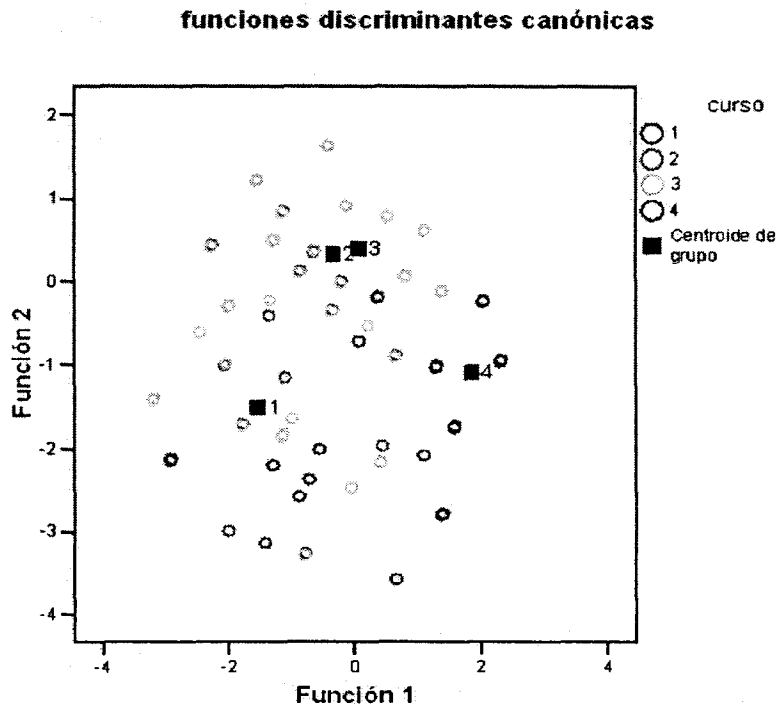


Figura 13: Funciones discriminantes canónicas (post-intervención)

CAPÍTULO 7

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

A continuación vamos a proceder a realizar la discusión de los diferentes capítulos de que consta nuestra investigación. En primer lugar, vamos a detenernos en los tres capítulos de carácter más teórico. En el Capítulo 1 de nuestro trabajo hemos realizado un análisis general sobre el proceso sufrido a lo largo de la historia en torno al concepto, clasificación y diagnóstico de la discapacidad intelectual. Han sido muchas las aportaciones que han llevado al concepto actual de retraso mental pero no han sido menos y, siguen siendo, las controversias existentes entre las distintas instituciones y organismos que trabajan en este campo. La historia del retraso mental es, sin duda, un factor influyente en los trabajos que, como el nuestro, se llevan a cabo en la actualidad. El retraso mental ha estado cargado de connotaciones negativas y etiquetas que no han hecho más que perjudicar y no favorecer la evolución de la práctica profesional en este campo y, lo que es más importante, la evolución de una sociedad que favorezca la calidad de vida de estas personas.

A pesar de ser un tema que se estudia desde hace siglos, las fuentes bibliográficas relacionadas con la historia de la discapacidad intelectual son escasas, quizás debido a que ha sido una temática clasificada a lo largo de la historia desde el análisis de muy diversas perspectivas. Por ello, en este trabajo hemos hecho uso de dos de los manuales que en nuestro país han sido los pilares básicos para muchos autores, nos estamos refiriendo a *Historia de las deficiencias* (Aguado, 1995) e *Historia del retraso mental* Scheerenberger (1984). Nos ha parecido que citar las fuentes originales era más apropiado que hacer uso de otros autores que recogen la información de los anteriormente citados, por ello, las citas bibliográficas de los mismos aparecen reflejados un gran número de ocasiones en el apartado correspondiente a la historia de la discapacidad intelectual. Igualmente ha ocurrido con el concepto de Retraso mental aportado por la APA. En este caso, son Verdugo y Jenaro (2004) quienes realizan la traducción y adaptación a nuestro idioma del manual originario de Luckasson et al. (2002), por lo que sus citas también aparecen más reiteradamente a lo largo del texto.

Con relación al tema que nos ocupa, es obvio que ha habido un cambio radical en el modo de pensar sobre las personas con discapacidad intelectual, o, al menos, en un porcentaje elevado de personas de nuestra sociedad. Pero, a pesar de ello, los estigmas de las etiquetas diagnósticas siguen estando presentes y, lo que es más importante, las consecuencias que ello reporta. Cualquier etiqueta diagnóstica conlleva, casi siempre, la aceptación de la misma por parte de la persona que la padece y la asignación por parte de la sociedad de un rol para dicha etiqueta. Eso mismo ocurre cuando a una persona se le asigna la etiqueta de "*deficiente mental*" y acaba comportándose de acuerdo con los estereotipos sociales que prevalecen en una determinada sociedad. Este dato ha sido corroborado por muchos expertos y por dicha razón hoy se tienden a emplear denominaciones que algunos consideran neutrales, tales como niños con necesidades especiales, niños distintos o diferentes, etc. Sin embargo, la historia demuestra que cualquier denominación que se adopte, al final siempre acaba convirtiéndose en problemática y despectiva con connotaciones negativas por parte del resto de las personas. Si hacemos una reflexión sobre las denominaciones anteriormente expuestas y nos detenemos en

su análisis, podemos llegar a la misma conclusión con los términos “*niños diferentes o distintos*”, “*niños con necesidades educativas especiales*”, ¿los adjetivos *distinto, diferente* o *especiales* no implican por sí mismos una falta de normalidad o desigualdad?. Quizás los profesionales deberíamos aunarnos más en intentar cambiar nuestro sentir y nuestras actitudes más que en debatir durante años lo erróneo de las denominaciones. Metafóricamente sería igual que si nace un niño y los padres se llevan debatiendo durante años el nombre; mientras tanto, el hijo puede ir desarrollándose con muchas carencias educativas y afectivas. Autores como Molina (1999) refieren que a lo largo de la historia los criterios utilizados para la toma de decisiones en personas con retraso mental han tenido un carácter social. Este mismo autor afirma que, incluso criterios como el cociente intelectual, no han sido más que un criterio social, ya que la validación de los tests mentales se realizó en base al rendimiento escolar, decisión tomada en función de la política del momento. Nada más lejos de favorecer un apoyo para la mejora de la intervención, la tipificación en personas con discapacidad intelectual ha servido para marginarlos, primero en cárceles, después en asilos y manicomios y posteriormente en centros específicos de educación especial o asociaciones sin ánimo de lucro.

El nuevo paradigma de Retraso Mental que se impulsó con la novena edición del manual de la Asociación Americana de Retraso Mental (AMRR) en 1992 y que en 2002 sufrió pequeñas modificaciones, trajo consigo una visión y un horizonte más esperanzadores para todas las personas con deficiencias intelectuales. Es evidente que frente a la teoría plasmada en los libros siempre ha existido una realidad, la cual ha estado marcada por el momento histórico así como en las características físicas, culturales, sociales y económicas de cada lugar. En este sentido, Egea (1999) considera que si comparáramos la visión de normalización con carácter individualizada, generalizada e intermitente de los países nórdicos, en relación a la realidad de las escuelas de países latinoamericanos de zonas rurales en donde una profesora imparte docencia en aulas de más de 27 alumnos especiales, no nos queda más que sonreír y reflexionar en cómo los paradigmas se pueden adaptar de manera eficaz y práctica a nuestra realidad, llegando a entender que los gobiernos de estos países releguen a segundo, tercero o cuarto plano la política de inversiones para personas con discapacidad. De ahí nuestro énfasis en la valoración cultural y social donde se ha llevado a cabo nuestra investigación y, a su vez, en la importancia de las características individuales de la persona y la adaptación de cada intervención de manera más personalizada.

Con respecto a la clasificación y diagnóstico, páginas atrás hemos sido testigos del cambio en los planteamientos, al menos teóricos. Así, se ha pasado de un diagnóstico de corte psicométrico (donde el CI era el punto central para la clasificación) hasta los modelos actuales de carácter multiparadigmáticos y ecológicos en donde, además de la mera catalogación numérica fundamentada en parámetros que toman como base la población en general, se enfatizan la interacción persona-ambiente a diferentes niveles (fisiológico, psicológico y social) (Landesman-Ramey, Dosset y Echols, 1996).

A continuación, vamos a hacer una reflexión crítica de las aportaciones de la AARM, sin lugar a dudas, uno de los pilares en donde se enmarca nuestra investigación. El proceso de evaluación en tres pasos llevado en su totalidad a la práctica constituiría una manera de intervenir que englobaría todos los aspectos de la persona. A pesar de los obstáculos con los que se encuentra, lo que sí parece obvio que introdujo fue una manera diferente de entender la discapacidad. Entre los aspectos a destacar nos encontramos, en primer lugar, como ya hemos comentado anteriormente, con una concepción ecológica en donde cobra relevancia la interacción de la persona con su ambiente y el desplazamiento hacia una aproximación no categórica de la discapacidad. Pero, sin lugar a dudas, lo más relevante es la percepción de la discapacidad de una persona como continua, fluida y cambiante, más allá del concepto estático y dicotómico que se encontraba establecido hasta el momento. De la misma manera, se enfatiza la autodeterminación de la persona, así como una acentuación de sus capacidades y no sólo sus limitaciones, como hasta el momento se venía haciendo, cobrando relevancia el planteamiento del paradigma de apoyos que remarca la prestación de servicios a las personas con discapacidades y se centra en la vida con apoyo, en el empleo y en la educación integrada. Dicho paradigma se focaliza en la planificación centrada en la persona, en donde son igual de importantes las conductas funcionales y adaptativas y las necesidades de apoyo de las personas al margen del diagnóstico clínico. En esta nueva concepción se produce una interconexión del concepto de calidad de vida con el de mejora de la misma, la garantía en el mantenimiento de la calidad, la gestión de la misma y la evaluación centrada en los resultados del proceso.

Reflexionando sobre esta definición y, sin desmerecer el propósito de la misma, hemos creído conveniente razonar la situación actual de nuestro país y las condiciones reales en las que actualmente se desarrolla la concepción de la discapacidad intelectual. La planificación centrada en la persona (que correlaciona positivamente con el concepto de autodeterminación) en muchos casos tropieza con el sistema en el cual nos encontramos inmersos. Muchas personas con discapacidad intelectual dependen de movimientos asociativos que, con muy buena voluntad, dirigen padres y madres, los cuales, cuando se trata de reclamar las necesidades de sus hijos, tienen interiorizado un concepto de mendicidad en vez de una demanda a la que tienen derecho. Dichas asociaciones, se enfrentan habitualmente a la escasez de recursos económicos, ya que al depender de subvenciones anuales y, en muchos casos trimestrales, el personal técnico contratado suele ser escaso y temporal. A su vez, la visión de los padres y madres que dirigen las asociaciones, con frecuencia es diametralmente opuesta a la de los profesionales que trabajan en las mismas, con lo cual se establecen muchos conflictos internos relacionados con las acciones que se deben llevar a cabo. En este contexto, la autodeterminación de las personas con discapacidad intelectual, depende en muchos casos de las orientaciones o decisiones de las instituciones de las que forman parte y, en otros, queda en manos de sus padres o tutores quienes, en su afán de sobreprotección, pueden limitar la capacidad decisoria de las mismas.

Otro aspecto prioritario del paradigma de los apoyos, es el requerimiento de una serie de recursos en intervención comunitaria, estableciéndose necesidades como empleo o actividades de ocio. No obstante, la realidad es que no existen recursos al alcance de estas personas, los apoyos necesarios no se ofrecen, las instituciones no cuentan con personal técnico para realizar estos apoyos y tampoco ofertan suficientes puestos de trabajo para ellas; incluso, en muchas ocasiones, dichos puestos de trabajo son ofertados para favorecerse de subvenciones promotoras cuya objetivo principal es el beneficio del empresario y no la integración de las personas con discapacidad intelectual.

En cuanto a la integración, el movimiento asociativo y los centros educativos son uno de los ejes centrales de la misma. Sin embargo, lo cierto es que más que de integración deberíamos hablar de segregación, sobre todo, si observamos aquellas asociaciones que se convierten en “guarderías” en donde los jóvenes pasan el rato. Con respecto a la integración y normalización de estas personas en los centros educativos, difícilmente se pueden conseguir, entre otras razones, por el hecho de que un solo profesor no puede atender a más de 20 alumnos por clase y, además, alguno o algunos de ellos con discapacidad intelectual. Además, tampoco la administración pública ofrece dentro de los colegios personal ni servicios adecuados para una intervención específica.

Aunque podríamos dedicar un número importante de páginas a discutir qué es lo que realmente consideramos mejor para estas personas, no debemos olvidar tampoco que son personas con discapacidad intelectual. Nuestras redes sociales se basan en personas afines a nosotros y, quizás, por el hecho de querer verlos como iguales, a veces los obligamos a mantener ambientes y amigos en donde las relaciones no son de igualdad. Para las personas sin discapacidad es una nueva experiencia en donde se convierten en cuidadores y, en muchos casos, como en el de algunos hermanos, ese cuidado constituye una carga importante (sobre todo a nivel emocional). A veces, para las personas con discapacidad intelectual, este tipo de situaciones les hace sentirse infravalorados, influyendo en su autoestima al observar todo lo que “sus iguales” pueden hacer. Por todo esto, nuevamente tenemos que trabajar sobre la base de que cada persona es diferente, tenga o no discapacidad intelectual, siendo necesario analizar las características de cada una para saber qué es lo que quiere y lo que más favorece su bienestar personal.

Por otro lado, también nos gustaría resaltar la importancia de la etiología como paso previo para la intervención desde las distintas áreas preventivas. En este aspecto, en nuestro país ha ocurrido un importante avance, quizás debido a las múltiples campañas de sensibilización de los diferentes organismos públicos y del que se han hecho eco los medios de comunicación. Con respecto a la prevención primaria, se ha de resaltar la política establecida desde el Ministerio de Sanidad en la aplicación de diversas pruebas diagnósticas a las mujeres embarazadas, donde se detecta algún factor de riesgo. Entre éstas, por ejemplo, se encuentran la prueba del *triple screening* (con la finalidad de medir determinadas sustancias en la sangre de

la madre y, de esa forma, detectar alteraciones fetales) o la *amniocentesis* (para detectar ciertas anomalías cromosómicas, defectos genéticos de nacimiento y otras condiciones). Asimismo, los centros de atención primaria ofrecen campañas educativas para concienciar de los peligros de algunas conductas en el embarazo, como el consumo de alcohol y otras drogas. Otra acción de gran importancia realizada bajo las premisas de la prevención secundaria de la discapacidad intelectual es, por ejemplo, la orientación de algunos hábitos y estilos de vida. Tal es el caso del diagnóstico de patologías como la fenilcetonuria, en donde los profesionales prescriben dietas específicas que favorecerán la calidad de vida aunque la persona siempre tenga el trastorno genético. Con respecto a la prevención terciaria, también hemos encontrado múltiples avances; son frecuentes las intervenciones quirúrgicas en donde se corrigen malformaciones congénitas (como las cardiopatías en las personas con Síndrome de Down).

Uno de los apoyos que forma parte de la planificación centrada en la persona, independientemente de su discapacidad y que favorece la autonomía de la misma, es la educación sexual. En el Capítulo 2 de este trabajo hemos hecho un breve análisis sobre la educación sexual ya que, para poder comprender la educación sexual en determinados colectivos, como es el caso de las personas con discapacidad intelectual, es necesario previamente hacernos una idea de la educación sexual en general.

En primer lugar y siguiendo nuestra línea de trabajo, hemos hecho un breve repaso de la historia de la educación sexual. Desde el inicio de la humanidad podemos hablar de la sexualidad y, en cuanto a la educación sexual, sería difícil establecer cuando comenzó a implantarse ya que no contamos con datos bibliográficos que lo aclaren, sobre todo si la consideramos fuera del plano de la educación formal.

Al igual que la discapacidad, la sexualidad ha estado en todo momento también cargada de connotaciones negativas y mitos que actualmente se encuentran interiorizados en nuestros jóvenes. Ejemplos de ello encontramos en la consideración de la masturbación como peligrosa, en la comprensión de la sexualidad diferente en función del sexo (siendo percibida como propiedad del hombre en cuanto a satisfacción del deseo y de la mujer como medio de reproducción de la especie), la apreciación del preservativo como método anticonceptivo del hombre, la etiqueta de “prostituta” a las mujeres que han tenido varias parejas, mientras que se ensalza la virilidad del hombre cuando éste ha mantenido relaciones con varias mujeres, etc.

A pesar de la evidencia aportada por los datos epidemiológicos de la necesidad de una adecuada educación sexual podemos ver cómo son todavía muchos los países que no la tienen incluida en su educación formal. Y, en el caso de que así sea, como ocurre en el nuestro, ésta se reduce a materias transversales, con contenidos cargados de matices anatómicos y biológicos y carentes de objetivos actitudinales necesarios para una buena educación sexual. Además, nos encontramos ante un tema que queda sujeto a las corrientes políticas que se encuentran de moda. En estos momentos, la puesta en marcha de programas de educación sexual (en muchos casos, limitados en el tiempo y dependientes de la política del momento, así

como de la voluntad de los profesionales) depende de las subvenciones aportadas por distintos organismos e instituciones públicas y privadas. Así, por ejemplo, actualmente el presupuesto de las arcas españolas en cuanto a educación se encuentra en su mayor parte en programas de educación vial de los jóvenes y de resolución de conflictos. No con ello pretendemos afirmar que estos temas no sean importantes, pero tengamos en cuenta que el concepto de calidad de vida es muy amplio y que, aunque son muchos los muertos a consecuencia de accidentes de tráfico y muchas las víctimas de la violencia, también son muchas las personas que mueren por enfermedades como el SIDA. En los años 90, con la alarma social desarrollada en torno a dicha enfermedad se invirtieron enormes cantidades de dinero en campañas de prevención. Pero, en la última década, hemos visto cómo el interés en torno a estos temas ha ido decreciendo y nuevamente existe una relajación a pesar de las cifras tan alarmantes que nos arrojan anualmente los distintos organismos en sus estudios epidemiológicos sobre las enfermedades de transmisión sexual y embarazos no deseados. Así, la ONU (2005) en su informe anual sobre el SIDA presenta datos alarmantes, estimándose entre 32.700.000 y 39.000.000 las personas adultas con el VIH, produciéndose casi la mitad de las nuevas infecciones en jóvenes entre 15 y 24 años. En nuestro país, según los datos del INE (2003), se cifran en 66.334 personas, siendo 443 las pertenecientes a las edades comprendidas entre 15 y 19 años, 4.428 en el intervalo de edad entre 20 y 24 años y 15.230 en el grupo etario entre 25 y 29 años.

Con respecto a los embarazos no deseados, las cifras no son menos alarmantes. Según la ONU (2004), unas 15 millones de adolescentes entre 15 y 19 años de todo el mundo tienen hijos cada año y más de 4'4 millones se someten a un aborto (en muchos casos en situaciones clandestinas y precarias con consecuencias para la salud a corto o largo plazo). Más concretamente, en nuestro país se informa de 18000 embarazos en menores de 19 años cada año.

Estos datos son más congruentes si observamos algunos hábitos sexuales, como la edad de inicio de las relaciones sexuales y el uso de métodos anticonceptivos. INJUVE informa que en el año 2004 la edad de la primera relación sexual se produce como media a los 17'6 años en los chicos y a los 18'4 años en las chicas. Los datos señalan que a los 17-18 años, más de la mitad de la población reconoce mantener relaciones sexuales, porcentaje que sube al 70% a los 19-20 años. Pero, lo más llamativo es que el Ministerio de Sanidad (2004) informa que del 25% de los adolescentes entre 15 y 17 años que reconoce tener relaciones sexuales, sólo el 12'7% asegura que utiliza algún método anticonceptivo.

Habitualmente escuchamos en foros de debate de los medios de comunicación, e incluso en nuestras reflexiones del día a día, la preocupación por el hecho de que, a pesar de disponer de mucha información al respecto, los jóvenes mantengan conductas de riesgo (siendo ésta una situación que no evoluciona tan favorablemente como sería deseable. A este respecto, consideramos que la principal cuestión, a veces, es no sólo la falta de programas de

intervención, sino también, los contenidos que se imparten y, lo que es más importante, la metodología con que se lleva a cabo. El conocimiento por sí solo no es suficiente para poder cambiar la conducta; de hecho, los programas impartidos hasta ahora se basan, principalmente, en brindar información sobre preceptos morales y sexuales y anatómicos, intervenciones que han demostrado su inoperancia y falta de efectividad.

A pesar de que algunos autores como Gaudreau (1985), Barragán (2000), López (1990, 1995, 2002, 2005) o Puerto (2000) nos hacen una revisión de los distintos modelos de educación sexual y todos ellos coinciden en establecer una progresión de los mismos desde modelos basados en la biología, hasta modelos de mayor apertura a la sexualidad (de una sexualidad integral de la persona y de los deberes y derechos de una sexualidad saludable), sin embargo, nuevamente nos encontramos con que la realidad que nos rodea, al menos en nuestro país, es bien distinta. Así, en la educación formal establecida según Ley Orgánica 1/1990 de 3 de octubre, de Ordenación General del Sistema Educativo (LOGSE) (BOE de 4 DE Octubre de 1990) y la que compete a nuestra comunidad autónoma (establecida en los decretos 107/1992, 105/1992 y 106/1992), se puede observar cómo la educación sexual se establece dentro de la llamada educación en materias de carácter transversal y dentro de muy diversas áreas: en el caso de la Educación Infantil aparece recogida en el área *de identidad y autonomía personal*, área de *comunicación y representación* en el punto de *“expresión corporal”*; en la Educación Primaria, en el área de *conocimiento del medio natural, social y cultural*, más concretamente en el punto de *“ser humano y la salud”* así como en el área de *educación física* en el punto *“el cuerpo, imagen y percepción”* y en el punto *“salud corporal”*; y, finalmente, en Educación Secundaria, en el área de *ciencias de la naturaleza*, en el punto *“la persona y la salud”*. Paradójicamente, se puede observar, cómo a pesar de ser un tema que actualmente no cobra la relevancia que pensamos merece, sin embargo, forma parte de las distintas áreas que conforman la educación de la persona, lo que nos hace corroborar nuestro concepto de sexualidad como una parte integral del ser humano.

