

Universidad de Burgos



Grado en Terapia Ocupacional

TRABAJO DE FIN DE GRADO:
ACTITUDES DE FAMILIARES Y PROFESIONALES
HACIA LA SEXUALIDAD Y AFECTIVIDAD DE
PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL
Curso 2016-2017

SALAS LEYVA, CARMEN

DIRECTOR: JIMENEZ BENITO, FRANCISCO JAVIER

ÍNDICE DE CONTENIDOS

1. Introducción	6
1.1. Concepto e historia de la sexualidad.....	6
1.2. Mitos y prejuicios hacia la sexualidad y afectividad de las personas con discapacidad intelectual	8
1.3. Importancia y relevancia del estudio para la terapia ocupacional	10
2. Objetivos	13
3. Hipótesis	13
4. Metodología	14
4.1. Muestra	14
4.2. Instrumento de medida.....	15
4.3. Consentimiento informado.....	16
4.4. Análisis de datos y programas	17
4.5. Diseño	18
5. Resultados	19
5.1. Análisis descriptivos	19
5.2. Análisis inferenciales	22
6. Discusión	27
6.1. Limitaciones y puntos fuertes	32
6.2. Futuras investigaciones	34
6.3. Aportaciones teóricas y prácticas.....	35
7. Agradecimientos	37
8. Bibliografía	38
9. Anexos	46

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Análisis estadístico por hipótesis.....	17
Tabla 2. Clasificación de las variables según hipótesis.....	17
Tabla 3. Análisis descriptivo de cada subdimensión.....	19
Tabla 4. Resultados Chi ² en profesionales	23
Tabla 5. Resultados Chi ² en familiares.....	23
Tabla 6. Media de subdimensión en ambos grupos (F/P)	26
Tabla 7. Resumen de la significatividad obtenida tras el análisis con T de Student de cada subdimensión.....	27
Tabla 8. Conclusiones según hipótesis, análisis y resultados.....	28

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Importancia percibida por familiares	20
Figura 2. Descripción de discapacidades que el familiar presenta además de DI.....	21
Figura 3. Gráfico según las medias obtenidas por cada grupo de profesionales en el cuestionario de actitudes.....	25

RESUMEN

Introducción: La sexualidad es un aspecto clave del ser humano, reconocido por Naciones Unidas el derecho de la persona a decidir sobre su vida sexual. Sin embargo, dicho derecho es habitualmente negado a las personas con discapacidad intelectual (DI). Los profesionales que atienden directamente a este colectivo y sus familiares son determinantes para su desarrollo, por lo que su actitud hacia la sexualidad es fundamental para empoderar a esta minoría. **Objetivo:** Conocer las actitudes que familiares y profesionales tienen hacia la sexualidad y afectividad de las personas con DI. **Metodología:** Se trata de un estudio cuasiexperimental donde se han obtenido los datos de manera transversal mediante la escala de actitudes hacia el ámbito de la sexualidad de las personas con DI. **Resultados:** Los datos recogidos fueron analizados con el programa estadístico “IBM SPSS Statistics v.21 x86”. Tras realizar las pruebas estadísticas pertinentes se obtuvieron resultados relevantes y diferencias significativas entre los grupos. **Discusión:** Los familiares tienen una actitud conservadora, que no varía según el grado de DI del pariente, los trabajadores sociosanitarios y de servicios sociales son más positivos, al igual que aquellos que dan más importancia a ofrecer una educación sexual adaptada.

Palabras clave: Actitudes, discapacidad intelectual, sexualidad, afectividad, esterilización, maternidad/paternidad, educación sexual, familiares, profesionales, autonomía, terapia ocupacional.

ABSTRACT

Introduction: Sexuality is a key aspect of the human being recognized by the UN as the right of the person to decide on their sex life. However, this right is denied to people with intellectual disabilities (ID). Professionals who take care of this group and their relatives are determinants for their development, so their attitude towards sexuality is fundamental to empower this minority. **Target:** To know the familiar and professional attitudes towards the sexuality and affectivity of people with ID. **Methodology:** This is a quasi-experimental study where the data have been obtained in a cross-sectional way through the scale of attitudes towards the sexuality of people with ID. **Results:** The collected data were analyzed with the statistical package "IBM SPSS Statistics v.21 x86". After performing the pertinent statistical tests, relevant results and significant differences between the groups were obtained. **Discussion:** Family members have a conservative attitude, which does not vary according to the degree of ID of the relative, social workers and social services are more positive, as are those who give more importance to offer an adapted sex education.

Key words: Attitudes, intellectual disability, sexuality, affectivity, sterilization, maternity/paternity, sexual education, family, professionals, autonomy, occupational therapy.

1. INTRODUCCIÓN

“Mi cuerpo es bello. Porque siente, siente cómo otros cuerpos vienen y se acercan. Siente el cansancio y el placer. Se enfada cuando lo trato mal y se alegra cuando lo cuido, cuando le doy premios. Es bello porque reconoce que hay otros cuerpos muy diferentes y no son enemigos (...). Sabe que tiene un papel muy importante: es el contenedor de toda mi persona y a través de él puedo comunicarme, tener proyectos, sufrir, amar...”

Cristina Agulló (1).

1.1. Concepto e historia de la sexualidad

El término sexualidad proviene de la palabra sexo, con origen latino “*sexus*”, que deriva de “*sectus*” que significaba sección, ya que tanto la mujer como el hombre provienen del mismo elemento según el relato bíblico: así el hombre fue creado del barro y la mujer como parte de ese hombre creado (2).

Puede resultar paradójico que la palabra sexo tenga un origen etimológico del ámbito religioso, pero casi todas las culturas dan un sentido espiritual, positivo o negativo, al acto sexual y al erotismo. La sexualidad tiene unas connotaciones que van más allá del mero acto físico, con lo cual, para entender el concepto actual que tiene la población sobre sexualidad y las actitudes hacia la misma, se debe hacer un breve repaso de la olvidada historia de la sexualidad.

Son muchos los autores que consideran que la sociedad en el paleolítico era igualitaria en cuanto al género, teniendo una estructura social matriarcal (3). Igualmente, los historiadores piensan que los seres humanos de entonces no asociaban el acto sexual a la reproducción, si no a la mera erótica y placer (4).

Posteriormente, en la época grecorromana, la sexualidad se vive como algo natural y público, aun siendo sociedades de organización monógama con comportamientos puramente machistas y clasistas (5). Sin embargo, en la Edad Media, con la entrada del cristianismo en la cultura occidental, se empezó a entender el coito como una desagradable necesidad para procrear (6).

En la Europa de finales del siglo XIX empieza la revolución sexual apareciendo pensadores y científicos, que, como Sigmund Freud (1856-1939), pretenden investigar,

definir y normalizar la sexualidad, aun permaneciendo en un contexto de gran represión sexual ligada a la tradición cultural del cristianismo (6), (7).

A comienzos del siglo XX empiezan a ser visibles los movimientos feministas, que hacen un análisis crítico del matrimonio convencional y cuestionan los estereotipos de género. Prácticamente de forma paralela, en la Alemania nazi se empezaba a hablar de vidas que no merecen la pena ser vividas y a promocionar políticas eugenésicas, “*muertes por compasión*”, y de esterilización forzosa de las personas con discapacidad intelectual o trastorno mental (8).

En la década de 1960, la comercialización de la píldora anticonceptiva, provocó que se empezara a replantear el punto de vista que se tenía hacia la sexualidad y las estructuras familiares (9). Este avance científico fue una revolución histórica en relación a la sexualidad, porque permitía que las mujeres separaran la sexualidad de la procreación.

En España hay un evidente retraso que se viene arrastrando desde siglos anteriores. Además, hay que tener presente el gran paréntesis que supuso la dictadura franquista, que basándose en el puritanismo cristiano, persigue la homosexualidad y toda expresión sexual fuera del matrimonio (10).

Después de esta breve revisión histórica, hay que definir la palabra sexualidad, aunque no es una tarea tan sencilla, puesto que es una palabra cuyo significado varía considerablemente según el contexto social, cultural, histórico e incluso político. Aunque diferentes autores coinciden en que se trata de un aspecto innato y fundamental del ser humano, que ocupa multitud de ámbitos de la vida de la persona.

La actividad sexual a lo largo de la existencia del ser humano, no siempre ha estado ligada a la procreación, como se ha dicho anteriormente. Naciones Unidas aprueban la separación de derechos sexuales y reproductivos de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo de El Cairo (1994) que introducen y definen el término salud reproductiva*, muy importante en el ámbito de la salud y la sexualidad (11).

* “Capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia” (11).

Posteriormente, el término sexualidad es definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2006 como un concepto en el que no solamente se contempla el placer y el acto sexual en sí mismo, sino de forma más amplia y plural, añadiendo la afectividad y las relaciones interpersonales:

“Aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida. Abarca al sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se vivencia y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales.” (12)

1.2. Mitos y prejuicios hacia la sexualidad y afectividad de las personas con discapacidad intelectual

La definición que da la OMS difiere mucho de la realidad que muestran los medios de comunicación y la pornografía, que exponen una forma de entender la sexualidad centrada exclusivamente en el coito y apta solamente para cierto tipo de cuerpos de determinada forma, edad y orientación sexual.

El modelo cultural que se presenta en los medios de comunicación, la televisión y en anuncios publicitarios, destaca como bello un cuerpo joven y esbelto en mujeres y musculado en hombres. Conseguir este ideal de belleza es sinónimo de placer y de éxito (13). Actualmente la pornografía es una de las ventanas más comunes a la sexualidad, mostrando una realidad en la que priman patrones estéticos y prácticas agresivas que están lejos de lo que en realidad satisface a las personas.

Si estos estereotipos sobre la sexualidad y la forma de interaccionar con los demás frustran e influyen a las personas sin discapacidad o diversidad funcional, ¿cómo se sentirán e interpretarán su sexualidad aquéllos que tienen dificultades para adaptarse y comprender lo que sucede a su alrededor, como son las personas con discapacidad intelectual (DI)?

La DI según la Asociación americana de discapacidades intelectuales y del desarrollo (AAIDD) se caracteriza por *“limitaciones significativas tanto en funcionamiento intelectual, como en conducta adaptativa, tal y como se ha manifestado en habilidades*

adaptativas, conceptuales y prácticas. Esta discapacidad se origina antes de los 18 años” (14).

Las personas con este tipo de discapacidad, ya de por sí, sufren discriminación en prácticamente todos los contextos y entornos comunes donde participa (15). Incluso en el ambiente familiar, según un estudio realizado por profesores de la Universidad de Alicante (16). Al igual que en otro estudio realizado por la asociación Tecnológica de Estudios e Intervención Social (TESIS) de la Universidad Autónoma de Madrid, que concluye que las familias con personas con discapacidad se muestran reticentes a la idea de que su familiar pueda tener una relación amorosa continuada (17).

Al contrario, o precisamente a causa del silenciamiento de su vida sexual y sentimental, se puede llegar a pensar que son individuos hipersexuados. Existiendo la tendencia a definir la sexualidad de las personas con DI como simplemente una pulsión que debe ser satisfecha, dejando de lado sus necesidades afectivas.

Sin embargo, la realidad es que la *“inteligencia y la sexualidad no van correlacionadas”*, los problemas que puede presentar en la búsqueda y conocimiento de su persona como ser sexual, suelen ser motivados por las barreras sociales y la restricción de su intimidad (18).

La infantilización y la sobreprotección retrasan eternamente la capacidad de toma de decisiones, creando una persona dependiente. Así mismo, al ser considerados *“eternos niños”*, no se respeta su intimidad ni se le enseña a diferenciar lo público de lo privado, por lo que estas personas podrían realizar comportamientos que resulten obscenos al resto. Además, lamentablemente es un sector en el que la prevalencia de abusos sexuales es mayor que en la población sin discapacidad. Señalándose como factor de desprotección la falta de educación sexual y la pérdida de su concepto de intimidad (19).

Otro mito muy común acerca de las personas con DI es que van a tener descendencia con las mismas características: *“la discapacidad engendra discapacidad”* (19). Algo que solo se da en algunos casos en el que la discapacidad tiene origen genético.

Tanto es el miedo a que tengan descendencia, que en España se permite la esterilización sin consentimiento de una persona con discapacidad incapacitada legalmente. Controvertido tema muy estudiado en el ámbito legislativo, pero que en la práctica, no se sabe cómo

abordar. El Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad (CERMI) estima que se producen unos 100 procesos judiciales al año para esterilizar a la fuerza a personas con discapacidad (20) y la Asociación Europea del Síndrome de Down (EDSA) ha presentado evidencias de que la esterilización de mujeres con discapacidad intelectual es común sin su consentimiento, o sin que ellas comprendan el objetivo de la operación (21).

Otro procedimiento legal que es muy criticado por asociaciones de personas con diversidad funcional como el Foro de Vida Independiente y Diversidad (FVID), es lo que ellos llaman “*aborto eugenésico*”. En 1985 se despenaliza la interrupción del embarazo cuando el feto va a nacer con una discapacidad con un plazo bastante más amplio (22 semanas) que si se aborta por cualquier otro motivo (22). En la nueva Ley del Aborto aprobada en 2010, además se permite interrumpir el embarazo en cualquier momento del mismo siempre que el feto tenga “*una enfermedad extremadamente grave e incurable*” (23).