Estas carencias en el currículo formativo nos trasladan a uno de los pilares de nuestro estudio, la importancia de la educación informal e incidental definida por Hiriart (2000). La educación incidental es importante ya que, como diría Samaniego (2004), la acción ejercida por los distintos agentes educadores (medios de comunicación y amigos) es una de las vías más frecuentes de información en nuestros jóvenes.

Por otra parte, podríamos empezar a valorar la importancia y difícil tarea del papel de los padres en la educación sexual. Para muchos de ellos es una paradoja entender que han de educar a sus hijos en el amor y la sexualidad ya que, a su manera de ver, es como aceptar lo que ellos denominan “el libertinaje de los jóvenes de hoy en día” (Geasler, Dannison y Edlund, 1995; Postrado y Nicholson, 1992). Algunos jóvenes interpretan el hecho de ser cuestionados o informados por sus padres como una falta de confianza y, en algunos casos, no lo conciben como parte de la educación que sus padres deben ofrecerles (a veces motivados

por la vergüenza que les provoca). En ocasiones, se sienten incómodos cuando la educación sexual se centra sólo en las consecuencias negativas y no se les aporta ningún dato positivo sobre la misma, por lo que el joven no escuchará los mensajes de los adultos, ya que son analizados más como prohibición que como educación (Goldman y Goldman, 1981; Wellings et al., 1995). En consecuencia, los padres tienen un papel limitado en la educación sexual, entre otras cosas, porque no se encuentran preparados ni formados para poder afrontar estos temas (Geasler, Dannison y Edlund, 1995).

Por todo ello, nos tenemos que trasladar al grupo de iguales y a los medios de comunicación que se convierten en la base de información primordial de los jóvenes. Habitualmente mencionan a sus amigos como una fuente de información con los que hablan de las decepciones amorosas, emociones, métodos anticonceptivos, etc. No queremos decir con esto que no sea positivo este intercambio de experiencias pero sí que conlleva el mantenimiento de muchos mitos o falsas creencias basadas en las vivencias de los demás, quienes tampoco tienen los conocimientos suficientes, más que los adquiridos mediante sus experiencias sexuales, que, a veces, se sustentan en la exageración de los experimentos sexuales de los unos y la falta de autoestima en otros. Todo esto juega un papel relevante en las propias experiencias sexuales, en el miedo a la intimidad personal y en muchas ocasiones a la pérdida de identidad. Con respecto a los medios de comunicación, son los encargados de enviar muchos mensajes erróneos y mitos que quedan patentes en nuestros jóvenes (como roles de género muy acentuados en el hombre y la mujer o mitos románticos que hacen vivenciar la sexualidad de una manera irresponsable). Todo ello creemos que se conseguiría paliar, en parte, si se pudieran establecer programas de intervención en los centros educativos que consideraran la sexualidad como una de las bases del desarrollo personal.

Por otro lado, si nos centramos en los diferentes factores que pueden influir en las tasas de riesgo de las ETS así como embarazos no deseados, hemos de analizar, entre otros aspectos, la idea muy generalizada de pensar que el mejor medio de prevención es la ausencia de relaciones sexuales, es decir, la abstinencia. Muestra de políticas sexuales de algunos países dejan claro que la prohibición de relaciones sexuales no es lo más acertado para bajar esos índices. Ejemplo de ello lo encontramos en Estados Unidos con su campaña de "sólo abstinencia", país que, en relación a otros países desarrollados, cuenta con los mayores índices de embarazos adolescentes y el mayor número de adolescentes que han contraído el VIH²⁰. En este sentido, los profesionales manifiestan las restricciones que tienen los adolescentes en Estados Unidos para acceder a información sexual integral, métodos de anticoncepción y preservativos, junto con una actitud generalizada de los estadounidenses a considerar al adolescente sano como aquél que no practica sexo. En contraste, el enfoque europeo se manifiesta mediante prestación general de servicios al alcance de los jóvenes y respeto a la intimidad de los mismos y su confidencialidad, lo que podría explicar el descenso de embarazos adolescentes en los

²⁰ El índice de embarazos adolescentes en Estados Unidos es dos veces más elevado que en Canadá, Inglaterra, Francia y Suecia y diez veces más alto que en los Países Bajos.

países de Europa septentrional y occidental (Singh y Darroch, 2000). California ha sido el único estado estadounidense que no ha aceptado fondos del programa federal de "sólo abstinencia", experimentando una reducción en la cantidad de embarazos adolescentes similar a la observada en los países europeos. De hecho, durante la última década, el índice de embarazos adolescentes en este estado ha sufrido un descenso de más de un 40% con respecto a años anteriores (Committee on Government Reform, 2004; Schemo, 2000).

La explicación a este fenómeno ocurrido en EEUU podría encontrarse en que los adolescentes que participan en los programas de "sólo abstinencia" no se abstienen de tener relaciones sexuales por más tiempo que los demás. Sin embargo, lo que sí se observa es que cuando empiezan a tener actividad sexual, los adolescentes que recibieron educación sexual basada en este enfoque, con frecuencia no usan preservativos ni ningún otro método anticonceptivo. El 88% de los estudiantes estadounidenses hace la "promesa de virginidad" en la escuela primaria y secundaria teniendo, de todos modos, relaciones sexuales antes del matrimonio. Es menos probable que los estudiantes que rompen esa promesa usen métodos anticonceptivos cuando tienen relaciones sexuales por primera vez, teniendo además índices similares de infecciones y ETS a aquéllos que no la realizan (Bearman y Brueckner, 2001; Walters, 2005). Por el contrario, los estudiantes que participan de un programa integral de educación sexual no inician su actividad sexual antes, ni tienen relaciones con más frecuencia, pero sí usan métodos anticonceptivos y prácticas de sexo seguro de forma sistemática cuando empiezan a tenerla (Allan Guttmacher Institute, 2003; Jemmott et al., 1998; Kirby, 1999; Kirby, 2001). Algunos autores (Coates y Makadon, 1995) creen que la diferencia de la educación sexual de los países de Europa con relación a la de Estados Unidos se centra en los siguientes elementos: una política que favorece explícitamente la educación sexual, una apertura hacia el sexo, mensajes consistentes a la sociedad y el acceso a los métodos anticonceptivos.

Por otra parte, otro aspecto que ha sido motivo de debate es la edad de iniciación de la educación sexual. Muy a menudo el currículo de la educación sexual empieza en la etapa escolar de secundaria (debido a que se considera que es la edad en que muchos de los estudiantes han comenzado a experimentar la sexualidad). Sin embargo, este dato es discordante con el concepto que la mayor parte de los autores defienden de la sexualidad. Si consideramos que la sexualidad que nace y muere con el ser humano sería importante que nos hiciéramos algunas preguntas como ¿por qué a una determinada edad es cuando hay que empezar a educar en sexualidad?, ¿acaso se comienza a educar en valores religiosos o morales o éticos a una determinada edad? o ¿se interiorizan las actitudes a una determinada edad?

Todo ello nos hace pensar la necesidad de analizar rigurosamente los programas y comenzar a implementar programas más adaptados a las necesidades de los jóvenes. Los educadores, los padres de familia y los gobiernos deben evitar conceptos de educación sexual dirigidos por las emociones y deben plantearse programas de educación basados en las

necesidades reales. Para ello, no sólo tendremos que adecuar los contenidos de la formación, sino adaptarlos a cada grupo y evitar llevar a cabo programas de intervención de carácter estándar. Si solamente nos basamos en las tasas que tienen los adolescentes de embarazos no deseados y de ETS (incluyendo el VIH) sin plantearnos, además, que es un aspecto importante de la persona, no podemos seguir ignorando la necesidad de la educación sexual adecuada.

Creemos importante detenernos en las características que deben tener los programas de educación sexual más eficaces. Algunos autores (Kirby, 1992; Kirby et al., 1994; Kirby, 1995) han llevado a cabo respectivas revisiones referentes a la aplicación de programas de intervención de educación sexual en jóvenes menores de 19 años. Los resultados definen varios rasgos identificables asociados a resultados satisfactorios en cuanto al retraso en la iniciación en las relaciones sexuales y/o el aumento de la utilización de los métodos anticonceptivos o preservativos. Dichos rasgos son los que mostramos a continuación:

- Programas con objetivos más específicos centrados en retrasar el inicio de las relaciones sexuales y en la promoción de relaciones sexuales seguras.
- La teoría de la influencia social, la teoría del aprendizaje social o las teorías cognitivo-conductuales respaldan las intervenciones realizadas.
- Las intervenciones tienen que comprender al menos 14 horas de tiempo en el caso de programas breves (Vincent, Geiger y Willis, 1994). También estos mismos autores señalan la eficacia limitada de intervenciones aisladas o únicas.
- Se deben realizar actividades con una metodología participativa, como escenificación de situaciones, debates y sesiones de reflexión con el objetivo de que los participantes experimenten situaciones de riesgo y participen de una manera activa en el proceso de resolución de problemas y elaboración de estrategias de afrontamiento.
- Se ha de utilizar un lenguaje concreto y claro en cuanto a lo referente a afirmaciones sobre las consecuencias de las relaciones sexuales sin protección y la forma en que pueden prevenirse.
- Se identifican las influencias de los compañeros, amigos y medios de comunicación que favorecen el mantenimiento de conductas de riesgo, así como las estrategias para responder a esas presiones y enfrentarse a ellas.
- Se deben reforzar los valores en apoyo de los objetivos de los programas y elaborarse entre todos normas de grupo en contra de las prácticas sexuales no seguras de acuerdo con la edad y las experiencias de los participantes.
- Los programas incluyen actividades que permiten ensayar técnicas de comunicación y negociación de gran eficacia para retrasar la iniciación de las relaciones sexuales o para protegerse en el caso de iniciarlas (Ku, Sonensstein y Pleck, 1992).

- Hay que ofrecer información sobre las intervenciones principales realizadas.

De otro lado, Kirby (1995) y otros investigadores (Christopher, 1995; Kelly, 1995; Shaalma et al., 1996; Shaalma, Kok y Peters, 1993) analizaron otros factores que influían en la eficacia de los programas, entre los que destacaron: el momento más adecuado para iniciar la educación sexual y cómo integrarla dentro del contexto educativo. La conclusión a la que llegaron fue que los programas de educación tienen mayor impacto si se llevan a cabo antes del inicio de la actividad sexual, ya que es más fácil enseñar pautas de comportamiento que eliminar hábitos de conducta establecidos (Kelly, 1995; Shaalma et al., 1996). También, aunque Kirby (1995) aconseja la utilización de objetivos específicos en la educación sexual, sin embargo, se refiere más al número de temas que se han de abordar que a la diversidad de áreas en las que se transmite el mensaje. Es conveniente trasladar la educación sexual más allá de las aulas, por ello es aconsejable que el medio social de los jóvenes participe en la tarea de reforzar las enseñanzas aprendidas dentro del ámbito escolar.

Muchos son los programas de educación sexual (Bolaños, González, Jiménez, Ramos y Rodríguez, 1994a, 1994b, 1994c, 1994d; López, 1995; Moreno y López, 2001; Savall, Molina, Cabra, Sarasíbar y Marías, 1998) que ofrecen una visión integral de la sexualidad y un amplio abanico de contenidos temáticos tanto a nivel teórico como de carácter actitudinal. En cuanto al programa de Altable (2000) sobre educación sentimental y erótica en los adolescentes, nos gustaría detenernos un poco más debido a la sorpresa que motiva analizar los contenidos que se trabajan como eje central de la educación sexual. Los bloques temáticos que presenta se basan sólo en la expresión del amor y las emociones, dejando a un lado aspectos muy importantes como el conocimiento de aspectos anatómicos y biológicos, que son la base de muchas de las disfunciones sexuales, además de no hacer mención a factores tan importantes como el uso de métodos anticonceptivos o las enfermedades de transmisión sexual. Dicho programa basa su desarrollo en aspectos con un matiz psicoanalítico, como por ejemplo, conceptos como “el cuerpo imaginario” en contraposición al esquema corporal, definido como saber identificar nuestro cuerpo en función de las relaciones emocionales vividas desde la infancia. La misma autora nos dice que la mejor manera para educar a los jóvenes en educación sexual es a través de la imaginación y la respiración, ya que es la única forma en la que el adolescente podrá controlar su cuerpo y disfrutar del mismo. No obstante, es evidente que las variables trabajadas en este programa son importantes y se acercan mucho al concepto tántrico tan de moda en estos momentos. Sin embargo, teniendo en cuenta los objetivos de nuestra investigación y a la luz de los datos aportados por las distintas instituciones de nuestra sociedad que muestran la necesidad de cambios en la conductas sexuales de nuestros jóvenes, consideramos que este programa carece de muchos aspectos importantes y que se encuentra muy lejos de la finalidad de nuestra investigación. En nuestra opinión, la educación emocional y erótica es muy importante, pero como un apartado a incluir dentro de un programa más específico y amplio de la educación sexual.

Por ser el programa utilizado en nuestro trabajo, nos detendremos a continuación en el programa Harimaguada (Bolaños, Gonzáles, Jiménez, Ramos y Rodríguez, 1994a, 1994b, 1994c, 1994d). Dicho programa, ofrece una visión de la educación de la sexualidad de una manera integral y multidisciplinar, introduciendo de una manera vivencial y amena los diferentes aspectos de la sexualidad humana (biológicos, antropológicos, históricos, éticos, legales y psicológicos). Como los propios autores definen, constituye una corriente de la educación sexual abierta, democrática, integral y profesional que pretende que las personas vivencien la sexualidad de una manera positiva, gratificante, saludable y, lo que no es menos importante, responsable. Desde el año 1997, la Consejería de Educación de Canarias junto con la Consejería de Sanidad y Consumo y la Consejería de Empleo y Asuntos sociales prioriza y pone en marcha el Plan Canario de Educación y Atención a la sexualidad juvenil, haciendo uso para la realización del mismo del programa de educación sexual Harimaguada. Dicho plan surge con el objetivo de coordinar intervenciones y generar recursos educativos, asistenciales, humanos y materiales que faciliten una adecuada educación sexual a la población juvenil de Canarias. Uno de los motivos que tuvimos en cuenta a la hora de seleccionar este programa fue, sin duda, que había sido puesto en práctica en muchas ocasiones y en distintos colectivos, como en el caso de de personas con discapacidad física, psíquica y personas mayores. Por otra parte, también consideramos que, posiblemente, este programa supone uno de los intentos más avanzados a nivel nacional de desarrollar políticas de atención a la sexualidad juvenil.

El material de apoyo elaborado consta de tres carpetas didácticas (para lo distintos niveles educativos) en las que se exponen una multitud de objetivos, contenidos y actividades para poner en práctica la educación sexual. Aporta una metodología al gusto de todos, ya que existen sesiones de carácter magistral, dinámicas grupales, de participación individual o grupal, así como recursos muy diversos (audiovisuales, materiales gráficos...), por lo que es un material para ser usado desde distintas líneas metodológicas dentro de las preferencias del docente. No obstante, un aspecto que, a nuestro criterio, podría ser francamente mejorable es el relacionado con el lenguaje empleado. En este sentido, algunas expresiones utilizadas, en algunos casos, hacen uso de un lenguaje obsoleto (“cuidados de la criatura”) y, en otros, manifiestan conceptos no acordes con el significado que nosotros les otorgamos (“sentimientos sexuales”).

Por otra parte, si ya comentábamos anteriormente la dificultad y las connotaciones negativas que existían en torno a la discapacidad intelectual y a la sexualidad, cuando hablamos de la sexualidad en la discapacidad intelectual (Capítulo 3), estas dificultades se agravan y se convierten en un auténtico dilema. Este hecho se puede explicar debido, sobre todo, a que entran en juego muchas variables de carácter ético, moral, actitudinal, de educación en valores, etc. Por ello, habitualmente la educación sexual queda al criterio o la libre elección de los profesionales, tutores, padres, etc. que son los encargados de la educación de estas personas.

Una de las dificultades encontradas para la realización de este trabajo ha sido la escasez de estudios sobre educación sexual, más concretamente, programas de intervención que hayan sido llevados a la práctica. Si bien es verdad que hemos podido encontrar autores que nos hablan de las características de la sexualidad y de algunos programas de intervención como el de López (2002) y García (2000), en los que nos detendremos más adelante, sin embargo, no existen investigaciones científicas relacionadas con la sexualidad de personas con discapacidad intelectual. Pensamos que esta circunstancia puede ser debida a los mitos sobre la sexualidad de estas personas, entre ellos los más extendidos: son considerados “eternos niños” (Casarella, Duacastella y Tallis, 2005; Gafo, 2000; García y Dios del Valle, 2002); tienen el “sexo de los ángeles” o, lo que es lo mismo, son asexuados (Fierro, 2000); la “necesidad de silenciar” la sexualidad para evitar incitar o estimular sus impulsos sexuales (Aunos y Feldman, 2002; Casarella, Duacastella y Tallis, 2005); que se establecen “relaciones de linealidad entre sexualidad y capacidad intelectual” (García, 1990; Fierro, 2000 y Marchetti y MacCartney, 1990); la creencia de que “su vida sexual y afectiva es muy distinta a la del resto de la personas sin discapacidad”; que presentan una “conducta sexual exacerbada” (Casarella, Duacastella y Tallis, 2005; García, 2000; García y Dios del Valle, 2002); que “son insensibles al dolor e incapaces de percibir que son víctimas de abuso” (Bailey, 1998 y Sobsey, Randall y Parrilla, 1997) o, que “no son personas atractivas” (García, 2000, López, 2002). Estudiar la sexualidad cuando se considera inexistente o carente de importancia sería ilógico, de ahí el poco interés que, hasta el momento, ha despertado. Esta cuestión nos debería hacer pensar que algo no está funcionando, se escribe sobre conceptos teóricos pero se avanza poco a niveles prácticos, quizás debido a una falta de interiorización sobre la problemática existente y las necesidades de este colectivo.

Por otra parte, la estigmatización en torno a la sexualidad de estas personas es evidente. En relación a temas tan delicados como la esterilización, el derecho a ser padres o el derecho al matrimonio poco podemos decir más que lo ya expuesto. Son cuestiones que quedan aún por resolver y que las propias sentencias judiciales no llegan a un acuerdo sobre la decisión más acertada. Ante la falta de normas vuelven a ser los padres o tutores los encargados de decidir ya que, exceptuando casos muy concretos, la decisión no queda en manos de la propia persona. Otra vez más debemos realizar una crítica a la planificación centrada en la persona y a la autodeterminación, ya que ésta, una vez más, no se deja hacer manifiesta. Estamos ante una sociedad que se ha permitido el derecho a decir quien puede casarse o no, incluso quienes pueden amarse, como en el caso de otros colectivos minoritarios considerados también “diferentes”, como son los homosexuales. Los argumentos relacionados con las personas con discapacidad intelectual sobre la vida en pareja o la posibilidad de tener hijos suelen referirse a su grado de autonomía ¿acaso los homosexuales o los inmigrantes no son autónomos o simplemente son actitudes hacia determinados colectivos que están arraigadas en nuestra sociedad?

Es cierto, y eso no podemos negarlo, que hay que tener en cuenta muchas variables que condicionan estos temas tan complejos y que habría que analizar caso a caso y evitar en la medida de lo posible hacer juicios de valor a la ligera, ya que nunca nos podemos olvidar que se trata de la vida de unas personas pero que afecta a otras muchas que se encuentran a su alrededor como padres, hermanos, etc. Existen muchas personas con discapacidad que necesitarían un gran número de apoyos para poder vivir en pareja y, para ello, deben implicarse otras personas de su entorno. Pero desde que la estructura tradicional de la familia se transformó con la incorporación de la mujer al mundo laboral, estos apoyos se ven debilitados, siendo en muchos casos los abuelos los que han tenido que asumir el cuidado de estas personas (al igual que ha ocurrido con los niños sin discapacidad intelectual). Esta nueva realidad familiar nos hace plantearnos si estos nuevos cuidadores pueden cubrir todas las necesidades específicas que tienen estos niños con discapacidad y si realmente pueden ser considerados los apoyos necesarios para la evolución adecuada para estos niños, sobre todo en temas tan complejos como la educación sexual. Sin lugar a dudas, los padres de los progenitores aportan unos apoyos instrumentales importantísimos en cualquier familia y se hace casi imprescindible en familias que cuentan con un miembro con alguna discapacidad. Pero a la par, hemos de plantearnos si el hecho de que asuman la mayor parte de la educación de sus nietos es lo más adecuado debido, esencialmente, al salto generacional existente.

También nos gustaría resaltar como algunos autores (Cala, Loreto, Martínez, Molina, Pérez, Rodríguez; López, 2002 y Sánchez, 2000) destacan el modo de vivir la sexualidad en función del grado de discapacidad. Es cierto que existen una serie de rasgos característicos en función de si la discapacidad es considerada leve, moderada o grave, pero nuevamente corremos el riesgo de la estigmatización y categorización que, en muchos casos, es inadecuada e innecesaria. Se escucha a profesionales que trabajan en este campo expresiones como “hay que tener cuidado con él que no sabe lo que hace; es profundo, pero de cintura para abajo nadie lo es”. Si recapacitamos sobre esta cuestión podemos observar cómo todos los que estamos considerados como población que sigue la norma o, en este caso, no discapacitada, tampoco vivimos la sexualidad de la misma manera ni tenemos todos exactamente los mismos hábitos sexuales. Los estereotipos suelen estar presentes en los modos de vivir la sexualidad de algunos colectivos, como ocurre también con las personas mayores cuando se les considera asexuados, o los homosexuales cuando se habla de ellos como “viciosos”. Dicha clasificación en función del nivel de discapacidad nos debería ayudar a detectar necesidades con las que trabajar en grupo y permitirnos adaptar las intervenciones en función de las características de los mismos, más que a crear expectativas previas que pueden llevarnos a la limitación de un desarrollo adecuado de la vida sexual de estas personas.

En cuanto a las características relacionadas con las vivencias sexuales, destacaríamos la importancia de la falta de socialización y de lugares en donde poder interactuar con otras personas. Las relaciones sexuales implican intimidad y difícilmente pueden contar con ella si no se les ofrece un espacio. Parece incongruente pensar cómo hasta las personas que se

encuentran en prisión tienen su espacio para poder disfrutar de sus relaciones y las personas con discapacidad intelectual no lo tienen. Los que viven con sus padres se encuentran limitados, en primer lugar porque lo habitual es que los padres no sean permisivos en cuanto a las relaciones sexuales de sus hijos (tenga o no alguna discapacidad) y, en segundo lugar, porque los consideran "sus niños". Los que viven en residencias porque en la propia institución no se les permite el espacio y las actitudes de las personas que los cuidan no son favorecedoras. Nos gustaría referenciar como ejemplo una experiencia personal ocurrida en una residencia de esta ciudad: "Uno de los cuidadores nos comentaba que creía que lo que estaba fallando en su pareja era la falta de intimidad pues no tenían casa y tenían que buscar espacios alejados con el coche en donde disfrutar de sus relaciones. En medio de la conversación apareció una persona con discapacidad que pedía permiso para dar un paseo por los alrededores con su pareja y este cuidador le dijo que no le parecía bien. Cuando se marchó, le preguntamos que por qué no lo dejaba y él contestó que porque ellos "iban a lo que iban". Insistimos en saber los verdaderos motivos de esa decisión ya que quizás sintiera miedo a que pudiera ocurrirles algo, como por ejemplo un embarazo y las repercusiones que pudiera acarrearles. El contestó que no y exclamó "¡qué necesidad tienen ellos!, que se den la manita y ya está!". Ejemplos como éste son habituales y denotan una actitud muy desfavorable en relación a la sexualidad de las personas con discapacidad y, lo que es peor, la no consideración del disfrute de estas personas por parte de los responsables de dirigir su vida. Esto nos deja un claro ejemplo de la necesidad de establecer programas de intervención en el que estén implicados todas las personas del entorno que participan en la educación.

Otra de las variables que condicionan la sexualidad de estas personas es la falta de apoyo e información. En muchas ocasiones solicitan ayuda que se contesta con silencios o risas no encontrando respuestas a sus dudas y, a veces, este tipo de comportamientos por parte de sus cuidadores es lo que impide que salgan a la luz problemas tan importantes como los abusos sexuales.

Como algunos autores nos indican (Ammermann, 1992, 1997; Ammermann y Patz, 1996; Sobsey, 1994; Verdugo y Bermejo, 1995; Verdugo, Bermejo y Fuertes, 1993, 1995), la vulnerabilidad en esta población a los abusos es enorme. Se han dado diversas explicaciones a este problema. Las actuales investigaciones se centran en la prevención del mismo llegando a la conclusión de que es importante plantearnos una intervención integral al problema de la violencia de la que son objeto las personas con discapacidad. Las estrategias de prevención deben dirigirse: i) a incrementar la sensibilización de los profesionales y familiares sobre el problema; ii) al desarrollo de programas educativos de prevención en la infancia y adolescencia; iii) a la puesta en práctica en la vida adulta de programas de entrenamiento específicos de habilidades sociales que mejoren la toma de decisiones y la autoprotección; y iv) a la realización de intervenciones terapéuticas individuales que sirvan de apoyo. A su vez, hemos de tener en cuenta la realización de una intervención en el contexto como pilar para la

prevención, en el cual el papel que desempeñan las organizaciones y profesionales es determinante para eliminar o reducir situaciones de abuso.

Como nos indican Verdugo (2004) con respecto a los programas preventivos en los años escolares, nos encontramos ante una carencia generalizada de programas de educación sexual dirigidos a personas con discapacidad intelectual en nuestro país. No obstante, este mismo autor informa de la demanda creciente de los mismos (tanto por parte de familias como de profesionales) y de la falta de justificación ante la ausencia de estas intervenciones. Los objetivos de estos programas, dirigidos a adolescentes y personas adultas y a sus familias, deben centrarse en promover la autoestima del individuo, favorecer y desarrollar la conducta social y prevenir las agresiones sexuales.

Las directrices y los objetivos generales a desarrollar en estos programas son compartidos y asumidos por gran parte de las personas especialistas en el tema. Estos objetivos se centran en los siguientes aspectos (Edwards y Elkins, 1988; Bailey, 1998): informar acerca del concepto de lo público y lo privado; enseñar la diferencia entre un contacto adecuado y un contacto abusivo; educar en los tipos de contacto adecuados en función del tipo de relación; enseñar a decir no y resistirse ante lo que no gusta o uno no desea; motivar a expresar preferencias y gustos y reforzar las conductas apropiadas a cada edad. En estos programas se aconseja que se trabaje no sólo la prevención de situaciones de abuso, sino que ésta forme parte de un programa global en donde se aporte información y educación necesarias para que las personas con discapacidad intelectual logren un desarrollo y satisfacción sanos de su propia sexualidad.

En nuestro trabajo hemos recogido dos programas específicos para personas con discapacidad intelectual elaborados y puestos en práctica por dos autores especializados en este tema. Nos estamos refiriendo a los programas de López (2002) y García (2000). Ambos, siguen una línea de trabajo muy parecida en cuanto a los contenidos temáticos, los cuales son semejantes a los recogidos en los programas de intervención del Capítulo 2 del marco teórico. Aunque se analiza la sexualidad desde distintas perspectivas (biológica, cultural, psicológica, ética, etc.), no obstante, observamos importantes carencias en algunos contenidos específicos así como en el abordaje de algunos temas. Más concretamente, no se hace mención expresa a los métodos anticonceptivos, ni a las ETS, ni a las conductas de riesgo. Además, la sexualidad que se aborda tiene más que ver con la reproducción, menstruación o la sexualidad por voluntad propia, teniendo un carácter más biologicista y de resolución de problemas que integral de la sexualidad y de obtención de placer a través de la misma. Asimismo, la orientación nos parece más dirigida a las relaciones afectivas y tiene importantes carencias en cuanto a las relaciones sexuales propiamente dichas. Este hecho cobra especial interés si tenemos en cuenta que se puede caer en el error de pensar que la sexualidad de estas personas es diferente y que debemos dirigirla sólo hacia el amor, olvidándonos de las relaciones coitales como parte de la sexualidad de las personas con discapacidad.

De otro lado, también debemos hacer una reflexión sobre la política establecida en torno a los distintos programas. Parece que sólo es necesaria la elaboración de programas específicos para las personas con discapacidad intelectual y, por otro lado, programas para las personas sin discapacidad intelectual, que se clasifican y aplican en función de la edad y de las etapas educativas. Da la sensación de que la educación sexual es aplicada en función de dos extremos opuestos, programas para las personas con discapacidad intelectual y, por otro lado, personas sin discapacidad, como si las personas sin discapacidad intelectual fueran todas iguales y no necesitaran adaptaciones a sus niveles de comprensión. Se entiende que, por el hecho de no ser una persona con discapacidad intelectual, la clasificación dentro de un grupo de edad asegura la comprensión y asimilación de los conceptos²¹.

Relacionado con lo anteriormente expuesto hemos de hacer mención a las recomendaciones específicas que realizan algunos autores (Abbeduto, 1991; Fierro, 1996; Sánchez, Botías e Higuera, 2002; Troncoso, del Cerro y Ruiz, 1999), con el objetivo de facilitar la comprensión y asimilación de los programas en las personas con discapacidad intelectual. Los que nos dedicamos a la docencia universitaria sabemos que, a veces, hemos tenidos diferentes grupos en las mismas asignaturas y titulaciones y los resultados no han sido los mismos, incluso nos hemos podido ver obligados a modificar la metodología docente para adaptarla al alumnado. Esto no es más que un claro ejemplo de lo que hay que hacer en otras poblaciones, recordemos que la adaptación de la enseñanza se considera una de las estrategias más beneficiosas para la obtención de éxitos docentes.

Para llevar a cabo nuestra investigación, hemos utilizado un diseño cuasiexperimental de grupo pre-post sin grupo de control. La selección de la muestra se realizó según un muestreo incidental o causal en el que es el investigador quien selecciona directa o deliberadamente los participantes del estudio. En nuestro caso la utilización de dicha selección estuvo motivada por dos factores fundamentales, en primer lugar, porque tuvimos que optar por la mayor accesibilidad de la muestra posible y, en segundo lugar, por el criterio utilizado de participación voluntaria en el estudio, condición indispensable para formar parte de nuestra investigación. Aunque este tipo de diseño implica la ausencia de control sobre determinadas variables extrañas (sexo, nivel cultural, nivel socio-económico), intentamos minimizar al máximo dichos sesgos mediante la elección de los centros educativos, intentando que éstos pertenecieran a diferentes zonas de la ciudad onubense y con la inclusión del Centro de Inserción Laboral Valdocco.

Dado que uno de los objetivos centrales de nuestro trabajo era valorar la importancia que tiene la adaptación de los programas de intervención en función de la población diana, seleccionamos una muestra que fuera muy heterogénea en cuanto al nivel cultural. Para ello, se obtuvo una muestra de 276 jóvenes que cursan estudios de 3º y 4º de ESO en distintos centros educativos de Huelva. Asimismo, se recogió otra muestra de 34 jóvenes que asistían a

²¹ *Consecuencia de ello son los índices de fracaso que aparecen en las estadísticas de los programas de intervención.*

talleres de formación laboral (herrería, carpintería, etc.); todos estos jóvenes eran chicos y, en su mayoría, presentaban altos índices de fracaso escolar; muchos de ellos habían abandonado sus estudios antes de terminar la educación básica reglada y realizaban cursos de formación específica para facilitar su entrada en el mercado laboral y, en muchos casos, ser reinsertados a nivel social (ya que algunos de ellos han llevado a cabo algunos delitos). A su vez, pensamos en la posibilidad de obtener una muestra de personas que cursaran bachillerato, ya que nos podría aportar un grupo más en cuanto a nivel educativo y, por tanto, mayor heterogeneidad de la muestra. No obstante, no fue posible ya que el programa se realizaba en horarios de tutorías y los jóvenes que cursan el bachillerato no contaban con dichas franjas horarias en su plan de estudios. Aunque tenían horarios destinados a actividades extraescolares, sin embargo, se encontraban programados para otras intervenciones.

Con respecto a las personas con discapacidad intelectual, obtuvimos una muestra de 37 personas, 20 de ellos pertenecientes a la Federación de Personas con Discapacidad Intelectual (FEAPS-Huelva) y otros 17 usuarios de la Asociación Onubense para la Normalización Educativa, Social y Laboral de Personas con Discapacidad Intelectual (AONES). En relación a esta muestra y dada la dificultad que plantea la realización de un programa de estas características en esta población, su selección fue llevada teniendo en cuenta, en primer lugar las demandas llevadas a cabo por algunos padres de la federación y, en segundo lugar, en el caso de la asociación, por ser el lugar en donde la investigadora realizaba su quehacer profesional y se había hecho eco de las demandas de algunos padres por solventar problemas de conductas sexuales que habían sido manifestados por sus hijos.

En cuanto a los criterios de inclusión para la selección de la muestra y para evitar las posibles variables extrañas comentadas anteriormente, se siguieron algunos criterios generales para todos los grupos y, debido a la heterogeneidad de las distintas muestras, también algunos específicos. Así, en los criterios de inclusión comunes planteamos que todos los participantes aceptaran voluntariamente su participación, ya que nuestra intención era conseguir chicos y chicas que estuvieran realmente interesados en completar el programa para que el abandono no incrementase los sesgos metodológicos de nuestra investigación. También se tomó como criterio de inclusión que estuvieran dispuestos a participar en todas las sesiones y, por último, no haber participado anteriormente en otros test-retest de estas características, ya que tendrían una información inicial que no estaría a disposición de los otros participantes.

Con respecto a los criterios de inclusión más específicos de los participantes pertenecientes a los centros educativos públicos, con el objetivo de asegurar la asistencia a las distintas sesiones, una de las condiciones era que no tuvieran altos índices de absentismo escolar. Este mismo criterio se adoptó para los chicos pertenecientes al Centro de Inserción Laboral Valdocco, además de considerar el de no estar cursando educación formal reglada en ningún centro educativo. En cuanto a las personas con discapacidad intelectual, debido a las peculiaridades de las mismas se optó por seleccionar participantes que pudieran comprender y

asimilar los contenidos que ofrecía el programa de intervención. De ahí que se excluyeran de la muestra a aquellas personas con un nivel de discapacidad grave y moderado (exceptuando cuando el grado de moderado fuera considerado debido a otras patologías incluidas en un segundo diagnóstico, como epilepsias, trastornos de la coordinación, etc), siguiendo para ello el criterio de los profesionales que trabajaban con ellas. Tengamos en cuenta que, aunque el programa se encontraba adaptado para estas personas, requería un mínimo de nivel de comprensión y asimilación de la información ofrecida para que pudiéramos valorar su efectividad.

Por último, consideramos relevante hacer alusión al hecho de que la edad de las personas con discapacidad intelectual no era equiparable a la de los otros grupos de estudio. Como ya se ha referido en este trabajo, nosotros apostamos por la eliminación de las barreras del cociente intelectual como único criterio para la valoración de una persona con discapacidad intelectual. Para poder controlar esta variable se tuvo en cuenta para la conformación de la muestra su nivel educativo más que su edad biológica, aunque sabíamos que a pesar de ello tendríamos que realizar una adaptación del programa, ya que son obvias las limitaciones con las que éstos se encuentran; además, la adaptación del programa era el objetivo central de nuestro trabajo.

En relación al material testológico, se elaboró un instrumento de evaluación a partir de dos cuestionarios: *Cuestionario sobre el SIDA* de Espada y Quiles (2001) y *Cuestionario sobre sexualidad y contracepción* de Oliva, Serra y Vallejo (1993). Ambos instrumentos fueron seleccionados por su probada eficacia, validez y fiabilidad en su aplicación a jóvenes. Además, dichos instrumentos incluían todos los contenidos temáticos que nosotros queríamos abordar en nuestra investigación, entre ellos, conocimientos sobre conductas sexuales, contracepción, información sobre sexualidad y SIDA, adopción de conductas de riesgo hacia el embarazo y el SIDA, etc. La finalidad principal era utilizar un instrumento de evaluación que recogiera la mayor información necesaria para los objetivos de nuestra investigación.

En cuanto al procedimiento seguido, en primer lugar llevamos a cabo la elaboración del cuestionario de personas sin discapacidad intelectual, con un total de 43 ítems para, a continuación, hacer lo mismo con el de personas con discapacidad intelectual (constando finalmente de 46 elementos). Este incremento sufrido en el número de ítems de un instrumento a otro se debe a la inclusión de un bloque de tres preguntas abiertas para profundizar en los conocimientos que estas personas tienen acerca del SIDA y los métodos anticonceptivos y afianzar la adquisición real de los contenidos impartidos. Somos conscientes de que el número de ítems de que consta nuestro instrumento es relativamente escaso para la amplitud del tema que queremos evaluar, pero el diseño del mismo estuvo en todo momento determinado por las características cognitivas de la muestra (personas con discapacidad intelectual). De hecho, dichas características determinaron seriamente tanto el lenguaje utilizado en la redacción de los ítems como el tiempo de administración del cuestionario. Así, en cuanto al lenguaje, intentamos en todo momento que la redacción y comprensión fuera

asequible; de hecho tuvimos que utilizar un vocabulario más simple para las personas con discapacidad, debido a su dificultad de comprensión (sobre todo de determinadas construcciones gramaticales). En relación al tiempo de administración del cuestionario, éste se vio considerablemente alargado debido al cansancio que manifiestan las personas con discapacidad ante evaluaciones extensas.

Por lo demás, el procedimiento llevado a cabo para ambos cuestionarios fue el mismo, quedando formados por cinco bloques: Variables sociodemográficas, Conocimientos sobre el SIDA (nivel de conocimientos en cuanto al SIDA y las vías de transmisión del VIH), Conocimientos sobre el embarazo (nivel de conocimientos en cuanto a embarazo y prevención del mismo) y Adopción de conductas de riesgo (conductas realizadas por los jóvenes que son peligrosas en cuanto a la posibilidad de contagio de ETS) y, finalmente, Conductas sexuales (donde se analizan los hábitos sexuales y se profundiza en las características de su vida sexual).

En la construcción de ambos instrumentos de evaluación, se llevaron a cabo sucesivas depuraciones. Como ya hemos mencionado con anterioridad, el procedimiento es el mismo en los dos casos aunque con algunas excepciones debido a la heterogeneidad de ambas muestras.

Por último, el tratamiento estadístico de los datos fue diseñado con el objetivo de realizar un análisis secuencial desde los procedimientos más simples (descriptivos) hasta los más complejos (análisis discriminantes). Dichos análisis estadísticos nos permitieron conocer las características de cada grupo (frecuencias, medias, desviación típica) como las diferencias y semejanzas de cada grupo en comparación con los otros grupos (análisis comparativos, bivariantes, etc.). Además, en nuestro intento de determinar los ítems que resultaban útiles para discernir conocimientos de los participantes, llevamos a cabo un análisis discriminante.

Con respecto a los programas de educación sexual impartidos, creemos conveniente detenernos en el programa desarrollado y adaptado específicamente para personas con discapacidad intelectual ya que, el utilizado para el otro grupo, como ya sabemos, procede de la selección de las actividades de los módulos teóricos pertenecientes al programa Harimaguada donde se trabajaban los objetivos específicos de nuestra investigación.

La intervención en el grupo de personas con discapacidad intelectual constó de los mismos módulos temáticos, pero como se puede apreciar en la Tabla 26, donde se comparan ambos programas, el número de actividades es mayor en éste, al mismo tiempo que se aprecia la adaptación de algunas actividades para facilitar su comprensión y asimilación.

Para llevar a cabo este programa, además de la experiencia directa y el conocimiento de las características de las personas con discapacidad intelectual con que contábamos, nos basamos en las recomendaciones ofrecidas (a las que hicimos referencia en el Capítulo 3) por algunos autores sobre adaptaciones de programas a personas con capacidad intelectual (Abbeduto, 1991; Fierro, 1996; Sánchez, Botías e Higuera, 2002; Troncoso, del Cerro y Ruiz, 1999). A

continuación ofrecemos algunos ejemplos, ya que sería imposible resumir en breves líneas todas las adaptaciones realizadas en cada una de las actividades.

Comenzamos con las sesiones de más corta duración para que los participantes fueran adquiriendo mayor riqueza de vocabulario y confianza con el tema de estudio, así como para evitar que se fatigaran y distrajeran; no obstante, nos sorprendió que no resultase difícil mantener su atención, entendemos que por ser un tema que despertaba mucha curiosidad (se observaba, sobre todo, cuando se trabajaban con actividades más dinámicas donde ellos participaban activamente). A su vez, se ofrecía continuamente retroalimentación para comprobar que habían entendido los conceptos que se les explicaban. También tomamos como criterio que si los notábamos cansados se paraba la sesión y se continuaba en otro momento, ya que de esta forma evitábamos crear expectativas negativas hacia el programa. Era mejor, si hubiera hecho falta, eliminar algunos contenidos que realizar un programa que resultase aburrido para ellos.

Para facilitar el aprendizaje se intentó agrupar los conceptos por categorías, ya que si la información era aportada de una manera más desordenada les costaba más trabajo su asimilación. Así, se repasaba de forma reiterada el módulo de trabajo en el que nos encontrábamos y se agrupaban los conceptos trabajados. Como línea general debemos comentar que el programa estuvo definido por una metodología participativa y muy reiterativa en cuanto a exposición de conceptos básicos, repitiendo las instrucciones el número de veces que hiciera falta para que fueran comprendidas.

A su vez, siempre tuvimos en cuenta que el lenguaje utilizado fuera sencillo, conciso, directo y con frases cortas haciendo que ellos repitieran con frecuencia algunos conceptos, ya que su aprendizaje era lento y les costaba la asimilación de algunos. Ejemplo de ello lo encontramos en el aprendizaje del ciclo menstrual, donde hubo dificultades a la hora de entender la ovulación y menstruación. Por ello se trabajó con actividades como “calendario menstrual” (apéndice L, actividad 10) o el “juego de la fecundación” (apéndice M, actividad 23), elaboradas ambas para tal fin.

Por otro lado, los debates se producían en grupos seleccionados en función de las características de los mismos (concretamente, se agrupaban en función de los distintos niveles de comprensión). De esa forma, en aquellas actividades en donde tuvieran algún problema en rellenar una ficha o en leer algún documento, el compañero podía ayudarlo. Además, si alguien no comprendía las explicaciones que se les daban, a veces, se utilizaban a los compañeros de mediadores los cuales, guiados por nosotros, les explicaban los conceptos que se estaban trabajando.

Debido a que tienen una mayor facilidad para la retención multisensorial y, sobre todo visual, utilizamos muchas actividades a través de imágenes, tales como la actividad “érase una vez la vida” (actividad 16) en donde se visualizaba un video o algunas actividades, realizando

entre todos murales y carteles. Además, algunos de estos carteles o murales, como “mi silueta” (actividad 6), “SIDA Y VIH”, (actividad 27), “cartel SIDA” (apéndice N, actividad 28) o “mi cuerpo es mío y lo toca quien yo quiera” (actividad 39), se exponían en el aula con un triple objetivo: i) por un lado, porque ofrecían una imagen gráfica de lo que se estaba trabajando y, por tanto, reforzaban un mayor rendimiento en la adquisición de conceptos; ii) por otro lado, en muchas ocasiones al estar colgados en el aula de trabajo, fomentaba que surgieran algunas dudas en el transcurso de las sesiones (aunque no fuera el tema a tratar, sin embargo, se solucionaban las dudas en el momento); y iii) finalmente, porque se producía una mayor generalización de los conocimientos al estar colgados de la pared de un aula de trabajo junto a otros materiales como fotos de los viajes que habían realizado, dibujos llevado a cabo por ellos, etc.