Ante el ataque a la vida sexual y afectiva de las personas con diversidad funcional, en España han surgido diferentes colectivos y asociaciones que reivindican sus derechos sexuales. Destacando el documental *Yes We Fuck* (YWF) (24) promovido por el colectivo directamente implicado, que muestra historias de sexualidad y afectividad de los participantes, señalando, especialmente, la polémica figura del asistente sexual (ANEXO I) (25). Igualmente, a nivel asistencial, también se han puesto en marcha diferentes proyectos como el de la “Asociación Sexualidad y Discapacidad” que tiene el objetivo de “*atender, educar y prestar apoyos a la Sexualidad de las personas con discapacidad*” (26).

1.3. Importancia y relevancia del estudio para la terapia ocupacional

Según la Federación Internacional de Terapeutas Ocupacionales (WFOT) “*la terapia ocupacional (TO) es una profesión que se ocupa de la promoción de la salud y el bienestar a través de la ocupación*”. Con el objetivo de dotar a las personas de autonomía para llevar a cabo las actividades de la vida diaria (27).

Es casi obligatorio que el terapeuta ocupacional tenga en cuenta un área tan importante en el ser humano como es la sexualidad, que, a priori, con tan solo leer la definición de la profesión, encaja perfectamente en sus competencias.

La primera y segunda ediciones del Marco de Trabajo de la Terapia Ocupacional, elaborado por la American Occupational Therapy Association (AOTA), consideran la sexualidad y la afectividad prácticamente de la misma forma. La actividad sexual se encuentra dentro de las actividades básicas de la vida como puede ser la higiene personal o la alimentación y es descrita como “*participar en actividades que busquen la satisfacción sexual*”, entendiendo este concepto como pulsión básica en búsqueda de la autosatisfacción (28), (29).

En dichos documentos, en el área de la ocupación “*participación social*” en el apartado de “*participación con amigos y compañeros*”, aparece la palabra intimidad y deseo, en lo que sí se puede vislumbrar un concepto más humano donde puede caber la autodeterminación y el afecto (28), (29).

En la tercera edición del Marco de Trabajo de la AOTA se incluyen artículos en los que se define la ocupación añadiendo otras esferas que conforman el ser, como la sexual o la política, aparte de la social, física o mental. Además, se amplía la definición de la “*actividad sexual*” agregando los conceptos de necesidad reproductiva y relacional. Sin embargo, la actividad sexual sigue categorizándose como actividad de la vida diaria (30).

Por otro lado, dentro de las tres ediciones del Marco de Trabajo de la AOTA también se encuentra un espacio para la crianza dentro de las actividades instrumentales para la vida diaria (28), (29), (30).

A pesar de que, la actividad sexual es sin duda un campo relacionado con la TO, en pocas ocasiones se aborda el tema. En un estudio realizado en Inglaterra se concluye que aunque los terapeutas ocupacionales entienden la importancia de abordar la sexualidad, se encuentran muy limitados a la hora de responder a las necesidades de los usuarios (31).

El entorno es definido por la segunda edición del Marco de Trabajo de la AOTA como espacio donde el cliente ejerce la ocupación. Éste puede ser físico o social. Esta investigación, en concreto, se enmarca en el entorno social, que está formado, según el mismo documento “*por la presencia, relaciones y expectativas de las personas, grupos y organizaciones con las que tiene contacto el cliente*” (29). Asimismo, dentro de este entorno próximo que rodea al usuario, se quiere analizar las actitudes que, según la

Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF), pueden actuar como barrera o facilitador, en este caso, para que el usuario participe en su vida sexual y afectiva (32).

El modelo propio de terapia ocupacional que se suele utilizar para el trabajo de la sexualidad en el colectivo de usuarios con discapacidad intelectual y sus familias es el Modelo de Ocupación Humana (MOHO) que define a la persona como ser sexual, espiritual y social y que abarca todos los campos innatos al ser humano (33).

Ya que el MOHO es utilizado con el fin de conseguir la competencia y la satisfacción del cliente mediante actividades necesarias para su propio bienestar, en esta investigación, donde se quiere analizar las actitudes del entorno social próximo, toma especial relevancia. Debido a que este modelo se apoya en la teoría de sistemas para entender al ser humano y describe cómo el ambiente social influye en la manera de entender el mundo, de percibir capacidades y de elegir lo que resulta placentero hacer (valores, causalidad personal e intereses) (34).

El modelo PLISSIT, aun no siendo propio de terapia ocupacional, es muy utilizado por profesionales sociosanitarios para el abordaje de la sexualidad en personas con cualquier discapacidad. Sin embargo, este modelo se enfoca demasiado en los problemas que pueden tener los usuarios desde un punto de vista asistencial y no en la educación sexual preventiva. Obviando también un enfoque más amplio que tenga en cuenta el entorno, por lo que este modelo, aunque pueda ayudar al profesional, es un tanto limitado para realizar una intervención desde TO (35).

Por último, hay que mencionar otro modelo para el abordaje sexológico, que es el Biográfico-Profesional, con un concepto amplio y libre de estereotipos de sexualidad, que contempla la diversidad y el entorno inmediato del ser humano. Dividiéndose el proceso de educación sexual en tres roles: persona, progenitores y docentes (36). Sin embargo, este modelo no es propio de la terapia ocupacional.

Como conclusión, tras la revisión bibliográfica sobre los modelos de trabajo, el estudio que nos ocupa estará enmarcado por el MOHO, ya que, no solo es propio de la disciplina, si no que sus principios se ajustan perfectamente a la finalidad de este trabajo.

¿Qué áreas estudiadas son las que suponen una barrera, o al contrario un facilitador, a la hora de que el usuario viva de forma independiente su sexualidad? ¿Los profesionales tienen un concepto menos prejuicioso que los familiares? ¿Los trabajadores sociosanitarios y tienen menos prejuicios que otras disciplinas? ¿Las mujeres abordarán más esta necesidad? ¿Dependerán las actitudes del grado de discapacidad del familiar?

2. OBJETIVOS

El objetivo general de la investigación será conocer las actitudes que familiares y profesionales tienen hacia la sexualidad y afectividad de las personas con discapacidad intelectual, con el fin de identificar en qué área o áreas estudiadas tienen más prejuicios, los factores que pueden influir en éstos y si existen diferencias entre ambos grupos.