Relacionado con su capacidad para procesar información de carácter sensorial, para trabajar los diferentes tipos de amor, tuvieron que seleccionar canciones que consideraban que hablaban del amor, poniéndose de manifiesto en muchos de ellos la influencia de las personas con las que vivían en la elección de dichas canciones²². Esto demuestra nuevamente, por un lado, la falta de autodeterminación que presentan algunos y, por otro, que más allá de lo que algunas personas de esta sociedad piensan, estos chicos no viven en un mundo aparte, sino que pertenecen a la misma sociedad y cultura en la que vivimos los demás y, en consecuencia, están influenciados por ellos. Por tanto, de la misma manera que existe una influencia importante manifestada en las canciones transmitidas mediante los medios de comunicación, lo mismo ocurre con otras conductas, como las sexuales.

Para los temas relacionados como la anatomía y la fisiología, llevamos a cabo 12 actividades ya que la dificultad de la terminología de algunos conceptos nos hizo ver desde un principio que era necesario realizar un número elevado de sesiones. Además, existían otras actividades que servían para reforzar los conocimientos mediante la repetición constante de los mismos, tal es el “juego de la fecundación” (apéndice M, actividad 23) que elaboramos y la actividad del “juego de cartas” (apéndice N, actividad 31).

En relación a la importancia del uso de conceptos abstractos se llevaron a cabo experiencias lo más concretas posible. Así por ejemplo, la actividad “antes de llover chispea” (actividad 25), se escenificó mediante un yogurt las importantes propiedades nutricionales del suero del mismo comparándolo con la importancia del líquido preseminal durante el proceso de eyaculación para desmitificar el concepto existente sobre algunos hábitos sexuales (como el “coito interrumpido”) o para explicar la prevención del embarazo y de las ETS. También, con la actividad “preservativos a 1€” (actividad 24), mediante un preservativo se pudo ver, de una manera real, la importancia de usar preservativos en buen estado ya que, de lo contrario, estarían realizando un comportamiento de riesgo en cuanto a un embarazo no deseado o una

²² Algunos escogían canciones de Bertín Osborne o Juanito Valderrama, mientras que otros seleccionaron las canciones habituales que se escuchan en los medios de comunicación, como Alex Ubago o David Bisbal más propias de su edad y grupo de iguales

enfermedad de transmisión sexual. Otro ejemplo del mismo es la actividad “importancia del preservativo para el contagio del SIDA” (actividad 30) en donde mediante un tampón de tinta y un film transparente se podía vivenciar el contagio de la tinta con protección o sin protección al igual que ocurre en el SIDA con el uso del preservativo.

Por otro lado, se realizaron juegos de roles para que vivenciaran las actividades de manera personal (muy importante en las personas con discapacidad intelectual ya que ello permite una mayor interiorización de los conceptos). En este sentido, llevaron a cabo el “teatro de la fecundación” (actividad 18) en el que cada persona escenificaba un personaje que podía ser un espermatozoide, un óvulo, las trompas de Falopio, el pene, los ovarios o el útero y se interpretaba el proceso de la fecundación. Otra actividad fue “mi quiosco anticonceptivo” (actividad 22), en la cual cada vez uno de ellos escenificaba ser el vendedor y otro el comprador; el vendedor tenía que explicar las características del método anticonceptivo y el comprador tenía que preguntarle las dudas que le surgieran.

Otro aspecto a trabajar de vital importancia eran las habilidades sociales y la autoestima. Además de las actividades específicas llevadas a cabo para tal fin, como la actividad “habilidades sociales” en donde se escenificaban los distintos estilos de respuesta (agresivo, asertivo y pasivo) ante la petición de una relación sexual no deseada (actividad 32) y las actividades “ideal de belleza” (actividad 11), “jugar a ser modelos” (actividad 12) o “vamos de tiendas” (actividad 14), para trabajar la autoestima, ésta se trataba también de forma transversal a lo largo de todo el programa de intervención. Así se fomentaba el reforzamiento positivo en cada una de las actividades, favoreciendo a su vez, la participación de los mismos a lo largo de las sesiones.

De otro lado, conceptos como la orientación sexual o la masturbación también fueron temas que se abordaron continuamente debido a la gran cantidad de mitos en torno a los mismos; en actividades como “masturbación” (apéndice K, actividad 19), por medio de material audiovisual se explicaba la masturbación del hombre y la mujer. A lo largo del debate pudimos comprobar cómo algunos hombres y mujeres no se habían masturbado nunca. En el caso de los primeros, en su mayor parte motivados por los mitos existentes relacionados con la masturbación; en el de las mujeres, porque muchas de ellas no sabían ni como hacerlo y, además, lo consideraban, como ellas decían, “una cosa de hombres”. Con respecto al tema de la orientación sexual, además de la actividad llevada a cabo para concretar conceptos denominada “diferenciación de conceptos” (actividad 33) o “cuento (casi) como los demás” (apéndice N, actividad 36 y 36’), fueron continuas las intervenciones que surgieron, ya que eran habitual las connotaciones negativas relacionadas con la homosexualidad con el uso de términos como “maricón” o “tortillera”. También es cierto que era habitual escuchar bromear a algunos padres en torno a estos conceptos. Llama la atención observar cómo colectivos que luchan por la no discriminación no son capaces de darse cuenta que a su vez, ellos participan en la discriminación de otros grupos minoritarios.

Por otra parte, nos gustaría resaltar el módulo de comercialización y violencia sexual, ya que mediante algunas actividades detectamos que algunos de nuestros participantes no eran capaces de diferenciar lo que podría ser un abuso sexual de una simple caricia. Además, nos sorprendió cómo dos de nuestras participantes manifestaron haber sufrido abusos por parte de compañeros de la escuela. Llevamos a cabo una actividad denominada “violencia sexual” (actividad 37) en donde mediante artículos de prensa aprendían a diferenciar conceptos como el abuso sexual, acoso, violación, pornografía, malos tratos, etc. Sin embargo, fue la “carta de un abuso” (apéndice O, actividad 38) elaborada por nosotros para tal fin la que mayor interés despertó en nuestros participantes, quizás porque narraba el abuso sexual en personas con discapacidad intelectual y se sintieron más identificados. La actividad tuvo tal repercusión que al día siguiente contactaron algunos padres con nosotros para saber exactamente qué es lo que sus hijos les habían narrado.

Finalmente, nos gustaría destacar que algunas actividades estaban realizadas con el objetivo principal de repasar los conceptos mediante una actividad lúdica, como por ejemplo: “la ropa tendida” (actividad 40), el “juego de la fecundación” (apéndice M, actividad 23) y “juego de cartas” (apéndice N, actividad 31).

RESULTADOS ESTADÍSTICOS

En relación a los resultados obtenidos en el análisis llevado a cabo con los datos de nuestra investigación, en primer lugar, realizamos un análisis comparativo entre las medias y desviaciones típicas obtenidas antes y después de la intervención en el que se muestran el nivel de conocimientos previo y el adquirido en las tres variables de estudio en los cuatro grupos analizados.

En cuanto a la evaluación previa a la intervención, observamos cómo en las variables “Conocimientos sobre el SIDA” y “Conocimientos sobre el embarazo”, las personas con discapacidad intelectual son las que obtienen puntuaciones inferiores, seguidas del grupo de chicos del Centro de Inserción Laboral Valdocco. Asimismo, en la variable “Adopción de conductas de riesgo”, son éstos últimos los que obtienen las puntuaciones más bajas seguidos del grupo de alumnos de 3º de ESO. A su vez, se aprecia cómo es el grupo de alumnos de 4º de ESO el que obtiene las puntuaciones más altas. En cuanto a la evaluación llevada cabo después de la intervención, los resultados hallados nos muestran que las personas con discapacidad intelectual son las que obtienen las medias más altas, seguidas siempre del grupo de alumnos de 4º de ESO.

Una posible explicación a los resultados obtenidos en cada uno de los grupos de estudio la podemos encontrar en los efectos, ya comentados por algunos autores (Abbeduto, 1991; Sánchez, Botías e Higuera, 2002; Fierro, 1996), de la importancia de adaptar los programas de intervención a cada una de las poblaciones diana. En nuestro caso, utilizamos un programa estándar para todos los grupos menos para las personas con discapacidad intelectual. Dicho

programa, como hemos descrito en el Capítulo 5, nos ofrecía múltiples actividades que abarcaban una amplitud de temas. Sin embargo, los datos obtenidos revelan cómo son los chicos pertenecientes al Centro de Inserción Laboral Valdocco (recordemos que son personas que abandonaron la escuela después de su fracaso escolar), las que nuevamente tras la intervención obtienen las puntuaciones más bajas. También explicaría por qué son las personas con discapacidad intelectual las que obtienen las puntuaciones más altas, ya que su programa fue adaptado a su nivel de comprensión, corroborando nuevamente que no es tan importante qué educación es la que se ofrece sino cómo se imparte la misma.

Cuando llevamos a cabo la comparación pre-post en cada uno de los grupos, observamos cómo todos obtienen mayores puntuaciones en todas las variables de estudio exceptuando el grupo de chicos del Centro de Inserción Laboral de Valdocco, en el cual, a pesar de no obtener los resultados esperados, se observa un discreto incremento en las variables “Conocimientos sobre el SIDA” y “Adopción de conductas de riesgo” aunque, a su vez, un descenso en las respuestas correctas en la variable “Conocimientos sobre el embarazo”. Los resultados en esta última pueden ser debidos a los estereotipos de género, en donde son las mujeres las responsables del embarazo, como veremos a continuación cuando interpretemos los resultados comparativos entre ambos sexos. Teniendo en cuenta que los participantes de dicho grupo eran todos hombres, quizás despertara menos su interés y no prestaran tanta atención a los contenidos expuestos en dicho módulo de trabajo.

Tampoco obtenemos diferencias estadísticamente significativas en el grupo de alumnos de 3º de ESO en la variable “Adopción de conductas de riesgo”, aunque sí se aprecia un ligero incremento en las respuestas acertadas. La explicación posible podría estar relacionada con la variable edad. Así, aunque el grupo de alumnos de 3º y 4º de ESO sean muy parecidos en cuanto a su edad y nivel educativo, sin embargo, en este período del desarrollo existe una percepción subjetiva entre los jóvenes que interpretan que el hecho de estar en 4º de ESO, no sólo implica la finalización de un ciclo educativo, si no que, a su vez, también es vivido como la finalización de un período del ciclo vital. Los participantes del grupo de 3º de ESO verían como más lejanas algunas prácticas sexuales y, por tanto, las consecuencias de las mismas. El grupo de alumnos de 4º de ESO obtiene siempre las puntuaciones más elevadas tanto en la fase previa como en la post-intervención. En esta ocasión se manifiesta que, aunque como ya hemos comentado, la educación sexual integral no se les haya ofrecido en su entorno escolar, sin embargo, su mayor nivel educativo en cuanto a mayores conocimientos de conceptos biológicos y, quizás la influencia de la educación entre los iguales, queda manifiesto en los resultados obtenidos. No obstante, hay que tener en cuenta que puede ser “un arma de doble filo”, ya que puede potenciar el desarrollo en los jóvenes de actitudes y comportamientos definidos por mitos y falsas creencias.

Comparando los resultados obtenidos en función del sexo se puede observar la existencia de diferencias antes y después de la intervención entre mujeres y hombres, obteniendo

mayores puntuaciones las mujeres en ambas evaluaciones. Esto puede ser debido al mayor interés que muestran, debido al concepto erróneo que existe en torno al concepto de sexualidad como reproducción, por el cual se le otorga una mayor responsabilidad a la mujer (al ser ella la que puede quedarse embarazada, se considera el embarazo un problema de este sexo). No obstante, aunque sean las mujeres quienes manifiestan un mayor conocimiento de la sexualidad, en general, la mejora en ambos grupos en los conocimientos sobre aspectos sexuales aporta datos muy positivos a nuestra intervención.

Con respecto a la comparación una vez realizada la intervención, se observa que en la variable "Adopción de conductas de riesgo", es donde las mujeres obtienen los peores resultados en contraposición a los hombres (donde se advierte una mejora más sustancial en sus medias). Recordemos que esta variable está relacionada directamente con conductas positivas ante el uso del preservativo como medio para la prevención del embarazo y de las enfermedades de transmisión sexual. Esto nos hace reflexionar que la defensa realizada por nosotros a lo largo de nuestro trabajo en torno a la adaptación de programas de intervención no sólo tendría que aplicarse a distintos niveles educativos o culturales, si no que quizás también se deberían adoptar planteamientos educativos en donde se generen programas de intervención que planteen módulos específicos para ambos sexos. Aunque en ambos sexos se detectan necesidades que tienen una base común, al mismo tiempo presentan una serie de objetivos específicos que serían necesario trabajar desde distintas perspectivas de género abordando actitudes que se encuentran presentes en mitos y falsas creencias que están inmersas en nuestra cultura y que son la base fundamental de muchos de los comportamientos de nuestros jóvenes.

En los últimos tiempos, debido a la detección de las consecuencias e implicaciones sociales que tienen tanto para la identidad pública como para la privada el comportamiento sexual de los jóvenes, las publicaciones sobre el SIDA o el VIH han prestado especial atención a determinadas conductas sexuales como, por ejemplo, la elección de mantener o no relaciones sexuales o el uso del preservativo (Kippax, Crawford, Waldby y Benton, 1990; Kirby, 1985; Moore y Rosenthal, 1990; Thomson, 1994). En el trabajo llevado a cabo en Inglaterra denominado "Mujeres, riesgo y el proyecto de SIDA" (Thomson y Scout, 1991) se estudió a 500 chicas de 16 a 21 años en donde se analizó la opinión de las participantes sobre la educación sexual recibida. La crítica más frecuente sobre la educación sexual en el medio escolar era que la educación recibida no guardaba ninguna relación con las posibilidades reales y las presiones relacionadas con respecto a la salud sexual de las chicas. Las participantes del estudio criticaban la insistencia en la biología de la reproducción sin tener en cuenta el contexto en el que se produce el comportamiento sexual ni las consecuencias personales y sociales de tal comportamiento.

Esto también subraya la importancia de las diferencias entre ambos sexos a la hora de impartir educación sexual. En el estudio llevado a cabo por ONUSIDA en 1996 se observó

que sólo en el distrito Masaka de Uganda, la prevalencia del VIH en muchachas de edades comprendidas entre los 13 y los 19 años era 20 veces superior a la de los muchachos de esas edades. Pero lo más importante de todo es que el mayor riesgo no sólo procede de la vulnerabilidad física sino también de la social. A menudo, la responsabilidad en materia de anticoncepción y protección frente a las ETS corresponde a la mujer. Esto es así incluso cuando se utilizan preservativos, pese a tratarse de un medio profiláctico más controlado por el hombre. Los mensajes en ese sentido utilizan el estereotipo de que la mujer es responsable de su conducta sexual y también de la de su pareja. A su vez, de una manera implícita se le pide a la mujer que abandone el estereotipo de pasividad que se le atribuye en las relaciones sexuales y que oriente la actividad sexual de manera que se puedan evitar los riesgos de transmisión de enfermedades y embarazos no deseados (Waldby, Kippax y Crawford, 1993; Lever, 1995; Thomson y Scott, 1991).

Los profesionales debemos trabajar con los jóvenes estas actitudes contradictorias que envuelven a la mujer, quien debe asegurar el uso del preservativo o el rechazo a las relaciones de riesgo cuando, su papel tradicional de pasividad ha sido legitimado culturalmente en la mayoría de las sociedades. Hemos de detenernos en analizar este dato ya que es de gran importancia, pues, en algunas ocasiones, los modelos que actualmente definen la vida sexual de los jóvenes son opuestos a los valores transmitidos mediante la educación formal y, sobre todo, la informal o incidental.

Si traemos a colación los ítems del Bloque 4 del cuestionario (Adopción de conductas de riesgo) podemos ilustrar lo anteriormente expuesto. Así, cuatro de estos ítems *“me daría vergüenza comprar preservativos”, “no llevo o llevaría encima preservativos porque eso es señal de “ser más fácil”, “estoy dispuesto/a o estaría dispuesto/a a mostrarme a favor del uso de preservativo ante mi grupo de amigos/as”* o *“no compro o no compraría preservativos porque me da vergüenza”*, resulta más probable que sean aceptados de una manera más positiva por el hombre, ya que llevan asignados una serie de matices que a nivel cultural están *“mejor vistos”* por la sociedad como comportamientos más apropiados para el hombre. Los hombres de la población juvenil presumen delante de su grupo de iguales de una mayor *“virilidad”* por llevar preservativos en la cartera o por ir a comprarlos, cosa que en nuestra sociedad es criticado si es llevado a cabo por las mujeres. Lo que nos queda claro es que en próximas intervenciones tendremos que incidir aún más en el uso del preservativo por ambos sexos como algo natural y normal.

Los datos obtenidos por nuestro trabajo también son apoyados por una investigación llevada a cabo en la comunidad autónoma de Andalucía por Bimbela (2002), en donde afirma que son las chicas las que tienen más conocimientos, pero también las que en mayor medida sobrevaloran los riesgos, tienen una visión más desgenitalizada de la sexualidad y son más conscientes de que la *“confianza en la pareja”* no previene del contagio de ETS. Además, tienen menor número de parejas y en mayor medida las definen como pareja habitual. No obstante, este autor advierte que, en relación al tipo de pareja, los datos muestran que en la

medida en que se identifican las relaciones dentro del marco de “ocasionales”, se da una mayor frecuencia en la utilización del preservativo.

Con respecto a los resultados obtenidos relacionados con las prácticas sexuales de los jóvenes (antes y después de la aplicación del programa de educación sexual), se puede apreciar cómo nuestro trabajo obtiene resultados muy parecidos a otras investigaciones realizadas a nivel mundial. Entre los datos más relevantes hallados en nuestro estudio destacamos la diferencia estadísticamente significativa encontrada en el grupo de chicos del Centro de Inserción Laboral Valdocco con respecto a las personas con quienes dicen afirmar haber mantenido relaciones sexuales, observándose una frecuencia menor de la esperada en la post-intervención en la opción “con amigos o conocidos”. Esto puede ser debido a que muchos de los participantes pertenecen a familias desestructuradas en donde los vínculos de apego establecidos en muchas ocasiones son escasos o inexistentes, no llegando a diferenciar el tipo de relación que establecen con las personas. En los módulos de nuestra intervención relacionados con los tipos de amor se hizo especial hincapié en la diferenciación de los distintos tipos de amor que establecemos con las personas del entorno y, por tanto, del vínculo de apego que se establece con ellos. Esta circunstancia puede haber llevado a la diferenciación entre “ser colega” y “ser pareja”, explicando el hecho de que al finalizar la intervención se modificaran las respuestas sobre las personas con las que tienen relaciones sexuales.

Otro de los resultados estadísticamente significativos corresponde al grupo de personas con discapacidad intelectual quienes, una vez finalizada la intervención, incrementan la consideración del preservativo como el mejor método para la prevención de embarazos y ETS, en detrimento de los resultados obtenidos en la pre-intervención, donde se apostaba por el “coito interrumpido” como método más fiable. Nuevamente observamos un dato muy positivo con respecto a los resultados obtenidos con la adaptación de nuestro programa de educación sexual.

De otro lado, creemos importante detenernos en los datos hallados con respecto a la frecuencia de las prácticas masturbatorias y la frecuencia de las relaciones sexuales. En este sentido, no se ha producido ninguna modificación en la frecuencia de las mismas, lo que nuevamente pone en tela de juicio la defensa de la abstinencia como método de prevención y la argumentación de que la educación sexual despierta la curiosidad de los jóvenes y es la promotora de un mayor establecimiento de relaciones sexuales y conductas de riesgo (Clarke, 1985; Grunseit, 1994; Sathe, 1994; Whitehead, 1994). Diferentes investigaciones realizadas en distintos países (al igual que la llevada a cabo por nosotros) contradicen estos argumentos. Para evaluar los efectos de la educación sobre la salud sexual y el VIH/SIDA en el comportamiento sexual de los jóvenes, el Departamento de Política, Estrategia e Investigación del ONUSIDA (1997) realizó un análisis completo de las publicaciones existentes. De los 53 estudios que habían evaluado intervenciones específicas, 27 concluían que la educación sobre

salud sexual y el VIH/SIDA, ni aumentaba ni disminuía la actividad sexual ni las tasas resultantes de embarazos y enfermedades de transmisión sexual (ETS). De los estudios, 22 señalaban que la educación en materia de VIH y/o salud sexual, retrasaban el comienzo de la actividad sexual o reducían el número de parejas o las tasas de embarazos no deseados y de ETS. Tan sólo tres estudios recogían un aumento de actividad sexual en asociación con la educación sobre salud sexual. Por consiguiente, se han encontrado pocas pruebas para apoyar la afirmación de que la educación sexual promueve una mayor actividad sexual en los jóvenes.

Otro estudio aportado por la Organización Mundial de la Salud en 1997, sostiene que no existe ningún dato que corrobore el argumento de que la educación sexual promueve la experimentación sexual o una mayor actividad sexual. Después de analizar más de 1.000 informes sobre programas de educación sexual de todo el mundo, las conclusiones a las que se llegaron fueron, entre otras, que los cursos de educación sexual no llevaron al inicio temprano de las relaciones sexuales y que, incluso en algunos casos, las retrasaron.

Las investigaciones que corroboran que los programas de intervención retrasan la edad de inicio de las relaciones sexuales argumentan que dichos programas pueden dotar a los jóvenes de las estrategias necesarias para postergar el inicio de la relación sexual (Baldo, Aggleton y Slutkin, 1993; Grunseit y Kippax, 1993). En Estados Unidos se llevó a cabo una intervención en las escuelas de secundaria que consistió en un curso de 15 horas de duración denominado "Cómo reducir el riesgo", en el que sólo el 29% del grupo de participantes iniciaron su relación sexual 18 meses más tarde de haber finalizado el curso, en comparación al 38% del grupo que no lo habían realizado (Kirby, Barth, Leland y Fetro, 1991). A su vez, un aspecto importante de curso es que ayudó a los participantes a decir "no" a las relaciones sexuales no deseadas.