Una vez enmarcado el estudio, se concretan tres propósitos específicos: 1) Conocer si existen diferencias entre profesionales y familiares en la disposición que se tiene hacia el tema investigado. 2) Averiguar si variables sociodemográficas como sexo, edad, nivel de formación, importancia autopercebida, lazos familiares o grado de discapacidad del familiar, influyen en la percepción de la sexualidad y afectividad. 3) Saber las actitudes concretas hacia la maternidad, esterilización, aborto, sexualidad, abuso, capacidad de toma de decisiones y crianza y las diferencias entre familiares y profesionales.

3. HIPÓTESIS

Asimismo, ante la complejidad de este estudio se plantean seis hipótesis: 1) Los familiares tienen una disposición más desfavorable que los profesionales hacia la sexualidad y afectividad de las personas con DI. 2) Las mujeres profesionales han abordado más el ámbito de la sexualidad en sus usuarios que los hombres y asimismo, las mujeres familiares han percibido mayor necesidad de tratar este tema. 3) Los familiares de personas con discapacidad mixta (intelectual y de alguna otra naturaleza como física, sensorial o trastorno mental) tendrán actitudes más negativas que los familiares de personas que solo tienen DI, aunque, los que tienen un miembro con DI moderada tendrán actitudes más positivas que los que presentan DI severa. 4) Los profesionales sociosanitarios tienen

menos prejuicios que profesionales de otras ramas. 5) A mayor percepción de necesidad de una educación sexual adaptada a las personas con discapacidad (en profesionales) mejor actitud refleja el cuestionario. 6) Los profesionales mantienen una postura más favorable hacia el área de toma de decisiones, crianza y maternidad y presentarán una puntuación más igualada con familiares en el área de esterilización, abuso y aborto.

4. METODOLOGÍA

4.1. Muestra

Para seleccionar los elementos de la muestra se ha llevado a cabo un muestreo no aleatorio por conveniencia. Se contactó con asociaciones de familiares y profesionales primeramente vía e-mail enviándoles el proyecto piloto, llevado a cabo para la divulgación del estudio, documento en el que se reflejan los criterios de inclusión (ANEXO II).

La muestra inicial consta de 83 personas sin discapacidad, 19 familiares y 64 profesionales, de las cuales el 81,9% son mujeres y el 18,1% hombres, con edades comprendidas entre los 22 y 72 años, siendo la edad media de 40,1 (d.t.= 13,1).

Con respecto a los familiares (F) han participado padres (73,7%), hermanos (21,1%) y tíos (5,3%), con una media de edad de 51,8 años (d.t.=13,7) entre los que se encuentran personas desde los 24 años hasta los 72, siendo la mayoría mujeres (78,9%). Casi la mitad (47,4%) ha cursado estudios universitarios, formación profesional el 21,1%, bachillerato el 10,5%, estudios primarios un 15, 8% y solamente el 5,3% no tiene estudios.

Por último, el grupo de profesionales (P), se compone de un 82% de mujeres y tiene una edad media de 36,6 años (d.t.=10,7) entre los que se encuentran personas desde los 22 hasta los 60 años. En él se puede encontrar 12 disciplinas distintas que han sido clasificadas en cuatro grupos; sociosanitarios (48,4%), de abordaje de las necesidades sociales (3,1%), sanitarias (15,6%) y educativas (32,8%) (ANEXO III).

4.2. Instrumento de medida

Al comienzo del cuadernillo de recogida de datos que fue entregado a los participantes, aparece un párrafo donde se explica brevemente el propósito del estudio, la importancia de la sinceridad a la hora de contestar a las preguntas y el carácter voluntario del mismo.

Más adelante, se han incluido una serie de variables sociodemográficas, distintas en familiares y profesionales, combinadas con una serie de preguntas, con el objetivo de controlar variables que, tras la revisión bibliográfica, se ha creído que pueden influir en los resultados obtenidos en el cuestionario.

Para medir las actitudes que tiene el entorno próximo hacia la sexualidad y afectividad de las personas con DI, se ha utilizado el cuestionario de actitudes hacia el ámbito de la sexualidad de las personas con discapacidad intelectual elaborado en 2013 por la asociación TESIS, que lo emplea para publicar el artículo *“Actitudes hacia la esterilización, maternidad/paternidad y habilidades de crianza de las personas con discapacidad intelectual: un estudio preliminar”* (17) en el que presenta un alfa de Cronbach= 0,875. Cuestionario autoadministrado, no validado, pero elaborado en España y confeccionado por un comité de expertos tras el análisis de la documentación disponible y reunirse con personas que están en contacto con el colectivo.

Dicho instrumento se facilitará tanto a profesionales como a familiares y consta de 35 ítems, del tipo: *“Las personas con discapacidad intelectual no deberían recibir información y educación sexual porque se exponen a posibles peligros (ej. Abusos sexuales)”*. A los que el participante, deberá responder según su grado de conformidad, en una escala tipo Likert con 5 opciones que oscilan entre *“muy de acuerdo”* (5) y *“muy en desacuerdo”* (1), habiendo 8 ítems del total que se interpretan de forma inversa. Con lo cual, a mayor puntuación las actitudes serán más negativas y viceversa. Asimismo, las afirmaciones se pueden dividir en las siguientes subdimensiones: sexualidad (5 ítems), relaciones de pareja (2 ítems), maternidad/paternidad (13 ítems), abuso sexual (2 ítems), crianza (4 ítems), capacidad de toma de decisiones (2 ítems), educación sexual (2 ítems), esterilización (3 ítems) y aborto (2 ítems) (ANEXO IV).

En el presente estudio, el alfa de Cronbach del total de los ítems que conforman la escala, es igual a 0,905. En las subdimensiones el alfa de Cronbach toma los siguientes valores: sexualidad (0,71), relaciones de pareja* (p=.342), maternidad/paternidad (0,71), abuso sexual* (p=.000), crianza (0,81), capacidad de toma de decisiones* (p=.000), educación sexual* (p=.668), esterilización (0,83) y aborto* (p=.000).

Finalmente, tras la recopilación de las preguntas sociodemográficas y el cuestionario, se obtienen los cuadernos de recogida de datos, una versión para familiares (ANEXO V) y otra versión para profesionales (ANEXO VI).

4.3. Consentimiento informado

La mayoría de personas que conforman la muestra han recibido, junto con el cuaderno de datos, una carta explicándoles las generalidades del estudio (ANEXO VII), la hoja informativa en el que se explican los derechos de los participantes (ANEXO VIII) y el consentimiento informado en el que tendrán que firmar que están de acuerdo con la participación en el mismo (ANEXO IX). Todos estos documentos se entregan en hojas separadas al cuaderno de datos, no vinculándose los resultados del cuestionario a la información personal del sujeto que lo cumplimenta.

Exceptuando los datos obtenidos de los 18 terapeutas ocupacionales que han cumplimentado el mismo cuestionario vía on-line. Ya que se contactó con una asociación española de terapeutas ocupacionales para que dichos profesionales aparecieran en el estudio, pues los centros que decidieron participar no disponían de dicha especialidad o estos decidieron no colaborar. En este caso, al comienzo del cuestionario se dejaba claro que era un estudio confidencial y voluntario (ANEXO X).

* En las subdimensiones indicadas, se ha realizado una correlación para determinar la consistencia interna, puesto que se componen de dos ítems: Relaciones de pareja: $r(83)=.107$ n.s. Abuso sexual: $r(83)=.830$, $p<.0001$ Capacidad de toma de decisiones: $r(83)=.473$, $p<.0001$ Educación sexual: $r(83)=.048$ n.s. Aborto: $r(83)=.596$, $p<.0001$

4.4. Análisis de datos y programas

Para comprobar las hipótesis que se plantearon anteriormente se ha utilizado el programa estadístico “IBM SPSS Statistics v. 21 x86”.

Asimismo, en la tabla 1 se puede observar el análisis estadístico que se va a realizar para cada hipótesis. Seguidamente se encuentra la tabla 2 donde se clasificarán las variables dependientes e independientes que forman cada hipótesis planteada en el estudio.

Tabla 1. Análisis estadístico por hipótesis. Fuente de elaboración propia

Hipótesis	Análisis estadístico
Hipótesis 1	T de Student para muestras independientes
Hipótesis 2	Chi cuadrado
Hipótesis 3	T de Student para muestras independientes
Hipótesis 4	ANOVA
Hipótesis 5	Correlación de Pearson
Hipótesis 6	MANOVA

Tabla 2. Clasificación de las variables según hipótesis. Fuente de elaboración propia

Hipótesis	Variable/s dependiente/s	Variable/s independiente/s
Hipótesis 1	Actitud general hacia la sexualidad	F/P
Hipótesis 2	Abordaje de la sexualidad (P) y necesidad de tratar la sexualidad (F)	Sexo
Hipótesis 3	Actitud general hacia la sexualidad	Discapacidad (mixta/no) y grado de DI de familiar

Hipótesis 4	Actitud general hacia la sexualidad	Clasificación de profesionales
Hipótesis 5	Actitud general hacia la sexualidad	Necesidad de educación sexual
Hipótesis 6	Toma de decisiones, crianza, maternidad, abuso, esterilización y aborto	F/P

4.5. Diseño

Se trata de un estudio que utiliza un método de investigación cuantitativa de tipo cuasiexperimental. Se ha utilizado este diseño ya que es un tema bastante delicado y había poca disposición para la participación en el estudio, por lo que ha resultado complicado realizar un muestreo aleatorio. En cambio, sí se ha tenido en cuenta que los participantes cumplan un perfil determinado para que la experiencia de los encuestados fuera similar y evitar la influencia de variables extrañas. Además, el hecho de respetar la formación natural de los grupos y de utilizar un entorno que para ellos era habitual, ha ayudado a la adhesión al estudio.

Según la validez interna se puede clasificar como un estudio cuasiexperimental, puesto que, aunque el cuestionario no está validado, sí se siguen métodos de control de variables extrañas y de selección de la muestra. Como por ejemplo el hecho de que, aunque el cuestionario fuera cumplimentado según las actitudes hacia el colectivo en general, se recogieran variables que hacen referencia a la persona con discapacidad con la que se tiene parentesco, ya que se pensó que la experiencia personal del encuestado podría influir en los resultados.

Por otro lado, se han recogido los datos de manera transversal, ya que tan solo se buscaba analizar actitudes, sin incluir elementos que pudieran influir en las variables dependientes.

Finalmente, este estudio, según las variables independientes y dependientes utilizadas, es de tipo multivariado-multivariado, puesto que en las hipótesis que se plantean, hay en total 9 variables dependientes y 6 independientes.

En cuanto al procedimiento que se siguió para llevar a cabo el estudio, en primer lugar, se procedió a la elaboración de los cuadernos de recogida de datos, el consentimiento informado, la hoja informativa y la carta explicativa, así como un pequeño proyecto piloto a fin de enviárselo a las asociaciones donde se explica la naturaleza del estudio, objetivos del mismo, instrumento utilizado y criterios de inclusión (ANEXO XI).

Posteriormente, se contactó mediante correo electrónico, con diversos centros de atención a personas con discapacidad intelectual de Burgos y Madrid, con el objetivo de concertar una cita para presentarles el proyecto. Se acudió a los centros que se mostraron receptivos, explicándoles el estudio personalmente a los responsables del área de psicología u orientación. Aquellos que decidieron participar, tuvieron que hacer un análisis de los familiares y profesionales que cumplieran los criterios de inclusión para que después, la investigadora, les hiciera llegar los cuestionarios, el consentimiento informado y la carta. Los departamentos con los que se contactó, se encargaban de enviárselo a los posibles participantes y de recogerlos. Excepto en una ocasión, donde se tuvo que explicar el proyecto a un grupo de familiares y facilitarles los cuestionarios directamente, que rellenaron después y fueron recogidos por la institución.

5. RESULTADOS

5.1. Análisis descriptivos

A continuación, se mostrarán los resultados de cada subdimensión que conforma la escala, teniendo en cuenta la puntuación de ambos grupos, familiares y profesionales (ver tabla 3).

Tabla 3. Análisis descriptivo de cada subdimensión. Fuente de elaboración propia

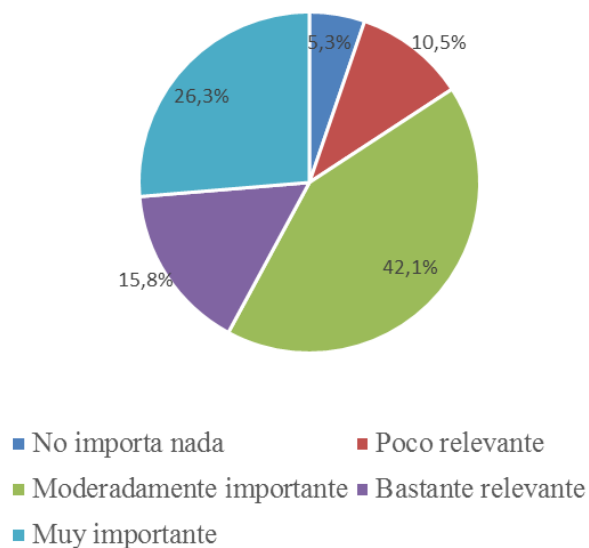
Subdimensión	Media	D.T.	Mínimo	Máximo
Toma de decisiones	2,1687	±1,05714	1,00	5,00
Sexualidad	1,6470	±0,76829	1,00	4,40
Abuso	2,2349	±1,14054	1,00	5,00

Maternidad/Paternidad	2,1735	±0,57632	1,31	3,54
Crianza	2,3082	±1,03174	1,00	5,00
Esterilización	2,5261	±1,19180	1,00	5,00
Aborto	2,4277	±1,20247	1,00	5,00
Relaciones de pareja	1,9759	±0,91699	1,00	5,00
Educación sexual	1,6024	±0,73980	1,00	4,00

Por otro lado, en el grupo de familiares, se observa que el 36,8% tiene la necesidad de abordar la sexualidad y afectividad con sus familiares, frente al 63,2% que no lo encuentra necesario. Del total de sujetos que ha percibido la necesidad de tratar el tema, el 57,1 % no recibió ayuda de ninguno de los profesionales que trabajaba con la persona con la que se vinculaba, frente al 42,9% que recibió ayuda del psicólogo.