En un segundo programa estadounidense denominado "Cómo postergar las relaciones sexuales" llevado a cabo en 1983, se llevó a una intervención entre niños y niñas de 13 a 14 años. Al inicio de la misma se les preguntó a los participantes acerca de sus necesidades concretas, respondiendo aproximadamente el 84% de las niñas que deseaban saber cómo decir "no" a las relaciones sexuales sin herir los sentimientos de la otra persona y poder ser abandonadas (Howard y McCabe, 1990), adaptándose el programa para cubrir dichas necesidades. Otros estudios de programas de intervención de las mismas características desarrollados en México y Estados Unidos revelan que los participantes no comienzan a practicar el coito antes que los demás jóvenes (Dawson, 1986; Kirby, Short, Collins, Rugg, Kolbe, Howard, Millar, Sonenstein y Zabin, 1994; Pick de Weiss, Diaz, Andrade Palos y David, 1990).

Por nuestra parte, esta investigación muestra cómo no se ha producido ninguna modificación de la frecuencia en las relaciones sexuales, tal y como corroboran distintos trabajos llevados a cabo en varios países. En Australia, Suiza, Tailandia y los Estados Unidos, las evaluaciones han mostrado que los programas destinados a informar a los adultos jóvenes

sexualmente activos acerca de los anticonceptivos no contribuyen a aumentar la frecuencia coital ni el número de compañeros sexuales (Grunseit y Kippax, 1993; Hausser y Michaud, 1992). Además, la provisión de servicios de información sobre educación sexual en los colegios o institutos o lugares cercanos a ellos no contribuyeron a incrementar la actividad sexual sino que, en algunos casos, retrasaban la edad de iniciación sexual (Kirby, Short, Collins, Rugg, Kolbe, Howard, Millar, Sonenstein y Zabin, 1994; Kirby, Waszak y Ziegler, 1991; Zabin, Hirsch, Smith, Streect y Hardy, 1986). No obstante, para corroborar con más firmeza este dato, tendríamos que volver a realizar nuevas evaluaciones al respecto, ya que nuestro retest se realizó sólo un mes después de la implantación del programa.

Con respecto a los resultados obtenidos en relación a los métodos anticonceptivos considerados por los jóvenes como más fiables para la prevención de riesgos y embarazos, en su mayoría, los datos aportados por algunas investigaciones manifiestan que se obtienen resultados menores a los esperados en cuanto al aumento del uso de anticonceptivos fiables. En un estudio realizado en Suiza se encontró que el uso regular de preservativos aumentó entre los jóvenes después de una campaña de información sobre el SIDA a través de presentaciones en las escuelas, servicios de consulta telefónica, una red de internet y exposiciones en las ferias de los pueblos, pero sólo después de la primera vez que los jóvenes habían tenido relaciones sexuales con una nueva pareja. Entre las jóvenes, las usuarias regulares de preservativos aumentaron de 71% a 77% y entre los jóvenes, de 38% a 54% (Hausser y Michaud, 1992; Pick de Weiss y Townsend, 1989). En varios programas de educación para la vida familiar se encontró que es más probable que los programas influyan en el uso de los anticonceptivos siempre y cuando se les informe a los jóvenes antes de haber comenzado su primera relación sexual. En México, por ejemplo, de 1.632 jóvenes sin experiencia sexual, 82% de las chicas y 55% de los chicos que asistieron a un programa de educación para la vida familiar usaron anticonceptivos cuando comenzaron a tener relaciones sexuales, en comparación con 75% de las chicas y 32% de los chicos que no participaron de dichos programas (Pick de Weiss y Townsend, 1989). Por otra parte, en dicho estudio y en dos estadounidenses, la educación para la vida familiar no influyó en el uso de anticonceptivos entre los estudiantes que ya eran sexualmente activos cuando participaron en el programa de educación sexual (Howard y McCabe, 1992, Kirby, Barth, Leland y Fetro, 1991; Pick de Weiss, Díaz Living, Andrade Palos y David, 1990; Pick de Weiss y Townsend, 1989).

Con respecto al uso de anticonceptivos, hemos sido testigo de muchos debates para intentar explicar por qué los jóvenes siguen haciendo tan poco uso de ellos. Uno de los argumentos propuestos en relación al preservativo (cuya utilización es el objetivo principal de la mayoría de las campañas) es el precio del mismo. Creemos que es necesario intentar acercar su precio al nivel económico de los jóvenes. Algunos políticos opinan que sería importante llevar cabo una política central de los países con campañas de reducción de impuestos que ayudaran al descenso de los precios. Por otro lado, otros opinan que el uso del preservativo es actitudinal y que los jóvenes siguen sin preocuparse por las consecuencias que pueden

conllevarles las relaciones sexuales sin precaución, prueba de ello es que el alcohol y las drogas son aún más caros y, sin embargo, el consumo en los jóvenes aumenta considerablemente.

Seguidamente, en la Tabla 117 se muestran las características de algunos programas de intervención y los resultados obtenidos que apoyan los argumentos expuestos anteriormente que corroboran los resultados obtenidos en nuestra investigación.

Tabla 117: Programas de educación sexual

Autor	Ambito de investigación	Objetivos	Resultados
Benavente et al (1995)	Mundial	Revisión de diversos programas, entre ellos proyectos de universidades, escuelas, hospitales y centros de salud y otros.	Algunos programas aumentaron: - El número de sesiones de orientación - Los envíos a centros de atención de salud reproductiva, - La participación en programas de educación para la vida familiar (EVF) - La provisión de información a estudiantes universitarios.
Grunseit y Kippax (1993)	Mundial	Se revisaron 39 estudios que evaluaron el efecto del programa en la iniciación o frecuencia de las relaciones sexuales	Ningún estudio mostró aumento de la frecuencia del coito o iniciación sexual más temprana.
Howard y McCabe (1990, 1992)	EEUU	Programa titulado "Postergación de la participación sexual". Encuesta posterior al programa de 395 estudiantes de secundaria y de 141 controles.	Retraso del primer coito entre los que no eran aún sexualmente activos cuando participaron en el programa. No hubo ningún efecto en el comportamiento de los estudiantes que ya eran sexualmente activos.
Kirby et al. (1991)	EEUU	Programa titulado "Cómo reducir el riesgo". Se realizaron encuestas anteriores y posteriores al programa. 429 estudiantes de secundaria y 329 controles	Ningún aumento en la frecuencia de las relaciones sexuales. Ningún efecto en el uso de anticonceptivos
Pick de Weiss et al. (1990)	México	Encuesta de 392 mujeres menores de 20 años que participaron en varios cursos de EVF	No aumento del número de relaciones sexuales. Mayor conocimiento sobre la prevención del embarazo y obtención de anticonceptivos cuando los cursos trataban sobre estos temas.
Zabin et al. (1986)	EEUU	Se realizaron cuatro encuestas de estudiantes en dos escuelas que tenían servicios para atender las necesidades en temas de sexualidad y dos sin estos servicios	Mayor conocimiento y actitudes positivas hacia la prevención del embarazo en las escuelas con los servicios de atención. Retraso del primer coito. Mayor uso de servicios anticonceptivos.
Hausser y	Surza	Encuesta llevada cabo en 1.359	Ningún cambio en la frecuencia

Michaud (1992)		jóvenes antes de una campaña de alerta sobre el SIDA por numerosos medios de difusión y de 817 jóvenes después de la campaña, en la que se hicieron presentaciones en las escuelas, se estableció una red de internet, se recibieron consultas telefónicas directas y se emplearon otros medios de difusión.	del coito. No aumentó el número de compañeros sexuales. Mayor uso del condón después del primer contacto sexual con un nuevo compañero.
Pick de Weiss y Townsend (1989)	México	Programa titulado "Planeando tu vida". Encuesta anterior y posterior al programa de 1.076 estudiantes de secundaria que participaron en el programa y de 556 que no lo hicieron	Mayor conocimiento, Mayor uso de anticonceptivos entre los estudiantes que participaron antes de mantener relaciones sexuales. Ningún efecto en la edad de iniciación sexual.
McCombie et al. 1992	Ghana	Encuestas de 1.500 adultos jóvenes antes y después de una campaña de alerta sobre el SIDA por distintos medios de difusión en la que se empleaban espacios televisivos, libros con tiras cómicas y carteles.	Mayor conciencia y conocimiento del SIDA.

Como comentábamos en el Capítulo 5, entre las adaptaciones que consideramos necesarias en el cuestionario de evaluación utilizado para las personas con discapacidad intelectual se encontraba adjuntar varias preguntas abiertas de carácter más específico en cuanto al concepto del SIDA y a los conocimientos sobre prevención del embarazo. Teniendo en cuenta que estamos hablando de temas muy complejos y abstractos y, como ya nos indicaban Verdugo y Canal (1995), teniendo en cuenta la dificultad que estos participantes tienen en la comprensión de este tipo de aprendizajes, realizamos estas preguntas de carácter abierto. De esta forma, en primer lugar, podían expresarse más libremente y apoyarse en expresiones más largas y ejemplos que les hicieran más fácil su explicación y, a su vez, a nosotros nos ayudaría a saber si realmente habían adquirido el significado del concepto. De ahí que las categorizaciones de las respuestas relacionadas con el SIDA se realizase según el criterio de conceptos más generales a conceptos más específicos. La primera clasificación que utilizamos fue para determinar si sabían qué era el SIDA, observándose cómo los participantes del programa obtienen diferencias significativas tras la intervención, aumentando sus respuestas acertadas en la evaluación final.

Asimismo, aunque no existen diferencias significativas en el concepto de SIDA como enfermedad, sin embargo, sí se aprecia un discreto aumento en aquellas respuestas que manifiestan que el SIDA es una enfermedad, al mismo tiempo que un ligero descenso en aquellas respuestas que tienen contenidos erróneos, carentes de sentido o simplemente que no saben lo que es.

Tampoco encontramos diferencias significativas en cuanto a la tipología de la enfermedad del SIDA aunque también podemos apreciar un descenso de respuestas en los participantes que no sabían qué era el SIDA y un aumento de respuestas que describen el SIDA como una enfermedad de transmisión sexual o del sistema inmunológico.

Con respecto al conocimiento de las vías de transmisión de esta enfermedad, sí encontramos diferencias significativas tras su participación en el programa educativo, observándose que, a diferencia de los resultados obtenidos en la fase previa a la intervención, el número de personas que ofrecen respuestas correctas y completas aumentan considerablemente, al mismo tiempo que desciende el número de personas que no saben lo que son las vías de transmisión.

En este punto, nos gustaría resaltar uno de los resultados más llamativos obtenidos en el análisis de estas cuestiones. Nos referimos al hecho de que, tras realizar la intervención, no existe ningún participante que emita una respuesta sobre el SIDA basada en los múltiples mitos que existen relacionados con el mismo. Como hemos insistido en varias ocasiones a lo largo de este trabajo, es un dato muy positivo, ya que los comportamientos sexuales de los jóvenes están condicionados en muchas ocasiones por esas falsas creencias.

Por otra parte, en relación a la prevención del embarazo en personas con discapacidad intelectual, se producen nuevamente diferencias significativas antes y después de la intervención. De hecho, aumenta el número de respuestas correctas y completas y disminuye el número de personas que manifiestan no saber cuáles son los métodos existentes para la prevención del embarazo. Por tanto, una vez más, los resultados apoyan los beneficios de las adaptaciones de los programas, reforzando los óptimos resultados de esta investigación.

Finalmente, hemos realizado un análisis discriminante, técnica de análisis multivariante que es capaz de determinar qué variables permiten diferenciar a los grupos y cuántas de dichas variables son necesarias para alcanzar la mejor clasificación posible. A su vez, nos permite clasificar nuevos casos como pertenecientes a un grupo u otro. El uso de este análisis nos parece de gran relevancia ya que, como hemos defendido a lo largo de nuestro trabajo, es fundamental conocer los conocimientos de los que parten las personas que van a participar en un programa de intervención para poder adaptarlo a las características de las mismas. A su vez, nos sirve para valorar las modificaciones necesarias, en el caso que así fuera, que tendríamos que considerar en el instrumento de evaluación para mejorar sus propiedades en futuros estudios.

En relación al análisis discriminante llevado a cabo en la fase previa a la intervención, se aprecia cómo el número de casos válidos para el análisis han sido todos los participantes incluidos en el estudio. Con las variables seleccionadas (“Conocimientos sobre el SIDA”, “Conocimientos sobre el embarazo” y “Adopción de conductas de riesgo”) se han obtenido

tres funciones discriminantes, aunque es la primera la que aporta la mayor diferenciación entre los cuatro grupos, explicando un 72'8% de la variabilidad de los datos.

Una vez llevado a cabo el resumen de los pasos realizados en la construcción de la función discriminante, observamos que se han utilizado 10 pasos, de un total de 46 permitidos. De los 23 ítems originales, han sido incorporados 10, lo que implica que son éstos los que diferencian a los grupos de participantes en las categorías creadas. De los 10 elementos que más discriminan entre los grupos, siete de ellos pertenecen al Bloque de "Conocimientos sobre el SIDA", uno al de "Conocimientos sobre el embarazo" y, finalmente, dos corresponden al Bloque "Adopción de conductas de riesgo".

Los coeficientes estandarizados y las correlaciones de estructura han sido los métodos utilizados para determinar la importancia relativa de cada variable. Mediante los primeros, se advierte que es el ítem 8 ("si te ponen sangre de otra persona ¿te pueden pegar el SIDA?"), el que representa la mayor ponderación relativa, seguido de los ítems 13 ("si bebes de un vaso que haya usado otra persona que tenga el virus ¿te pueden pegar el SIDA?"), 1 ("la mejor manera de que no te peguen el virus del SIDA es poniéndote un condón cuando tienes relaciones sexuales"), 5 ("sólo las personas que toman drogas y que tienen el virus del SIDA pueden pegar el SIDA") y 16 ("haciendo el amor en algunas posturas (de pie, sentada, etc.) la chica no se puede quedar embarazada"), con casi la misma contribución a la capacidad discriminante de esta función. Por su parte, las correlaciones de estructura insisten en el mayor peso que aportan los ítems 13, 16, 1 y 8 a la primera función discriminante.

Respecto a la clasificación que realiza el análisis discriminante, creemos que las predicciones no son demasiado satisfactorias, ya que permiten clasificar al 65'4% de los casos agrupados originales. Con respecto a los diferentes grupos muestrales, observamos cómo sólo el 41'2% del Grupo 1 (chicos del Centro de Inserción Laboral Valdocco) está clasificado dentro de su grupo y el 24'7% (alumnos de 3º de ESO) del Grupo 2. Los mejores clasificados son el Grupo 3 (alumnos de 4º de ESO) y 4 (personas con discapacidad intelectual), con un 86'9% y 83'8% (respectivamente). Ello nos indica que, según los conocimientos evaluados mediante las respuestas aportadas en el cuestionario, son los Grupos 1 y, sobre todo, el Grupo 2, los que más se pueden confundir como integrantes de otros grupos.

Una vez realizado el programa de intervención, procedimos nuevamente a realizar el análisis discriminante para observar si se había producido alguna modificación debido a la aplicación del programa de educación sexual. En este caso, también se han obtenido tres funciones discriminantes, siendo la primera la más significativa, aunque en esta ocasión, sólo explica el 53'9% de la variabilidad de los datos.

Tras efectuar el resumen de los pasos realizados en la construcción de la función discriminante, se han utilizado siete pasos del total permitido (40). En este caso, de los 23 ítems totales, se han incorporado siete, de los cuales cuatro corresponden al Bloque

“Conocimientos sobre el SIDA”, dos a “Conocimientos sobre el embarazo” y uno de ellos al Bloque “adopción e conductas de riesgo”.

En relación a la metodología utilizada para determinar la importancia relativa de cada variable, en primer lugar, con respecto a los coeficientes estandarizados, es el ítem 2 (“para que no te peguen el virus del SIDA el condón de la mujer es igual de bueno que el condón que usa el hombre”) el que representa la mayor ponderación relativa, seguido del ítem 8 (“si te ponen sangre de otra persona ¿te pueden pegar el SIDA?”) y 14 (“se le das un besos a una persona que tenga el virus del SIDA ¿puedes coger el SIDA?”) con casi la misma contribución a la capacidad discriminante de esta función. Por su parte, las correlaciones de estructura manifiestan el mayor peso aportado a la primera función discriminante por los ítems 2, 14 y 8 en la post-intervención.

Respecto a la clasificación que realiza el análisis discriminante tras la aplicación del programa de educación sexual, las predicciones no han variado con respecto a la fase de preintervención, permitiendo clasificar el 65'3% de los casos agrupados originales. En relación a los diferentes grupos muestrales, observamos cómo sólo el 70'6% del Grupo 1 están clasificados dentro de su grupo y sólo el 39'87% del Grupo 2; los mejores clasificados son el Grupo 3 (con un 72'5%) y el Grupo 4 (con un 94'6%). Nuevamente son los Grupos 3 y 4 los mejor pronosticados.

Por último, tras analizar ambos discriminantes, podemos concluir que, para futuras investigaciones, uno de los retos a afrontar será la evolución de los contenidos de los programas de educación sexual, en el sentido que, tal vez, deba pasar necesariamente por utilizar preguntas abiertas (por ser las que mejor ayudan a detectar tanto los conocimientos reales como las carencias existentes).

CONCLUSIONES

En función de las hipótesis propuestas, tras el análisis de los resultados obtenidos en la presente investigación podemos extraer las siguientes conclusiones:

1. En la fase pre-intervención se encuentran diferencias estadísticamente significativas en función del nivel educativo los conocimientos sobre el SIDA y embarazo, siendo los alumnos de 4º de ESO los que obtienen puntuaciones más elevadas en ambas variables. En cuanto a los conocimientos sobre conductas de riesgo no hay diferencias estadísticamente significativas, siendo los grupos de 3º de ESO y Centro de Inserción Laboral de Valdocco los que presentan las puntuaciones más bajas.
2. En la fase post-intervención no se encuentran diferencias estadísticamente significativas en función del nivel educativo en los conocimientos sobre el SIDA, embarazo y conductas de riesgo, siendo las personas con discapacidad intelectual las que manifiestan una mayor puntuación en las tres variables.

3. En todos los grupos muestrales aparecen diferencias estadísticamente significativas pre-post intervención en las variables conocimientos sobre el SIDA y conductas de riesgo, siendo las mayores puntuaciones las obtenidas en la fase de post-intervención. En lo referente a los conocimientos sobre el embarazo, aparecen diferencias estadísticamente significativas en todos los grupos muestrales excepto el grupo de 3º de ESO que obtiene puntuaciones más bajas una vez realizada la intervención.
4. En la fase pre-intervención ambos sexos difieren en los conocimientos sobre el SIDA, embarazo y conductas de riesgo; las mayores puntuaciones corresponden a la mujeres.
5. En la fase post-intervención ambos sexos difieren en los conocimientos sobre el SIDA, embarazo y conductas de riesgo; las mayores puntuaciones corresponden a las mujeres.
6. En el grupo de hombres aparecen diferencias estadísticamente significativas pre-post intervención en cuanto al nivel de conocimientos sobre el SIDA, embarazo y conductas de riesgo. Las puntuaciones alcanzadas son superiores en la fase post-intervención.
7. En el grupo de mujeres aparecen diferencias estadísticamente significativas pre-post intervención en cuanto al nivel de conocimientos sobre el SIDA, embarazo y conductas de riesgo. Las puntuaciones alcanzadas son superiores en la fase post-intervención.
8. De todos los grupos de estudio en la fase de pre-intervención no son la personas con discapacidad intelectual las que presentan una mayor frecuencia en las relaciones coitales, siendo Los alumnos del Centro de inserción Laboral de Valdocco los que presentan una mayor frecuencia. Con respecto a las conductas masturbatorias son las personas con discapacidad intelectual las que presentan una mayor frecuencia.
9. En la fase de pre-intervención son las personas con discapacidad intelectual y el grupo de 4º de ESO los que informan de una mayor frecuencia de contactos sexuales no deseados.
10. La aplicación del programa de educación sexual no incide en ninguno de los grupos muestrales en el incremento de la conductas masturbatorias ni de las relaciones coitales.
11. La aplicación del programa de intervención no incide en los grupos de 4º de ESO, 3º de ESO y Centro de Inserción Laboral de Valdocco en cuanto al aumento del uso de métodos anticonceptivos; por el contrario, si incide en las personas con discapacidad intelectual.

VALORACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Para finalizar, realizaré una reflexión sobre las limitaciones y los retos para futuras investigaciones, así como lo que ha supuesto para mí tanto a nivel académico como personal la realización de este trabajo.

En primer lugar, resaltar que mediante el presente estudio se han obtenido una serie de resultados que, desde nuestro punto de vista, abren paso a planteamientos concretos desde los cuales seguir investigando y contribuyendo a mejorar la calidad de vida y, lo que es más importante, el disfrute de los derechos de las personas con discapacidad intelectual.

En lo referente al número de personas que componen la muestra decir que, a pesar de que para algunos investigadores sería necesario hacer uso de una muestra mayor de personas con discapacidad intelectual, para nosotros ha sido un logro el número de participantes obtenidos debido a todas las limitaciones expuestas a lo largo de este trabajo que conlleva conseguir una muestra de estas características y, sobre todo, para abordar un tema como la sexualidad.

Hemos de resaltar la difícil y desfavorecida situación que presentan algunos colectivos en nuestra sociedad actual en donde se evalúan, entre otros, los resultados académicos, la apariencia física o el poder económico, rigiéndonos por el criterio de *“ser el mejor”, “el más guapo”, “el más listo”, “el que tiene los juguetes más caros”,* etc. Las personas con discapacidad intelectual saben que no pueden competir en esta lucha de carreras de obstáculos, ya que ellos ya nacen predispuestos a no ser competitivos, en primer lugar, por sus propias limitaciones; en segundo lugar, por los estigmas que la sociedad les impone, sin olvidarnos de que la sociedad somos cada uno de nosotros. A su vez, nos enfrentábamos a otro tema que está lleno de controversias y tabúes, como es el tema de la sexualidad, el cual, a pesar de estar presente en nuestro día a día, en los medios de comunicación, en los múltiples comentarios risorios que hacemos en grupo y, lo que es más importante, en nuestra persona desde que nacemos hasta que morimos, parece que está protegido de toda evolución en una cultura en donde se avanza y se retrocede sin lógica aparente.