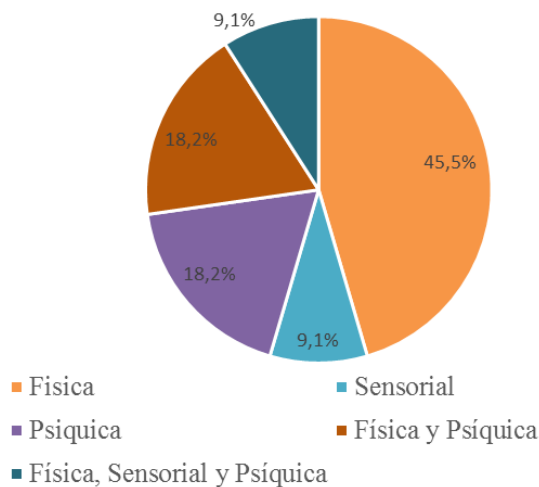
A la pregunta de la importancia que tiene para ellos realizar una educación sexual adaptada a las personas con discapacidad, casi la mitad contestó que era algo moderadamente importante (ver figura 1).

Figura 1. Importancia percibida por familiares. Fuente de elaboración propia



Con respecto a las personas con discapacidad, con las que se vincula a los participantes, la media de edad es de 28,2 (d.t.=10,3) siendo la edad mínima 16 años y la máxima 50, con una proporción bastante igualada entre mujeres (57,9%) y hombres (42,1%). En conjunto, el 21,1% presenta DI moderada frente al 78,9% que presenta DI severa. Mientras que, el 42,1% solo tiene discapacidad intelectual y el 57,9% tiene además, otro tipo de discapacidad o discapacidades en las siguientes proporciones (ver figura 2):

Figura 2. Descripción de discapacidades que el familiar presenta además de DI. Fuente de elaboración propia



En último lugar, analizando las cuestiones dirigidas a profesionales, se percibe que el 50,0% no recibió formación para abordar la sexualidad de personas con discapacidad cuando cursó su especialidad, el 31,3% abordó muy poco el tema en clase, al 12,5% de los sujetos le dieron pautas para trabajar con algún colectivo y solamente el 6,3% tuvo una asignatura específica, aunque para el 92,2% del total es importantísimo ofrecer una educación sexual de calidad, el 4,8% lo percibe bastante importante y tan solo el 1,2% piensa que tiene una relevancia media. A pesar de que la mitad no recibió ninguna pauta para el tratamiento durante su formación, el 42,2% de profesionales ha trabajado la sexualidad y afectividad con sus usuarios siempre que lo ha necesitado, el 29,7% ha tenido la necesidad pero no ha sabido cómo hacerlo y el 28,1% nunca ha tenido esa necesidad.

Finalmente añadir, que la mayoría de trabajadores encuestados (72,6%) manifiestan, que la sexualidad y afectividad debe ser abordada por el equipo multidisciplinar, el 14,5% piensa que por el psicólogo, el 4,8% por el terapeuta ocupacional y el 3,2% por educadores.

5.2. Análisis inferenciales

En primer lugar, hay que comentar que la prueba de Kolmogorov-Smirnov indica que las pruebas que se han de realizar para comprobar las hipótesis deben de ser paramétricas, puesto que la significatividad es mayor que 0,05 tanto en el grupo de familiares ($p=.645$) como en el de profesionales ($p=.171$).

Para comprobar la primera hipótesis se ha realizado una T de Student para muestras independientes que indica que $t_{(81)}=3,86, p<0,001$. Por tanto, tras analizar los resultados se observa que hay diferencia estadísticamente significativa entre los grupos. La media obtenida por la familia es 2,57 (d.t.=0,60) mientras que la de profesionales es 1,98 (d.t.=0,49). Con lo cual, la hipótesis se confirma.

La segunda hipótesis se analizará utilizando la prueba Chi². La primera parte de la misma no se cumple, puesto que no hay diferencias significativas ($p=.403$), aunque en la tabla 4 se puede observar un porcentaje más elevado en mujeres (45,3%) que ha contestado que ha abordado el tema con los usuarios siempre que lo ha necesitado, frente al de hombres (27,3%). En la segunda parte de la hipótesis se realizará la misma prueba estadística, que muestra también una significatividad mayor de 0,05 ($p=.581$) por lo que no se asume disparidad entre los grupos y la hipótesis se rechaza. Pero si se examina la tabla 5 también en las familias son más las mujeres que perciben necesidad de tratar este asunto ($\text{♀}=40\%$, $\text{♂}=25\%$).

Tabla 4. Resultados χ^2 en profesionales. Fuente de elaboración propia

		No, nunca	Sí, pero no he sabido	Sí, siempre
♀	Recuento	15	14	24
	% dentro de sexo	28,3%	26,4%	45,3%
	% del total	23,4%	21,9%	37,5%
♂	Recuento	3	5	3
	% dentro de sexo	27,3%	45,5%	27,3%
	% del total	4,7%	7,8%	4,7%

[$\chi^2_{(2)}=1,816, p=0,403$ n.s.]

Tabla 5. Resultados χ^2 en familiares. Fuente de elaboración propia

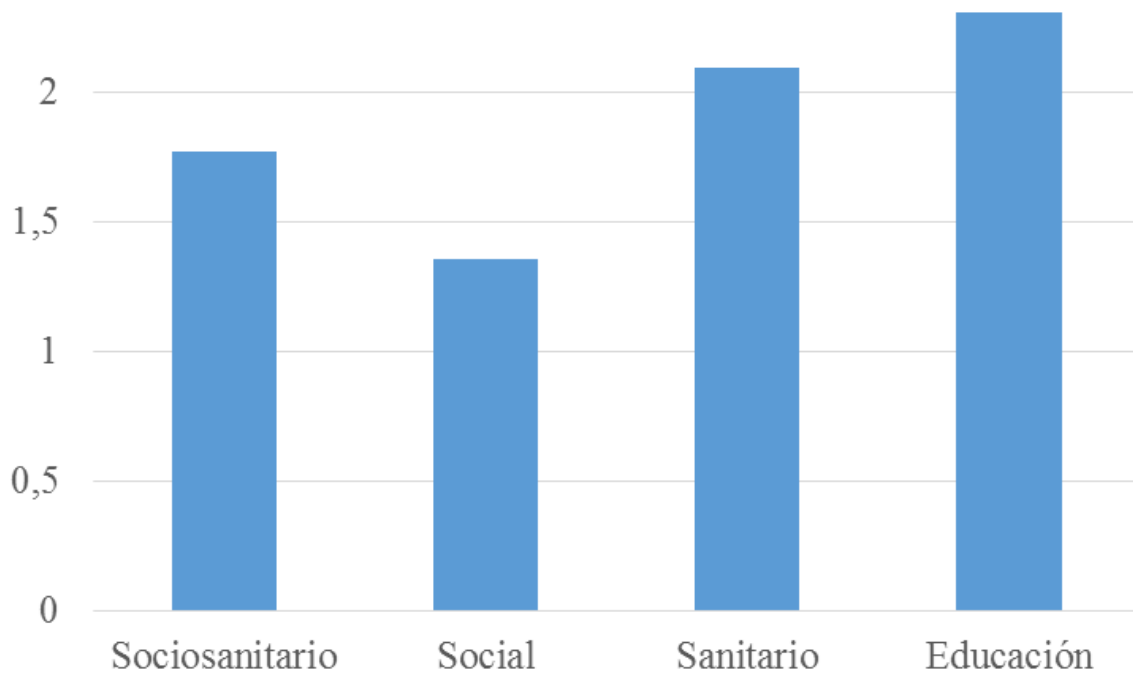
		No	Si
♀	Recuento	9	6
	% dentro de sexo	60,0%	40,0%
	% del total	47,4%	31,6%
♂	Recuento	3	1
	% dentro de sexo	75,0%	25,0%
	% del total	15,8%	5,3%

[$\chi^2_{(1)}=0,305, p=0,581$ n.s.]

La siguiente hipótesis también se rechaza, puesto que en ninguno de los dos análisis, realizados mediante la prueba T de Student para muestras independientes, se obtienen diferencias significativas. La primera prueba realizada ($t_{(17)}=0,859$, n.s.) indica que las actitudes de familiares hacia la sexualidad no varía significativamente ($p=.426$) cuando su pariente solo tiene discapacidad intelectual de cuando ésta se acompaña de otras discapacidades; y tras el segundo análisis ($t_{(17)}=0,267$, n.s.) tampoco se obtienen diferencias ($p=.727$) según el grado de discapacidad intelectual.

Para comprobar la cuarta suposición se ha utilizado la prueba estadística ANOVA que indica que $F_{(3,63)}=8,041, p<0,001$. Verificando que existen diferencias significativas ($p=.000$) entre los grupos de profesiones. Para cerciorarse de que la diferencia entre cada grupo es estadísticamente significativa, se vuelve a realizar la prueba señalando “*post hoc*” y se observa que verdaderamente, existe variabilidad entre el grupo sociosanitario y los grupos de educación ($p=.000$) y sanitario ($p=.044$), pero no entre el sociosanitario y social ($p=.194$). Según las medias, el grupo que tiene menos prejuicios es el de abordaje de las necesidades sociales (1,35 d.t.=0,06), seguido del que ofrece asistencia sociosanitaria (1,77 d.t.=0,39), el sanitario (2,09 d.t.=0,43) y el grupo que más prejuicios presenta es el vinculado a la educación (2,30 d.t.=0,48) (ver figura 3). Con lo cual, esta hipótesis se cumple parcialmente, los profesionales sociosanitarios no son los que menos prejuicios tienen, puesto que se encuentra en igualdad de condiciones que el grupo de profesiones sociales, pero si presenta actitudes más positivas que el grupo de sanitarios y educadores.

Figura 3. Gráfico según las medias obtenidas por cada grupo de profesionales en el cuestionario de actitudes. Fuente de elaboración propia



La hipótesis siguiente, se contrastará mediante una correlación de Pearson que señala que $r_{(64)}=-0,333, p<0,001$. Obteniendo como resultado una significatividad menor de 0,05 ($p=.007$) que indica que hay diferencias. Con lo cual, se procederá a examinar el valor “*correlación de Pearson*”, que al ser negativo, se confirma la hipótesis, ya que a mayor importancia autopercebida menor puntuación en la escala, lo que indica una mejor actitud.

Para la comprobación de la última hipótesis propuesta en el estudio, se va a utilizar la prueba estadística MANOVA. Una vez analizado el resultado, se comprueba que la disparidad de actitudes entre profesionales y familiares es estadísticamente significativa ($p=.000$), siendo la media, en casi todas las subdimensiones, mayor en familiares que el profesionales exceptuando la que se refiere a abuso sexual (ver tabla 6).

Tabla 6. Media de subdimensión en ambos grupos (F/P). Fuente de elaboración propia

Subdimensión	F/P	Media	Error típico
Toma de decisiones	Familia	3,158	.209
	Profesional	1,875	.114
Sexualidad	Familia	2,276	.158
	Profesional	1,460	.086
Maternidad/Paternidad	Familia	2,520	.126
	Profesional	2,071	.068
Crianza	Familia	2,873	.227
	Profesional	2,141	.124
Esterilización	Familia	3,105	.265
	Profesional	2,354	.144
Abuso	Familia	2,053	.262
	Profesional	2,289	.143
Aborto	Familia	2,974	.269
	Profesional	2,266	.146

[$F_{(7,75)}=4,350$, $p<0,001$]

Para corroborar la hipótesis hay que realizar una prueba T de Student por cada subdimensión, para observar si verdaderamente hay diferencias estadísticamente relevantes entre ambos grupos (ver tabla 7). Como resultado aclarar que, en todas las subdimensiones, los profesionales muestran menor prejuicio, excepto en la que se refiere a abuso sexual, que

no se observa distinción entre la actitud de ambos grupos. Con lo cual, esta hipótesis se acepta parcialmente, debido a que, sí es cierto que los profesionales presentan una postura más favorable hacia el área de toma de decisiones, crianza y maternidad/paternidad y que obtienen una puntuación similar a familiares en el área de abuso pero no en la de esterilización y aborto.