El planteamiento de esta investigación suponía un reto difícil de superar, pero a la vez necesario para poder participar con nuestro granito de arena en contribuir, aunque suene a utópico, a la construcción de una sociedad más plural, más abierta, más democrática, una sociedad que aproveche plenamente el potencial de cada uno de sus integrantes, especialmente el de las personas con discapacidad intelectual. A su vez, mi contacto con la población seleccionada, sus demandas, las demandas de algunos padres y las necesidades detectadas me llevó a entender que necesitaban disfrutar libremente de su sexualidad y que, por ello, era necesario que los especialistas nos pusiéramos manos a la obra en esta labor tan bonita y a la vez tan ardua.

Otra de las grandes y principales limitaciones de las que hemos hecho mención de manera reiterada por lo importante de su aportación a esta investigación, es la escasez de estudios llevados cabo. Si bien existen investigaciones a nivel nacional e internacional que evalúan los conocimientos sexuales de la población juvenil, sin embargo, cuando nos referimos a personas con discapacidad intelectual existen escasas investigaciones y éstas se refieren más a descripciones de estilos de vida como, por ejemplo, el estudio ya referido sobre el número de personas con discapacidad intelectual que han contraído matrimonio. Sin embargo, no existen investigaciones en donde se hayan realizado intervenciones de educación sexual en esta población y, mucho menos, comparaciones con grupos de personas sin discapacidad intelectual.

A su vez, un obstáculo encontrado ha sido el control excesivo al que nos hemos visto sometido por parte de algunos padres que manifestaban la manera en que para ellos era más correcto el desarrollo de la intervención, argumentando que aunque no tenían estudios, su experiencia como padres les hacía comprender mejor las necesidades reales de sus hijos. En todo momento fueron informados pero, en algunas ocasiones, a pesar de que ellos decidieron la participación de sus hijos de manera voluntaria, no entendían que se les impartieran conocimientos más allá de la prevención de embarazos, abusos y de las enfermedades de transmisión sexual. Constantemente tuvimos que estar explicando la importancia de los contenidos expuestos y la necesidad de los mimos. Evidentemente, esto nos hace ver la importancia para próximas investigaciones de la realización conjunta de programas de intervención a todas las personas del entorno como padres y otros profesionales. Asimismo es primordial que desarrollemos campañas de sensibilización de una cultura social de apoyo a la investigación en donde se refuercen la relevancia de las aportaciones de los profesionales que trabajan con estas personas.

A su vez, debemos valorar las posibles modificaciones que creemos necesario realizar en el instrumento de evaluación. Nuestro cuestionario consta de preguntas de respuesta cerrada que, en cierta manera dificultan la evaluación, sobre todo cuando nos referimos a las personas con discapacidad intelectual. Este tipo de ítems hace difícil apreciar la relevancia y la aplicación de los conocimientos adquiridos. Para próximas investigaciones creemos más pertinente elaborar un instrumento de respuestas abiertas en donde sea más fácil obtener información de cómo los participantes tienen representado el conocimiento y qué argumentos utilizan para justificar su modo de pensar. También podemos observar el cambio que experimentan los conocimientos en el transcurso de la entrevista, detectar aquellos contenidos mal adquiridos y clarificarlos en el momento y, además, nos serviría para incluir en la evaluación la expresión oral de los conceptos que estamos trabajando. Asimismo, con el formato de preguntas abiertas podríamos llegar a disminuir la sensación percibida por alguno de los participantes de estar realizando un examen y evitar de ese modo la ansiedad manifestada por los mismos y, en consecuencia, las reacciones emocionales negativas provocadas.

Además de todos estos aspectos de nuestro estudio que hemos comentado que debemos mejorar en futuras investigaciones, también debemos resaltar las aportaciones que la misma suponen para la comunidad científica. Así, vemos que es un tema novedoso y que, a pesar de que existe bibliografía al respecto, sin embargo, las intervenciones prácticas son escasas. La distancia entre los conocimientos científicos y la práctica diaria de los profesionales cada vez es mayor. Los estudios de investigaciones pocas veces producen en el ámbito real la influencia suficiente para provocar los cambios necesarios. Este problema se resolvería con investigaciones como la nuestra en donde se acerquen ambos mundos: la teoría y la práctica. Los profesionales deben iniciar un acercamiento a actividades investigadoras sobre su actividad profesional preocupándose de adquirir una formación mínima y una actualización de las últimas investigaciones. A su vez, los investigadores debemos orientarnos más hacia el campo aplicado y encerrarnos menos en lo académico para posibilitar proyectos más relevantes y significativos para la vida de las personas (el fin primero y último de nuestras investigaciones).

Los resultados muestran la necesidad constante que tenemos todos aquellos que nos dedicamos al mundo de la docencia de valorar el grupo de personas a las que vamos a hacer partícipe de nuestros conocimientos para, de ese modo, realizar las adaptaciones necesarias de los contenidos a trabajar. Con la entrada del crédito europeo esto es inminente, ya que la docencia será mucho más personalizada y basada en adaptaciones a nivel individual. Los resultados de nuestro trabajo así lo dejan entrever, al observar cómo los hallazgos obtenidos en los participantes de Valdocco no son satisfactorios. Nos queda como trabajo pendiente la intervención en colectivos de semejantes características en donde se elabore un material específico y se trabajen los puntos débiles necesarios para conseguir los objetivos de este estudio. A su vez, observamos como, a pesar de las limitaciones que presentan las personas con discapacidad intelectual, la adaptación del programa (tanto en el material utilizado como en los contenidos expuestos) nos han llevado a resultados muy satisfactorios.

Como experiencia académica me gustaría comentar que este trabajo ha supuesto una gran maduración a nivel profesional. A los inicios del trabajo todo era ilusionante y a medida que transcurría el tiempo y empezaba a encontrar las primeras dificultades, esos sentimientos se tornaron en impotencia, frustración y deseos de abandono. Sin embargo, este proceso ha determinado querer continuar con esta carrera dificultosa de la investigación. Es difícil cuantificar el gran esfuerzo realizado en este tipo de investigaciones, pero debo decir que una vez llevado a cabo considero que es un paso necesario, no sólo por los conocimientos adquiridos, si no para aprender a valorar el esfuerzo que otros antes que yo han llevado a cabo.

Como experiencia personal decir, que a pesar de la labor tan ingente que ha supuesto el trabajo de campo de esta investigación a su vez, ha sido la parte más gratificante de la misma. En principio, porque me enfrentaba a grupos distintos de personas que afrontaban desde muy diversas perspectivas la sexualidad y en donde se puede apreciar la riqueza y diversidad de

nuestra cultura y de las personas y, lo que es más importante, observar cómo la historia de vida de cada uno contribuye de una manera u otra a la percepción de algunos conocimientos. Con respecto a la población con discapacidad intelectual significa acercarnos a un mundo distinto, pero no por eso inferior. Es un mundo en donde los recursos afectivos constituyen la base fundamental del día a día, en donde cosas materiales tan importantes para nosotros son valoradas de una manera relativa. Desde mi perspectiva, los profesionales podemos aportar mucho a estas personas pero lo que para mí es evidente es que ellos también nos ofrecen muchas cosas. Si tuviera que medir en una balanza lo que ha significado para mí a nivel personal podría decir que, sin ser consciente de ello, las personas con discapacidad intelectual me han aportado mucho más que lo que yo les he podido ofrecer a ellos. En una sociedad como la nuestra, trabajar con ellos ha significado para mí acercarme a un mundo emocional en donde su cariño e ingenuidad significaba, en muchas ocasiones, una inyección de motivación y autoestima para continuar.

Para concluir, sólo decir que deseo que este estudio que presentamos aquí pueda servir para motivar a profesionales que tienen mucho que aportar en el trabajo con estas personas que necesitan mucho de nosotros. Y, sobre todo, pedirles que cuando se acerquen a ellos se olviden de su discapacidad y lean a través de su mirada todo lo que necesitan y todo lo que están dispuestos a dar.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abbeduto L. (1991). Development of verbal communication in persons with moderate to mild mental retardation. *International review of research in mental retardation*, 17, 91-115.
- Abersú, A. (2000). *La sexualidad de las personas con retraso mental*. Madrid: FEAPS.
- Adams, G. L., Tallon, R. J. y Alcorn, D. A. (1982). Attitudes toward the sexuality of mentally retarded and nonretarded persons. *Education and Training of the Mentally Retarded*, 17, 307-312.
- Alan Guttmacher Institute GI (2003). Facts in Brief: Sexuality Education. [Online]. Disponible en http://www.agi-usa.org/pubs/fb_sex_ed02.html. (2006, 14 de marzo).
- Aguado, A. L. (1995). *Historia de las deficiencias*. Madrid: Escuela Libre Editorial.
- Altable, Ch. (2000). *Educación sentimental, erótica para adolescentes: más allá de la igualdad*. Madrid: Miño y Dávila.
- Ammerman, R. T., Hersen, M., Van Hasselt, V. B., Lubetsky, M. J. y Sieck, W. R. (1994). Maltreatment in Psychiatrically Hospitalized Children and Adolescents with Developmental Disabilities: Prevalence and Correlates. *Journal of the American Academic Child Adolescent Psychiatry*, 33 (4), 567-576.
- Amor, J. R. (1997). *Afectividad y sexualidad en la persona con deficiencia mental*. Madrid: Universidad Pontificia de Comillas.
- Amor, J. R. (2000). Las personas con deficiencia mental, ¿tienen derecho a tener hijos?. En J. R. Amor (Ed.), *Sexualidad y Personas con Discapacidad Psíquica* (pp. 159-189). Madrid: FEAPS.
- Anastasi, A. (1982). *Psychological testing*. New York: Collier Macmillan Publishers.
- Asociación Americana de Psiquiatría (APA) (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto Revisado (DSM-IV-TR)*. Barcelona: MASSON.
- Atocha (1981). *La educación sexual como un todo*. Madrid: Akal
- Aunos, M. y Feldman, M. A. (2002). Attitudes towards Sexuality, Sterilization and Parenting Rights of Persons with Intellectual Disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 15 (4), pp. 285-296.
- Aznar, M. y Osuna, C. (1983): Antecedentes. En INSERSO (Ed.), *10 años del Servicio Social de Minusválidos (1972-1982)*, (pp. 13-29). Madrid: INSERSO.
- Azúa, P. (1993). La esterilización de las personas con deficiencia mental. *Siglo Cero*, 146.
- Azúa, P. (2000). ¿Derecho a tener hijos?. En J. R. Amor (Ed.), *Sexualidad y personas con discapacidad psíquica* (pp. 153-157). Madrid: FEAPS.

- Bailey, G. (1998). Action against abuse. Recognising and preventing abuse of people with learning disabilities. A: Family's Pack. B: Service User's Pack. C: Support Worker's Pack. Chesterfield, UK: Association for Residential Care.
- Baldo, M. Aggleton, P. y Slutkin, G. (1993). *Does sex education lead to earlier or increased sexual activity in youth?*. Comunicación presentada en el 9º Congreso Interenaiconal de SIDA. Berlin.
- Barbera, E. y Navarro, E. (2000). La construcción de la sexualidad en la adolescencia. *Revista de Psicología Social Aplicada*, 15 (1), 63-75.
- Barragán, F. (2000). *La Educación Sexual. Guía teórica y práctica*. Barcelona: Paidós.
- Barranco, E., Chica, J., Sánchez, M. J. y Soler, F. (2001). La educación afectiva y sexual en los centros educativos. En C. Buil, I. Lete, R. Ros y J. L. De Pablo (Eds.), *Manual de salud reproductiva en la adolescencia* (pp. 691-701). Zaragoza: Sociedad Española de Contracepción- Wyeth-Lederle.
- Bearman, P. S. y Brueckner, H. (2001). Promising the Future: Virginity Pledges and First Intercourse. *American Journal of Sociology*, 106(4), 859-912.
- Bermejo, B. G. (1999). El desarrollo de habilidades sociales como forma de prevenir el abuso sexual en personas con discapacidad. *Siglo Cero*, 30 (6), 27-31.
- Billy J., Tanfer K., Grady W. y Klepinger D. (1993). The sexual behavior of men in the United States. *Family Planning Perspectives*, 25, 52-60.
- Bimbela, J. L. y Cruz, M. T. (1997). *Sida y jóvenes. La prevención de la transmisión sexual del VIH*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública.
- Boix, F. (1976). *De la represión a la psicopedagogía sexual*. Barcelona: Nova Terra.
- Bolaños, M. C., González, M. D., Jiménez, M., Ramos, M. E. y Rodríguez, M. I. (1994a). Carpeta didáctica de educación afectivo-sexual. Educación afectivo-sexual en la etapa de Primaria (6-12 años). Gobierno de Canarias: Consejería de Educación, Cultura y Deportes.
- Bolaños, M. C., González, M. D., Jiménez, M., Ramos, M. E. y Rodríguez, M. I. (1994b). Carpeta didáctica de educación afectivo-sexual. Educación afectivo-sexual en la etapa de Secundaria (12-18 años). Gobierno de Canarias: Consejería de Educación, Cultura y Deportes.
- Bolaños, M. C., González, M. D., Jiménez, M., Ramos, M. E. y Rodríguez, M. I. (1994c). Carpeta didáctica de educación afectivo-sexual. Guías de formación de madres y padres. Infantil y Primaria. Gobierno de Canarias: Consejería de Educación, Cultura y Deportes.

- Bolaños, M. C., González, M. D., Jiménez, M., Ramos, M. E. y Rodríguez, M. I. (1994d). Educación afectivo-sexual. Educación afectivo-sexual en la etapa de Infantil. Gobierno de Canarias: Consejería de Educación, Cultura y Deportes.
- Boletín Oficial del Estado (B.O.E.) (2002). *Ley Orgánica 10/2002, de 23 de diciembre, de Calidad de la Educación (L.O.C.E)* (nº. 307, pp. 45188-45220). Madrid: Ministerio de Educación y Ciencia.
- Boletín Oficial de la Junta de Andalucía (B.O.J.A) (1992a). *Decreto 107/1992 de 9 de junio por el que se establecen las enseñanzas correspondientes a la "Enseñanzas de la Educación Infantil en Andalucía"* (nº 56, pp. 3966-3987).
- Boletín Oficial de la Junta de Andalucía (B.O.J.A) (1992b). *Decreto 105/1992 de 9 de junio por el que se establecen las enseñanzas correspondientes a la Enseñanzas de la Educación Primaria en Andalucía.* (nº. 56, pp. 4025-4035).
- Boletín Oficial de la Junta de Andalucía (B.O.J.A) (1992c). *Decreto 106/1992 de 9 de junio por el que se establecen las enseñanzas correspondientes a la Enseñanzas de la Educación Secundaria Obligatoria (ESO) en Andalucía* (nº 56, pp. 4.114 - 4.125).
- Boonstra, H. (2004). *Abstinence Promotion and the U.S. Approach to HIV/AIDS Prevention Overseas*. New York: The Alan Guttmacher Institute.
- Braier, L. (1982). *Diccionario enciclopédico de medicina*. Barcelona: JIMS.
- Bryan, A. y Stallings, M.C. (2002). A case control study of adolescent risky sexual behavior and its relationship to personality dimensions, conduct disorder and substance use. *Journal of Youth and Adolescence*, 31, 387-396.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Cambridge: Harvard University Press.
- Brown, R. I. (1981). *Sex education in the eighties*. New York: New York.
- Brown, R. I. (1988). *Quality of life for handicapped people*. New York: Croom Helm.
- Burgdorf, R. L. (1980): *The Legal Rights of Handicapped Persons: Cases, Materials, and Text*. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co.
- Butterworth, J., Hagner, D., Kiernan, W. y Shalock, R. L. (1996). Natural supports in the workplace: Defining an agenda for research and practice. *Journal of the Association for Persons with Severe Handicap*, 3, 103-113.
- Butterworth, J., Steere, D. E., y Whitney-Thomas, J. (1997). Using person-centered planning to adrese personal quality of life. En Shalock (Ed.), *Quality of life. Vol. 2: Application to persons with disabilities* (pp. 5-24). Washington: American Association on Mental Retardation.

- Cala, F., Loreto, D., Martínez, E., Molina, C., Pérez, F., Rodríguez, L. y Sánchez, M. (2000). Desarrollo de la sexualidad en personas con discapacidad psíquica. En J. R. Amor (Ed.), *Sexualidad y personas con discapacidad psíquica* (pp. 247-258). Madrid: FEAPS.
- Casarella, J., Duacastella, C. y Tallis, J. (2005). *Sexualidad y Discapacidad*. Madrid: Miño y Dávila.
- Carpintero, H. y del Barrio, M. V. (1979). Notas sobre las interpretaciones históricas del retraso mental. *Análisis y Modificación de Conducta*, 5(10), 337-348.
- Carulla, L. y Novell, R. (2002). *Guía práctica de la evaluación psiquiátrica en el retraso mental*. Barcelona: Aula Médica.
- Castanedo, C. (1999). *Deficiencia mental: aspectos teóricos y tratamientos*. Madrid: Editorial CCS.
- Cerwonka, E. R., Isbell, T. R. y Hansen, C. E. (2000). Psychosocial factors as predictors of unsafe sexual practices among young adults, AIDS. *Education and Prevention*, 12 (2), 141-153.
- Choquet, M., Du Pasquier, L. y Manfredi, R. (1997). Sexual behavior among adolescents reporting chronic conditions: a French National Survey. *Journal of Adolescent Health*, 20, 62-67.
- Clarke, A. M., Clarke, A. D. B. y Berg, J. M. (1987). *Mental Deficiency: The Changing Outlook*. London: Methuen.
- Clemente, A. (2000). Desarrollo de la sexualidad del discapacitado psíquico. En J. R. Amor (Eds.), *Sexualidad y personas con discapacidad psíquica* (pp. 69-83). Madrid: FEAPS.
- Coates, T. J. y Makaton, H. J (1995). *What are inmates' HIV prevention needs?*. Harvard: UCSF Center for AIDS Prevention Studies.
- Comas, D., Aguinaga, J., Andrés Orizo, F, Espinosa, A. y Ochaíta, E. (2003). *Jóvenes y estilos de vida. Valores y riesgos de los jóvenes urbanos*. Madrid: FAD-INJUVE.
- Committee on Government Reform (2004). The Content of Federally Funded Abstinence-Only Education Programs (en línea). Disponible en [http:// www.democrats.Reform.house.gov/Documents/20042201102153-50247.pdf](http://www.democrats.Reform.house.gov/Documents/20042201102153-50247.pdf) (2006, 18 de enero)
- Consejería de Salud (1990). *Propuesta de educación para la salud en los centros docentes*. Sevilla.: Junta de Andalucía.
- Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC) (2002). *La salud reproductiva en los jóvenes españoles*. Madrid: Ministerio de Educación y Ciencia.
- Christopher, F. S. (1995). Adolescent pregnancy prevention. *Family Relations*, 44, 384-391.
- Cruz, F. y Aguilar, M. J. (2002). *Introducción a la Psicología comunitaria*. Madrid: CCS.

- Dawson, D. A. (1986). The effects of sex education on adolescent behavior. *Family Planning Perspectives*, 18(4), 162-170.
- Díaz, S. J. (1997). El Derecho Canónico ante el matrimonio de los deficientes mentales. En J. Gafo y J. R. Amor (Eds.), *Matrimonio y Deficiencia Mental. Dilemas éticos de la deficiencia mental-2* (pp. 171-209). Madrid: UPCO-PROMI.
- Elman, R. (1996). *Sexual Subordination and State Intervention: Comparing Sweden and the United States*. USA: Berghan.
- Edmonson, B. (1988). Disability and Sexual Adjustment. En V. B. Van Hasselt, P. S. Strain y M. Hersen (Eds.), *Handbook of developmental and physical disabilities* (pp. 91-106). New York: Pergamon Press.
- Edwards, J. P. y Elkins, T. E. (1988). *Nuestra sexualidad: por una vida afectiva y sexual normalizada*. Barcelona: Milán y Fundación Catalana Síndrome de Down.
- Esbri, M. A. (1997). Esterilización de los deficientes mentales. *Derecho y Salud*, 1 (5), 71-85.
- Espada, J. P. y Quiles, M. J. (2001). *Prevenir el sida. Guía para padres y educadores*. Madrid: Pirámide.
- Espada, J. P, Quiles, M. J. y Méndez, F. J. (2003). Conductas sexuales de riesgo y prevención del Sida en la adolescencia (en línea). Papeles del psicólogo, 85. Disponible en <http://www.cop.es/papeles/vernumero.asp?id=1076> (2006, 16 de Enero).
- Esparza, C. (2002). La esterilización de los incapaces. *Revista Pediatría de Atención Primaria*, 4 (14), 117-125.
- Eysenck, H. J. (1952): The Effects of Psychotherapy: An Evaluation. *Journal of Consulting Psychology*, 16, 319-324.
- Fajardo, M. I. y Rabazo, M. J. (2002). La afectividad en los adolescentes y jóvenes adultos con discapacidad intelectual. En M. López Risco (Coord.), *I Curso de Intervención Global con discapacitados, Vol. II. Aspectos psicológicos y educativos*. Excma. Diputación Provincial de Cáceres.
- Federación de Planificación familiar de España (F.P.F.E) (2003). Informe sobre salud sexual y reproductiva (en línea). Disponible en www.fpfe.org (2006, 15 de febrero).
- Fernandez, F. C. (1994). La esterilización de los deficientes mentales y su calificación moral. *Cuadernos de bioética*, 5 (20), 361-374.
- Fierro, A. (1986). El derecho a la normalización. *Quinesia*, 4-5, 9-13.

- Fierro, A. (1992). Los niños con retraso mental. En A. Marchesi, C. Coll y J. Palacios (Eds.), *Desarrollo psicológico y educación, Vol. III, Necesidades educativas especiales y aprendizaje escolar*. Madrid: Alianza.
- Fierro, A. (1996). Los niños con retraso mental. En A. Marchesi, C. Coll y J. Palacios (Eds.), *Desarrollo psicológico y educación. Necesidades educativas especiales y aprendizaje escolar* (pp. 267-276). Madrid: Alianza.
- Fierro, A. (2000). El sexo de los ángeles. En J. R. Amor (Ed), *Sexualidad y personas con discapacidad psíquica* (pp. 51-67). Madrid: FEAPS.
- Foucault, M. (1979). *Historia de la locura en la época clásica*. Madrid: Fondo de cultura económica.
- Founilloux, W. (1999). *Prevention at school: An arduous course*. Washington: Courier.
- Faulkenberry R, Vincent M, James A. y Johnson W. (1987). Coital behaviors, attitudes, and knowledge of students who experience early coitus. *Adolescence*, 86, 321-32.
- Frank, R.G., Gluck, J.P. y Buckelew, S. P. (1990). Rehabilitation: Psychology's Greatest Opportunity?. *American Psychologist*, 45 (6), 757-761.
- Furey, E., Granfield, J. y Karan, O. (1999). Abuso y negligencia sexual en adultos con retraso mental: una comparación de las características de la víctima. *Siglo Cero*, 30 (6), 21-26.
- Gallant M. y Maticka-Tyndale E. (2004). School-based HIV prevention programmes for African youth. *Social Science and Medicine*, 58 (7), 1337-1351.
- Gafo J. (2000). Sociedad y deficiencia mental: entre la tutela y el respeto. En: J. R. Amor (Ed.), *Sexualidad y personas con discapacidad psíquica* (pp. 23-50). Madrid: FEAPS.
- Gafo, J. y Amor, J. R. (1997). *Matrimonio y deficiencia mental. Dilemas éticos de la deficiencia mental-2*. Córdoba: UPCO-PROMI.
- García, J. L. (1990). Sexualidad y deficiencia. *Minusval*, 69, 13-17.
- García, J. L. (1997). Anticoncepción quirúrgica en personas con minusvalías psíquicas: la polémica de nunca acabar. *Boletín ANFEAS*, 16-17.
- García, J. L. (2000). *Educación sexual y afectiva en personas con minusvalía psíquica*. Cádiz: Asociación SD Cádiz y Bahía.
- García, M. J. (1979) *La educación sexual en la escuela*. Barcelona: Planeta.
- García García, G. M. (1988). La rehabilitación basada en el equipo multidisciplinar. Ponencia presentada al *Seminario Iberoamericano sobre rehabilitación en el seno de la comunidad*. Madrid: Real Patronato de Prevención y atención de personas con minusvalía.
- García, M. y Dios del Valle, R. (2002). *Discapacidad psíquica y educación sexual*. Asturias: FEAPS.

- Gaudreau, L. (1985). *Les caractéristiques de l'enseignant et de l'enseignante dans les programmes d'éducation sexuelle*. Montreal: These, UQAM.
- Geasler M. J, Dannison L. L, Edlund C. J. (1995). Sexuality education of young children: parental concerns. *Family Relations*, 44, 184-188.
- Givaudan, M., Saldívar, A., Ramón, J., Martínez, A. y Pick, S. (1995). Nuevas estrategias en la prevención del SIDA. Los asesores juveniles. *Revista de Psicología Social y Personalidad*. 11(1), 41-56.
- Glaser, D., y Bentorin, A. (1979). Abuse and risk to handicapped and chronically ill children. *Child Abuse y Neglect*, 3, 565-575.
- Goldman, R. J. y Goldman, D. G. (1981). Sources of sex information for Australian, English, North American, and Swedish children. *Journal of Psychology*, 109, 97-108.
- González, L. (1997). El Derecho Civil ante el matrimonio de los deficientes mentales. En J. Gafo y J. R. Amor (Eds.), *Matrimonio y Deficiencia Mental. Dilemas éticos de la deficiencia mental-2* (pp. 143-166). Córdoba: UPCO-PROMI.
- Greenspan, S. I. (1997). *The growth of the mind: And the endangered origins of intelligence*. New York: Addison-Wesley.
- Grossman, H. J. (1973): *A manual on terminology and classification in mental retardation (ed. rev.)*. Washington, D.C: American Association on Mental Deficiency.
- Grossman, H. J. (1983). *Manual on Terminology and Classification in Mental Retardation*. Washington, D.C: American Association on Mental Deficiency.
- Grunseit, A. y Kippax, S. (1993). *Effects of sex education on young people's sexual behaviour*. Geneva: WHO/GPA.
- Haignere, C., Freudenberg, N., Silver, D., Maslanka, H. y Kelley, J. (1997). One method for assessing HIV/AIDS peer-education programs. *Journal of Adolescent Health*, 21, 76-79.
- Hausser, H. y Michaud, P. A. (1992). *Condom promotion does not increase sexual activity among adolescents*. Presented at the 8th International Conference on AIDS. Amsterdam.
- Heber, R. (1961): *A Manual on Terminology and Classification in Mental Retardation*. Monograph Supplement to the American Journal of Mental Deficiency.
- Heins, M. (2001). *Not in Front of the Children: "Indecency," Censorship, and the Innocence of Youth*. New York: Hill and Wang.
- Hernández, R. (1977). Introducción a la medicina ortopédica. *Boletín de estudios y documentación del SEREM*, 7, 7-20.

- Hiriart, V. (2000). *Educación sexual en la escuela. Guía para el orientador de púberes y adolescentes*. México: Paidós.
- Hocking, J. E., Tuirk, D. y Ellinger, A. (1999). The effects of partner insistence of condom usage on perceptions of the partner, the relationship, and the experience, *Journal of Adolescence*, 22, 355-367.
- Holmstedt, M. (1974). *Second seminar on sex education and social development in Sweden, Latin America, and the Caribbean*. Stockholm: University of Stockholm, Institute of Education.
- Howard, M. y McCabe, H. B. (1990). Helping teenagers postpone sexual involvement. *Family Planning Perspectives*, 22, 21-26.
- Howard, M. y McCabe, J. A. (1992). An information and skills approach for younger teens: Postponing sexual involvement program. En B. C., Miller, J.J., Card, R. L., Paikoff, , y J. L. Peterson, (Eds.) (pp. 83-109). *Preventing adolescent pregnancy: Model programs and evaluations*. California: Newbury Park.
- Hubbard B. M, Giese M. L. y Rainey J. (1998). A replication of Reducing the Risk, a theory based sexuality curriculum for adolescents. *Journal of School Health*, 68 (6), 243-47.
- Instituto de la Juventud de España (INJUVE) (2004). *Informe Juventud en España*. Madrid: INJUVE.
- Instituto de Servicios Sociales (INSERSO) (1983). *Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías: Manual de clasificación de las consecuencias de la enfermedad*. Madrid: INSERSO.
- Instituto de Servicios Sociales (INSERSO) (1994). *Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías: Manual de clasificación de las consecuencias de la enfermedad*. Madrid: INSERSO.
- Instituto Nacional de Educación Sexual (1976). *Metodología y Educación Sexual*. Santo Domingo: INES.
- Instituto Nacional de Estadística (INE) (2004). Salud y hábitos sexuales. Las conductas desde la perspectiva del SIDA. *Boletín informativo del Instituto Nacional de Estadística*, 4. Madrid: INE.
- International Planned Parenthood Federation (IPPF) (1986). *Importance of the regulation of the not wished pregnancies*. Washington: IPPF.
- Jemmott, J., Sweet , L. y Fong, G. (1998). Abstinence and Safer Sex HIV Risk-Reduction Interventions for African-American Adolescents, A Randomized Trial. *JAMA*, 279(19), 1529-1536.

- Jorgensen, S. R., Potts, V. y Camp, B. (1993). Project taking charge: six month follow-up of a pregnancy prevention program for early adolescents. *Family Relations*, 42, 401-406.
- Juarez, O., Díez, E., Varonil, J., Villamarin, F., Nebot, M. y Villalbi, J.R. (1999). Conductas preventivas de la transmisión sexual de sida, de otras infecciones y del embarazo en estudiantes de secundaria. *Atención Primaria*, 24 (4), 194-202.
- Juárez, O., Cortés M., González M. P., Valmayor S., Riera C. y Calventus, J. (2003). *Programa de prevención del SIDA con jóvenes con discapacidad psíquica*. Ponencia presentada al VII Congreso Nacional sobre el SIDA. Bilbao.
- Kelly, J. (1995). Advances in HIV/AIDS education and prevention. *Family Relations*, 44, 345-352.
- Kempnec, M. A. (2004). *The Politics of Sexuality Education*. Washington: Sexuality Information and Education Council of the US (SIECUS).
- Kempton, W. y Kahn, E. (1991). Sexuality and people with intellectual disabilities: A historical perspective. *Sexuality and Disability* 9 (2), 93-111.
- Kennedy; M. (1996). Agresiones sexuales y discapacidad infantil. En J. Morris (Ed.), *Encuentros con desconocidas. Feminismo y discapacidad* (pp. 139-159). Madrid: Narcea.
- Kippax, S., Crawford, J., Waldby, C. y Benton, P. (1990). Women negotiating heterosex: implications for AIDS prevention. *Women.s Studies International Forum*, 13, 533-542
- Kilander, H. F. (1973). *La educación sexual en la Escuela Primaria*. Buenos Aires: Paidós.
- Kirby, D. (1985). The effects of selected sexuality education programs: Toward a more realistic view. *Journal of Sex Education and Therapy*, 11, 28-37.
- Kirby, D. (1992). School-based programs to reduce sexual risk-taking behaviors. *Journal of School Health*, 62, 280-287.
- Kirby D. (1995). *A review of educational programs designed to reduce sexual risk-taking behaviors among school-aged youth in the United States*. Santa Cruz (CA): ETR Associates.
- Kirby, D. (1999). Sexuality and Sex Education at Home and School. *Adolescent Medicine: State of the Art Reviews* 10(2), 195-209.
- Kirby, D. (2001). *Emerging Answers: Research Findings on Programs to Reduce Teen Pregnancy*. Washington, DC: National Campaign to Prevent Teen Pregnancy.
- Kirby, D., Barth, R. P, Leland, N., Fetro, J. V. (1991). Reducing the risk: impact of a new curriculum on sexual risk-taking. *Family Planning Perspectives*, 23, 253-263.
- Kirby D, Laris B. A y Rollerli, L. (2006), *The Impact of Sex and HIV Education Programs in Schools and Communities on Sexual Behaviors Among Young Adults*. USA: Family Health International.

- Kirby, D., Short, L., Collins, J., Rugg, D., Kolbe, L., Howard, M., Miller, B., Sonenstein, F. y Zabin, L. (1994). School-based programs to reduce sexual risk behaviors: A review of effectiveness. *Public Health Reports*, 109 (3), 339-360.
- Kirby, D., Waszak, C. y Ziegler, J. (1991). Six school-based clinics: their reproductive health services and impact on sexual behavior. *Family Planning Perspectives*, 23, 6-16.
- Klanger B, Tyden T. y Ruusuvaara L. (1993). Sexual behaviour among adolescents in Uppsala, Sweden. *Journal of Adolescent Health*, 14, 468-474.
- Koller, H., Richardson, S. A y Katz, M. (1988). Marriage in a young mental retardation population. *Journal of Mental Deficiency Research*, 32, 93-102.
- Kotchick, B.A., Shaffer, A., Forehand, R. y Miller, K. S. (2001). Adolescent sexual risk behavior: a multi-system perspective. *Clinical Psychological Review*, 21, 493-519.
- Kraft P., Rise J. y Træen B. (1990). The HIV epidemic and changes in the use of contraception among Norwegian adolescents. *AIDS*, 4, 673-778.
- Ku, L. C, Sonenstein, F. L y Pleck J. H. (1992). The association of AIDS education and sex education with sexual behavior and condom use among teenage men. *Family Planning Perspectives*, 24, 100-106.
- Lacruz, J. L. (1990). *Elementos del derecho civil*, Tomo 1, Vol.3. Barcelona: Bosch.
- Ladesman, S. y Ramey, C. (1989). Developmental Psychology and Mental Retardation: Integrating Scientific Principles with Treatment Practices. *American Psychologist*, 44, 409-415.
- Lameiras, M. y Failde, J. M. (1997). Sexualidad y salud en jóvenes universitarios/as: actitudes, actividad sexual y percepción de riesgo de la transmisión heterosexual del VIH. *Análisis y Modificación de Conducta*, 23 (93), 27-63.
- Langone, J. (1990). *Teaching students with mild and moderate learning problems*. Boston: Allyn and Bacon.
- Leicester, M. y Cooke, P. (2002). Rights not Restrictions for Learning Disabled Adults: a response to Spiecker and Steutel. *Journal of Moral Education*, 31 (2), 181-187.
- Lete, J. M. (2002). La esterilización del deficiencia psíquico. *Actualidad civil*, 1, 113-132.
- Lever, J. (1995). Bringing the fundamentals of gender studies into safer sex education. *Family Planning Perspectives*, 27, 172-174.
- Levin-Epstein, J. (1998). *Fact Sheet: "Abstinence Unless Married" Education*. Washington: Center for Law and Social Policy.

- Lindahl, K. (1997). *La educación sexual desde la perspectiva sueca*. Estocolmo: Swedish Association for Sex Education (RFSU).
- López, F. (1979). *La sexualidad: Evolución y sentido social de la represión*. Bilbao: Zero, D. L.
- López, F. (1990). *Educación Sexual*. Madrid: UNED Fundación Universidad-Empresa.
- López, F. (1995). *Educación sexual de adolescentes y jóvenes*. Madrid. Siglo XXI.
- López, F. (2002). *Sexo y afecto en personas con discapacidad*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- López, F. (2005). *La educación sexual*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- López, F. y Fuertes, A. (1989). *Para comprender la sexualidad*. Estella, España: Verbo Divino.
- Lopez, F., Carpintero, E., Hernandez, A., Martín, M. J. y Fuertes, A. (1995). Prevalence and sequelae of childhood sexual abuse in Spain. *Child Abuse Negligence*, 19 (9), 1039-1050.
- Lowicki-Zucca, M., Spiegel, P., Ciantia, F. (2005). AIDS, conflict and the media in Africa: risks in reporting bad data badly (en línea). *Emerging Themes in Epidemiology, BioMedical Central* 2 (12). Disponible en <http://www.unhcr.org/cgi-in/texis/vtx/protect/opendoc.pdf> (2006, 15 de mayo).
- Luckasson, R., Borthwick-Duffy, S., Buntinx, W.H.E., Coulter, D. L., Craig, E. M., Reeve, A., Schalock, R., Snell, M. E., Spitalnik, D. M., Spreat, S. y Tassé, M. J. (2002). *Mental retardation: definition, classification, and systems of supports*. Washington, D.C: American Association on Mental Retardation.
- Luckasson, R., Coulter, D. L., Polloway, E. A., Reiss, S., Schalock, R. L., Snell, M. E., Spitalnik, D. M., y Stark, J. A. (1992). *Mental retardation: Definition, classification, and systems of support (9th ed.)*. Washington, DC: American Association on Mental Retardation.
- Lumley, V. A. y Miltenberger, R. G. (1997). Sexual Abuse Prevention for Persons with Mental Retardation. *American Journal on Mental Retardation*, 101 (5), 459-472.
- McCombie S., R. Hornik Y J. K., Anarfi. (1992). *Evaluation of a mass media campaign to prevent AIDS among young people in Ghana, 1991-1992*. Washington, DC: United States Agency for International Development.
- Maceiras, L., Barros-Dios, J. M., Pereira, M. A. y Segovia, A. (1995). Cuando la educación para la salud o algunas de sus ramas crea conflictos (I). *Apuntes de Salud pública*, 7, 13-17.
- Maceiras, L., Barros-Dios, J. M., Pereira, M. A. y Segovia, A. (1996). Cuando la educación para la salud o algunas de sus ramas crea conflictos (II). *Apuntes de Salud pública*, 8, 13-7.
- Marchetti, A. G. y McCartney, J. R. (1990). Abuse of Persons with Mental Retardation: Characteristics of the Abused, the Abusers, and the Informes. *Mental Retardation*, 28, 367-371.

- McCabe, M. P. y Cummins, R. A. (1998). Sexuality and quality of life among young people. *Adolescence*, 33 (132), 761-773.
- McClennen, S. (1988). Sexuality and students with mental retardation. *Teaching Exceptional Children*, 20 (4), 59-61.
- Mc Dermott, S., Martin, M., Weinrich, M. y Kelly, M. (1999). Program evaluation of a sex education curriculum for women with mental retardation. *Research of Developmental Disabilities*, 20 (2), 93-106.
- McFarland, W. P. (1999). Empowering professional school counselors in the war against AIDS. *Professional School Counseling*, 2 (4), 267-275.
- MacMillan, D. L., Gresham, F. M. y Siperstein, G. N. (1993). Conceptual and psychometric problems with the 1992 AAMR definition. *American Journal on Mental Retardation*, 98, 325-335.
- MacMillan, D. L., Gresham, F. M. y Siperstein, G. N. (1995). Heightened concerns over the AAMR definition: Presence of advocacy and absence of precision. *American Journal on Mental Retardation*, 100 (1), 87-95.
- Malow, R., Rosenberg, R., Donenberg, G. y Dévieux, J. (2006). Interventions and Patterns of Risk in Adolescent HIV/AIDS Prevention. *American Journal of Infectious Diseases* 2 (2), 80-89.
- Medicode (1998). *International classification of diseases, ninth revision, clinical modification* (6° Ed.), Salt Lake City: Medicode Publications.
- Mellanby, A., Phelps, F. y Tripp, J. (1992). Sex education more is not enough. *Journal of Adolescence*, 15, 449-466.
- Ministerio de Sanidad y Consumo (2004). *La interrupción voluntaria del embarazo y los métodos anticonceptivos en jóvenes* (en línea). Disponible en [http:// www.msc.es/novedades/docs/interrupcion2006.pdf](http://www.msc.es/novedades/docs/interrupcion2006.pdf). (2006, 10 de abril).
- Monroy, A. (1981). *El educador y la sexualidad humana*. México: Pax-México.
- Moore, S. y Rosenthal, D. (1990). Condoms and coitus: adolescent attitudes to AIDS and safe sex. *Journal of Adolescence*, 14, 211-227.
- Morel, P. (1987). Diccionario biográfico. En J. Postel y C. Quétel (Eds.), *Historia de la Psiquiatría* (pp. 573-577). México: Fondo de Cultura Económica.
- Moreno, P. y López, E. (2001). *Educación sexual. Guía para un desarrollo sano*. Madrid: Pirámide.
- Mosher W. y Bachrach C. (1986). First premarital contraceptive use: United States, 1960-82. *Studies in Family Planning*, 18, 83-94.

- Nirje, B. (1969): The Normalization Principle and its Human Management Implications. En R. Kugel y W. Wolfensberger (Eds), *Changing Patterns in Residential Services for the Mentally Retarded* (pp. 179-195). Washington, D. C: President's Committee on Mental Retardation.
- Nava, A. (1991). *La sexualidad del futuro*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Nazario S. L (1992, 20 de febrero). School teaches the virtues of virginity. *Wall Street Journal*, pp. B1, B3.
- Nieda J. (1992). *Transversales. Educación para la salud. Educación Sexual*. Madrid: Ministerio de Educación y Ciencia, Secretaría General Técnica.
- Nirje (1976). The normalisation principle. En R. Kugel y A. Sherer (Eds.), *Changing patterns in residential services for the mentally retarded* (pp. 231-240). Washington: President's Committee on Mental Retardation.
- Nodin, N., Moureira, S. y Ourô, A. M. (2001). In *The International Encyclopedia of Sexuality* (Vol.4, pp. 502-547). New York: The Continuum International Publishing Group.
- Novell, R., Rueda, P. y Salvador, L. (2003). *Salud Mental y alteraciones de la conducta en las personas con Discapacidad Intelectual. Guía práctica para técnicos y cuidadores*. Madrid: FEAPS.
- Nuffield, E. J. (1988). Biomedical perspectives. En V. B. Van Hasselt, P. S. Strain y M. Hersen (Eds.), *Handbook of developmental and Psychical Disabilities* (pp. 38-57). New York: Pergamon Press.
- Organización Iberoamericana de Juventud (O.I.J.) (2005, octubre). *Acta final de la convención Iberoamericana de derechos de los jóvenes*. Convención Iberoamericana de derechos de los jóvenes. Badajoz (España).
- Oliva, A., Serra, L. y Vallejo, R (1997). Patrones de comportamiento sexual y contraceptivo en la adolescencia. *Infancia y Aprendizaje*, 77, 19-34.
- Oliva, A., Serra, L. y Vallejo, R. (1993). *Sexualidad y contracepción en la adolescencia. Un estudio cuantitativo*. Sevilla: Consejería de Salud, Junta de Andalucía.
- Oliveira, M. (1998). *Educación sentimental*. Barcelona: Icaria.
- Ollendick, T. H. y Hersen, M. (1986). *Psicopatología infantil*. Barcelona: Martínez Roca.
- ONUSIDA (2006). *Informe Sobre la epidemia mundial del SIDA*. Ginebra: ONUSIDA.
- ONUSIDA (2004). *Informe sobre la epidemia mundial del SIDA*. Ginebra: ONUSIDA.
- Organización de las Naciones Unidas (ONU) (1975). *Declaración de los derechos del minusválido de las Naciones Unidas* (Resolución nº 3447 de la Trigésima de Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas de 9 de diciembre de 1975). Nueva York.

- Organización Mundial de la Salud (OMS) (1980). *Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDDM)*. Washington, D.C.: OMS.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (1981). *Estrategia Mundial de Salud para Todos en el año 2000*. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2001). *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud: CIF*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Instituto de Migraciones y Servicios Sociales.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2003). *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10)*. Washington, D.C.: OMS.
- Panizo, S. (1992). La normalidad/anormalidad para consentir en el matrimonio. En F. R. Aznar (Ed.), *Curso de derecho matrimonial y procesal canónico para profesionales del foro* (pp. 46-48). Salamanca: Universidad Pontificia.
- Pardini, P. (1998). Federal Law Mandates 'Abstinence-Only Sex Ed: Fundamentalists Successfully Pushed Stealth Legislation. *Rethinking Schools*, 12 (4), 16-18.
- Paul C, Dickson N, Davis P, Lay Yee R, Chetwynd J. y McMillan N. (1995). Heterosexual behaviour and HIV risk in New Zealand: data from a national survey. *Australian Journal of Public Health*, 19, 13-18.
- Pelechano, V. (1986): Salud mental, prevención e innovación social. *Análisis y Modificación de Conducta*, 12 (34), 485-505.
- Pelechano, V. (1978) Formulación y panorama actual de la psicología de la modificación de conducta. *Análisis y Modificación de Conducta*, 4 (5), 63-88.
- Pelechano, V. (1984). Procesos de socialización en la deficiencia mental. *Revista Española de Pedagogía*, 164-165, 203-232.
- Pelechano, V. (1988). *Del diagnóstico psicológico al análisis ecopsicológico*. Valencia: Alfaplús.
- Pelechano, V. (1998). El estudio de la discapacidad desde el punto de vista psicosocial. Ponencia presentada en el I seminario de actualización en investigación sobre discapacidad (SAID). Salamanca.
- Peña, C. (2000). Consentimiento matrimonial y capacidad psíquica de los contrayentes. *Miscelánea Comillas*, 58, 155-190.
- Pick de Weiss, S., Diaz-Loving, R., Andrade-Palos, P. y David, H. P. (1990). Effect of sex education on the sexual and contraceptive practices of female teenagers in Mexico City. *Journal of Psychology and Human Sexuality*, 3, 71-93.

- Pick de Weiss, S. y Townsend, J. (1989). *Evaluation of a sex education program in Mexico City*. Presented at the 117th annual meeting of the American Public Health Association, Chicago.
- Pleck, J. H., Sonenstein, F. L. y Ku, L. C. (1993). Masculinity ideology: Its impact on adolescent males' heterosexual relationships. *Journal of Social Issues*, 49 (3), 11-29.
- Posse, F. y Verdeguer, S. (1993). *La sexualidad de las personas discapacitadas*. Buenos Aires: Fundación Creando Espacios.
- Postrado, L. y Nicholson, H. (1992). Effectiveness in delaying initiation of sexual intercourse of girls aged 12-14: two components of the Girls Incorporated Preventing Adolescent Pregnancy Program. *Youth and Society*, 23, 356-279.
- Puerto, C. (2000). Una afectividad y sexualidad para todas las edades. *Revista de Ciencias y Orientación Familiar*, 20, 27-50.
- Rambo, C. (1997). On living and hating my mentally retardard mother. *Mental Retardation*, 35 (6), 417-432.
- Ramón Laca, M. L. (1990). *Integración familiar, afectividad y sexualidad*. Madrid: Universidad Pontificia de Comillas.
- Richler, D. (2000). Abuso Sexual: La Caja de Pandora. *Ararú*, 30, 35-37.
- Rodden P., Crawford J., Kippax, S. y French, J. (1996). Sexual practice and understandings of safe sex: assessing change among 18 to 19 year old Australian tertiary students, 1988-1994. *Australian Journal of Public Health*, 20, 643-649.
- Rodríguez, J. F. y Rodríguez, M. D. (1995). Sexualidad y deficiencia mental (I): Introducción teórica a su estudio. *Apuntes de Psicología*, 44, 93-105.
- Rodríguez Sacristán, J. (1995): *Psicopatología del niño y del adolescente*. Sevilla: Universidad de Sevilla.
- Rodríguez Sacristán, J. (2000). Deficiencia Mental. Etiología. Formas clínicas. Aspectos psicopatológicos. En J. Rodríguez Sacristán (Ed.) *Psicopatología infantil básica* (pp. 225-238). Madrid. Pirámide.
- Roque, O. (1999). *Educação sexual nas escolas portuguesas: Realidade virtual*. Lisboa: Univeridade Lusófona de Humanidades e Tecnologias.
- Romero de Castilla, R. J., Lora, M. N. y Cañete, R. (2001). Adolescentes y fuentes de información de sexualidad: preferencias y utilidad percibida. *Atención Primaria*, 27 (1), 7-12.
- Rosenthal S., Biro F., Succop, P., Cohen, S. y Stanberry, L. (1994). Age of first intercourse and risk of sexually transmitted disease. *Adolescent Paediatric Gynaecology*, 7, 210-13.

- Rotheram-Borus, M. J., Marelich, W. D. y Srinivasan, S. (1999). HIV risk among homosexual, bisexual and heterosexual male and female youths. *Archives of Sexual Behavior*, 28 (2), 159-177.
- Ruano, L. (1989). *La incapacidad para asumir las obligaciones esenciales del matrimonio por causas psíquicas, como capítulo de nulidad*. Barcelona: Bosch.
- Sáinz de Robles, F. C. (1997). Procreación y deficiencia mental: el problema ético y jurídico de la esterilización de incapaces. En J. Gafo y J. R. Amor (Eds.), *Matrimonio y Deficiencia Mental. Dilemas éticos de la deficiencia mental-2* (pp. 213-225). Madrid: UPCO-PROMI.
- Samaniego, E. (2004). La educación sexual de adolescentes en contextos formales e informales (en línea). *Revista digital Investigación y educación*, 7 (2). Disponible en <http://www.csi-csif.es/andalucia/modules/mod.revistaense/archivos/N7V2/SEXUAL.pdf> (2006, 15 de mayo).
- Samsom, J. M. (1981). *L'éducation sexuelle à l'école*. Guerin: Montreal.
- Sánchez Canillas, J. F., Botías, F. y Alfonso H. (2002). Pautas de intervención educativa con alumnos deficientes mentales. En J. F. Sánchez Canillas, F. Botías y H. Alfonso (Eds.), *Supuestos prácticos en educación especial* (pp. 121-129). Barcelona: CISS Praxis.
- Santelli, J., Ott, M. A., Lyon, M., Rogers J. y Summers D. (2006). Abstinence-only education policies and programs: a position paper of the Society for Adolescent Medicine. *Journal of Adolescent Health*, 38 (1), 83-7.
- Santelli, J., Ott, M. A., Lyon, M., Rogers, J., Summers D. y Schleifer R. (2006). Abstinence and abstinence-only education: a review of U.S. policies and programs. *Journal of Adolescent Health*, 38 (1), 72-81.
- Santín, C., Torrico, E., López, M. J. y Revilla, C. (2003): Conocimiento y utilización de los métodos anticonceptivos y su relación con la prevención de enfermedades de transmisión sexual en jóvenes. *Anales de psicología*, 19 (1), 81-90.
- Sanz del Río, S. (1985). El principio de normalización: término, concepto y aplicación. *Boletín del Real Patronato* 2, 5-15.
- Sarramona, J., Vázquez, G. y Colom, A. (1998). *Educación no formal*. Murcia: Ariel.
- Sathe, A. G. (1994). Introduction of sex education in schools: Perceptions of Indian society. *Journal of Family Welfare*, 40(1), 30-37.
- Savall, A., Molina, M. C., Cabra, J., Sarasíbar, X. y Marías, I. (1998). *Yo, tú y nosotros. Cuerpo, sexualidad y afectividad*. Barcelona: Octaedro.
- Scales, P. (1981). The opposition to sex education: a powerful threat to a democratic society. *Journal of School Health*, 51, 300-303.

- Schaalma H., Kok G. y Peters L. (1993). Determinants of consistent condom use by adolescents: the impact of experience of sexual intercourse. *Health Education Research*, 8, 255-269.
- Schaalma, H. P., Kok, G., Bosker, R.J., Parcel, G.S., Peters, L., Poelman, J., y Reinders, J. (1996). Planned development and valuation of AIDS/STD education for secondary school students in the Netherlands: short-term effects. *Health Education Quarterly*, 23, 469-487.
- Scheerenberger, R.C. (1984). *Historia del retraso mental*. San Sebastián: Servicio Internacional sobre subnormales.
- Schemo, D. (2000, 28 de diciembre). Sex Education With Just One Lesson: No Sex. *New York Times*, pp. A1.
- Schwartz, I. (1993). Affective reactions of American and Swedish women to their first premarital coitus: a cross-cultural comparison. *Journal of Sex Research*, 30, 18-26.
- Senra, A. y Senra, M. P. (1995). *La Tesis Doctoral de Medicina*. Madrid: Díaz de Santos.
- Seoane, J. A. (1996). *La esterilización de incapaces en el derecho español*. A Coruña: Fundación Paideia.
- Seoane, J. A. (2000). Aspectos éticos y jurídicos de la esterilización de personas con discapacidad. En J. R. Amor (Ed.), *Sexualidad y personas con discapacidad psíquica* (pp. 337-351). Madrid: FEAPS.
- Shalock, R. L. (1997). *Quality of life. Vol. 2: Application to persons with disabilities*. Washington, DC: American Association on Mental Retardation.
- Shontz, F. C. y Wright, B. A. (1980). The Distinctiveness of Rehabilitation Psychology. *Professional Psychology*, 11 (6), 919-924.
- Shoveller, J. A., Johnson, J. L., Savoy, D. M y Wia Pietersma, W. A (2006). Preventing sexually transmitted infections among adolescents: an assessment of ecological approaches and study methods. *Sex Education*, 6, 163-183.
- Shuttleworth, Ph. y Russell, P. (2000). The Search for Sexual Intimacy for Men with Cerebral Palsy. *Sexuality and Disability*, 18 (4), 263-282.
- Siedlecky S. (1979). *Sex and contraception before marriage*. Canberra: Department of Demography, Institute of Advanced Studies, Australian National University.
- Singh, S. Y Darroch, J. (2000). Adolescent pregnancy and childbearing: levels and trends in developed countries. *Family Planning Perspectives*, 32(1), 14-23.

- Sobsey, D. (1994). *Violence and abuse in the lives of people with disabilities: The end of silent acceptance?* Baltimore, MD: Paul H. Brookes Publishing Co.
- Sobsey, D. y Mansell, S. (1997). Teaching people with Disabilities to be Abused and Exploited: The Special Educator as Accomplice. *Developmental Disabilities Bulletin*, 25 (1), 77-93.
- Sobsey, D., Randall, W. y Parrilla, R. K. (1997). Gender Differences in Abused Children with and without Disabilities. *Child Abuse Neglect*, 21, 707-720.
- Soulier, B. (1995). *Los discapacitados y la sexualidad*. Barcelona: Herder.
- Subirat, R. (1975). *Sex-Pol*. Barcelona: Barral.
- Take Back Our Rights (2004, 10 de Mayo) *The Nation (en línea)* Disponible en <http://www.thenation.com/issueList.mhtml> (2006, 20 de abril).
- Tapert, S. F., Aarons, G. A., Sedlar, G. R. y Brown, S.A. (2001). Adolescent substance use and sexual risk-taking behavior. *Journal of Adolescent Health*, 28, 181-189.
- Tharinger, D. T., Horon, C. B. y Milea, C. (1990). Sexual abuse and exploitation of children and adults with mental retardation and other handicaps. *Child Abuse Neglect*, 14, 301-312.
- Thomson, R. (1994). Prevention, promotion and adolescent sexuality: the politics of school sex education in England and Wales. *Sexual and Marital Therapy*, 9, 115-26.
- Thomson, R. y Scott, S. (1991). *Women, Risk and AIDS Project: learning about sex: young women and the social construction of sexual identity*. London: Tufnell Press.
- Timmers, R. L, de DuCharme, P. y de Jacob, G. (1981). Sexual Knowledge, Attitudes And Behaviors Of Developmentally Disabled Adults Living In A Normalized Apartment Setting. *Sexuality and Disability*, 4 (1), 27-39.
- Trilla, J. (1986). *La educación informal*. Barcelona: PPU.
- Trilla, J. (1996): *La educación fuera de la escuela: ámbitos no formales y educación social*. Barcelona: Ariel.
- Trilla, J. (1992). La educación no formal. Definición, conceptos básicos y ámbitos de aplicación. En J. Sarramona (Eds.), *La educación no formal* (pp. 9-50). Barcelona: CEAC.
- Troncoso M. V., del Cerro, M. y Ruiz, E. (1999). El desarrollo de las personas con síndrome de Down: un análisis longitudinal. *Siglo Cero*, 30 (4), 7-26.
- Turk, V. y Brown, H. (1993). Sexual Abuse of Adults with Learning Disabilities. Result of a Two-year Incidence Survey. *Mental Handicap Research*, 6, 193-216.

- Usieto, R. y Sastre, J. (2002). La información y educación sobre el sida como estrategia de prevención en los jóvenes. Una experiencia entre los adolescentes escolarizados de Cantabria. *Revista Española de Drogodependencias*, 27 (3), 445-465.
- Van Dyke (1999). Para entender mejor la sexualidad de las personas con Síndrome de Down. *Síndrome de Down*, 15, 26-32
- Van Hasselt, V. B., Strain, P. S. y Hersen, M. (1988). Introduction. En V. B. Van Hasselt, P. S., Strain y M. Hersen (Eds.), *Handbook of Developmental and Physical Disabilities* (pp. 3-20). New: Pergamon Press.
- Vaz, J. M. (1996). *Educação sexual na escola*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Verdugo, M. A. (1998). Retraso Mental. En M. A. Vallejo (Ed.), *Manual de Terapia de Conducta* (pp. 669-700). Madrid: Dykinson.
- Verdugo, M. A. (2000). *Familias y Discapacidad Intelectual*. Madrid: FEAPS.
- Verdugo, M. A. (2003). Análisis de la definición de discapacidad intelectual de la Asociación Americana sobre Retraso Mental de 2002. *Revista Española de Discapacidad Intelectual* 34 (205), 5-19.
- Verdugo, M. A. (2004). Maltrato y violencia de género en personas con discapacidad intelectual. Estrategias de prevención (en línea). Seminario de género y discapacidades, 7 y 8 de mayo de 2004. Vitoria. Disponible en <http://www.eraberri.org/archivos/Ponencias-MAVerdugo.pdf>
- Verdugo, M. A. y Bermejo, B. G. (1995). El maltrato en personas con retraso mental. En M. A. Verdugo (Ed.), *Personas con discapacidad. Perspectivas psicopedagógicas y rehabilitadoras* (pp. 873-924). Madrid: Siglo XXI.
- Verdugo, M. A. y Bermejo, B. G. (1997). The mentally retarded person as a victim of maltreatment. *Aggression and Violent Behavior*, 2 (2), 143-165.
- Verdugo, M. A. y Bermejo, B. G. (1999a). El maltrato en personas con retraso mental. En M. A. Verdugo (Ed.), *Personas con discapacidad. Perspectivas psicopedagógicas y rehabilitadoras* (pp. 619-676). Madrid: Siglo XXI.
- Verdugo, M. A. y Bermejo, B. G. (1999b). Qué se sabe del maltrato en la población con discapacidad intelectual. *Siglo Cero*, 30 (6), 5-11.
- Verdugo, M. A. y Bermejo, B. G. (2001). *Retraso mental. Adaptación social y problemas de comportamiento*. Madrid: Pirámide.
- Verdugo, M. A., Bermejo, B. G. y Fuertes, J. (1993). *Maltrato infantil y minusvalía*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales.

- Verdugo, M. A., Bermejo, B. G. y Fuertes, J. (1995). The maltreatment of intellectually handicapped children and adolescents. *Child Abuse and Neglect*, 19, 205-215.
- Verdugo, M. A. y Canal, R. (1995). Procesos cognitivos en las personas con retraso mental. En M. A. Verdugo (Ed.), *Personas con discapacidad* (pp. 619-676). Madrid: Siglo XXI.
- Verdugo, M. A. y Jenaro, C. (2001). Características clínicas y tratamiento del retraso mental. En V. E. Caballo y M. A. Simón (Eds.), *Manual de Psicología Clínica Infantil y del Adolescente* (pp. 373-397). Madrid: Pirámide.
- Verdugo, M. A. y Jenaro, C. (2004). *AARM. Retraso Mental. Definición y sistemas de apoyo*. Madrid: Alianza.
- Vincent, M. L., Geiger, B. F. y Willis, A. S. (1994). Preventing teenage pregnancy: the necessity for school and community collaboration. En P. Coretese y K., Middleton (Eds.). *The comprehensive school health challenge* (299-330). Santa Cruz (CA): ETR Associates.
- Vicente, F. (2002). Psicología y Discapacidad: Integración Social de los adolescentes minusválidos. En M. López Risco (Coord.), *I Curso de Intervención Global con discapacitados, Vol. II. Aspectos psicológicos y educativos*. Excma. Diputación Provincial de Cáceres.
- Wallace H. M. y Vienonen, M. (1989). Teenage pregnancy in Sweden and Finland: implications for the United States. *Journal of Adolescent Health Care*, 10, 231-6.
- Waldby, C. Kippax, S. y Crawford, J. (1993). Research note: heterosexual men and safe sex practice. *Sociology of Health and Illness*, 15, 246-256.
- Watson, S., Griffiths, D., Richards, D., y Dykstra, L. (2002). Sexuality education. En D. Griffiths, D. Richards, P. Fedoroff, y S. Watson (Eds.), *Ethical dilemmas: Sexuality and developmental disabilities* (pp.175-226). Kingston, NY: NADD Press.
- Weinberg, M. S., Lottes, I. L. y Aveline, D. (1998). AIDS risk reduction strategies among United States and Swedish heterosexual university students. *Archives of Sexual Behavior*, 27 (4), 385-401.
- Wellings, K., Wadsworth, J., Johnson, A., Field, J., Whitaker, L. y Field B. (1995). Provision of sex education and early sexual experience: the relation examined. *British Medical Journal*, 311, 417-420.
- Werdelin, L., Misfeldt, J., Melbye, M. y Olsen J. (1992). An update on knowledge and sexual behaviour among students in Greenland. *Scandinavian Journal of Social Medicine*, 20, 158-64.
- Westhoff, W., McDermott, R., Holcomb, D. (1996). HIV risk behaviors: a comparison of U.S. Hispanic and Dominican Republic youth. *AIDS Education and Prevention*, 8, 106-14.

- Whitehouse, M. A. y McCabe, M. P. (1997). Sex education programs for people with intellectual disability: how effective are they? *Education and Training in Mental Retardation and Developmental Disabilities*, 32 (3), 229-240.
- Wolfensberger, W. (1972): *Normalization: The Principles of Normalization in Human Services*. Toronto: National Institute of Mental Retardation.
- Wolfensberger, W. (1980). The Definition of Normalization: Update, Problems, Disagreements, and Misunderstandings. En R. Flynn y K. Nitsch (Eds.), *Normalization, Social Integration and Human Services* (pp. 71-115). Baltimore: University Park Press.
- Wolfensberger, W. (1983). Social Role Valorization: A Proposed New Term for the Principle of Normalization. *Mental Retardation*, 21 (6), 234-239.
- Wolfensberger, W. (1984). A Reconceptualization of Normalization as Social Role Valorization. *The Canadian Journal of Mental Retardation*, 34 (2), 22-26.
- Yarber, W., Bauserman, R., Schreer, G., Davis, S. y Davis, C. (1998). *Handbook of Sexuality-related Measures*. California: Sage Publications.
- Zabin, L. S, Hirsch, M. B, Smith, E. A, Streett, R. y Hardy J. B. (1986). Evaluation of a pregnancy prevention program for urban teenagers. *Family Planning Perspectives*, 18, 119-126.
- Zelnik M. y Shah F. (1983). First intercourse among young Americans. *Family Planning Perspectives*, 15, 64-72.
- Zilboorg, G. y Henry, G.W. (1968). *Historia de la Psicología Médica*. Buenos Aires: Psiqué.



reunido el Tribunal integrado por los abajo firmantes
 en el día de la fecha, para Juzgar la Tesis Doctoral de
 D. / D^a. YOLANDA NAVARRO ARN

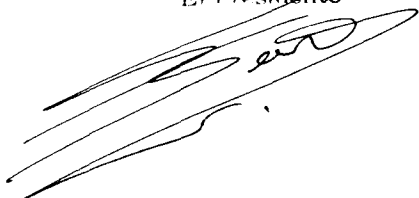
Titulada ANÁLISIS DE UN PROGRAMA DE EDUCACIÓN AFECTIVO
 SEXUAL PARA LA PREVENCIÓN DE CONDUCTAS SEXUALES DE RIESGO EN
 PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL
 acordó otorgarle la calificación de SORRESALIENTE
CUM LAUDE POR UNANIMIDAD

Huelva, 07 de DICIEMBRE de 2006

El Vocal


 ERRADOS. -

El Presidente



El Vocal

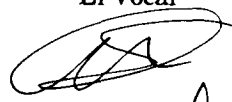
PILOAR MARTÍNEZ



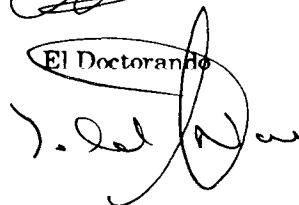
El Secretario



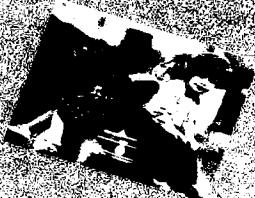
El Vocal



El Doctorando



ANÁLISIS DE UN PROGRAMA DE EDUCACIÓN AFECTIVO SEXUAL PARA LA
PREVENCIÓN DE CONDUCTAS SEXUALES DE RIESGO EN PERSONAS CON
DISCAPACIDAD INTELECTUAL



DOCTORANDA:
Dña. Yolanda Navarro Abal

DIRECTORES:
Dr. D. Luis Miguel Pascual Orts
Dña. Dña. Esperanza Torrico Linares

UNIVERSIDAD DE HUELVA
BIBLIOTECA



0000210731