Tabla 7. Resumen de la significatividad obtenida tras el análisis con T de Student de cada subdimensión. Fuente de elaboración propia

Subdimensión	Significatividad (bilateral)
Toma de decisiones	0,000
Sexualidad	0,000
Maternidad/Paternidad	0,002
Crianza	0,006
Esterilización	0,015
Abuso	0,431
Aborto	0,028

6. DISCUSIÓN

Con respecto a los objetivos planteados en el estudio, se observa, tras el análisis de los resultados de las hipótesis (ver tabla 8), que verdaderamente los familiares tienen una actitud más negativa que los profesionales con respecto a las actitudes generales evaluadas por el cuestionario, existiendo una pequeña variabilidad si se comparan ambos grupos según las subdimensiones evaluadas por la escala, puesto que las actitudes del apartado abuso sexual se igualan entre familiares y profesionales. En cuanto a la influencia según datos sociodemográficos, se han encontrado diferencias entre el grupo de clasificación de

profesionales, concluyendo que la rama sociosanitaria y social tienen menores prejuicios que las demás profesiones estudiadas. Así mismo, también se ha observado que los trabajadores que perciben más importante ofrecer una educación sexual de calidad a las personas con DI, tendrán una percepción más positiva según el cuestionario.

Tabla 8. Conclusiones según hipótesis, análisis y resultados. Fuente de elaboración propia

Hipótesis	Análisis estadístico	Se acepta	Se rechaza
1) Los F tienen una disposición más desfavorable que los P hacia la sexualidad y afectividad de las personas con DI.	T Student	de p=.000	
2) Las mujeres P han abordado más el ámbito de la sexualidad en sus usuarios que los hombres y asimismo, las mujeres F han percibido mayor necesidad de tratar este tema.	Chi cuadrado		p=.403 p=.581
3) Los F de personas con discapacidad mixta tendrán actitudes más negativas que los F de personas que solo tienen DI, aunque, los que tienen un miembro con DI moderada tendrán actitudes más positivas que los que presentan DI severa.	T Student	de	p=.426 p=.727
4) Los P sociosanitarios tienen menos prejuicios que P de otras ramas.	ANOVA	p=.000	parcial
5) A mayor percepción de necesidad de una educación sexual adaptada a las personas con DI, mejor actitud (P).	Correlación de Pearson	p=.007	

6) Los P mantienen una postura más favorable hacia el área de toma de decisiones, crianza y maternidad y presentarán una puntuación más igualada con F en el área de esterilización, abuso y aborto.	MANOVA	p=.000	parcial
--	--------	--------	----------------

Concretamente, en la primera hipótesis se advierte que los familiares muestran una percepción más conservadora que los profesionales, tal y como concluye el artículo del que se obtuvo el cuestionario utilizado. Aunque cuando se relacionan, en la sexta hipótesis, los resultados obtenidos por familiares y profesionales en cada subdimensión de la escala, se obtienen diferencias significativas en todos los ámbitos estudiados, menos en el que tiene que ver con abuso sexual (ver tabla 7), a diferencia de lo que revela dicho artículo realizado por la asociación TESIS, donde muestran una actitud más liberal los profesionales en todas las áreas (17).

Así mismo en otros artículos revisados se manifiesta que la familia suele negar la sexualidad de su familiar con DI, no sabiendo cómo abordarla (37), sin embargo este estudio refleja que los familiares aunque tengan actitudes más negativas, otorgan cierta importancia a la educación sexual de su familiar (ver figura 1). Por otro lado, un estudio enfocado al análisis de actitudes del personal que trabaja en servicios sociales, muestra evidencias de que las personas que tienen mayor contacto con el colectivo tienen actitudes más conservadoras (38). Este factor también puede influir en las diferencias obtenidas en la hipótesis cuatro, ya que el grupo formado por educadores, que es grupo de profesionales con más prejuicios (ver figura 3), tiene una media de edad más elevada (ANEXO XII), lo que indica a su vez que puede llevar más tiempo trabajando con este colectivo.

La segunda hipótesis no presenta diferencias significativas, lo que se puede deber a que, por las características de la población, no hayan participado suficiente número de varones. Aun así los resultados porcentuales muestran que un 45% de mujeres profesionales aborda el tema siempre que lo necesita, frente al 27% de hombres, quienes marcan la mayoría que si han necesitado trabajar el tema pero no han sabido cómo abordarlo (ver tabla 4). En la tabla

5, se puede ver el resultado de familiares, donde también el porcentaje de mujeres que ha necesitado abordar el tema es bastante más elevado que el de varones.

Se ha realizado esta suposición ya que en general las mujeres, según una investigación realizada en la Universidad da Beira Interior (Portugal), tienen una disposición más positiva hacia la sexualidad de esta población (39). Por lo que se quería observar si esto también influía en que las profesionales se dedicaran más al abordaje de este ámbito que sus compañeros varones. Con respecto a las familias, comentar que aun actualmente el cargo de cuidador principal recae en mujeres y tal como concluye un estudio que analiza la percepción hacia los comportamientos sexuales de individuos con DI, los cuidadores son necesarios para el desarrollo de las habilidades sociales apropiadas para un gran número de personas con DI (40).

Siguiendo con la tercera hipótesis, donde no se muestra disparidad entre las actitudes de los padres, hermanos y tíos hacia la sexualidad de las personas con DI según el grado o naturaleza de la discapacidad del familiar. Se ha querido analizar la variabilidad según el grado de discapacidad ya que muchos de los familiares escribían en el apartado de sugerencias que el cuestionario era muy general, que la respuesta a cada ítem dependía del grado de discapacidad de la persona y que les era complicado rellenarlo pensando en el colectivo en general, sin basarse en su propia experiencia. El resultado obtenido coincide con el artículo *“percepciones y actitudes de los padres acerca de la discriminación de su hijo por razón de discapacidad intelectual”* donde no se obtienen diferencias significativas según el grado de DI (16).

Sin embargo, si se observan diferencias en los estudios que analizan la disposición hacia la sexualidad y la discapacidad, hay que señalar una investigación realizada con los trabajadores de un hospital, en el que los participantes manifiestan que el grado de discapacidad es determinante en las actitudes que se poseen hacia su sexualidad (41). Así mismo en un estudio donde se compara la predisposición que se tiene hacia la sexualidad según la naturaleza de la discapacidad, se concluye que la muestra tiene una disposición más negativa hacia la maternidad y paternidad de las personas con DI que con discapacidad física (42).

Volviendo con la cuarta suposición planteada en el estudio, en la que se concluyó que los profesionales sociosanitarios y de servicios sociales tenían mejores actitudes que los sanitarios y educadores, comentar que los resultados obtenidos coinciden con los del artículo “*Attitudes of Social Service Providers towards the Sexuality of Individuals with Intellectual Disability*”, que determina que los profesionales encargados de servicios sociales tienen mejor percepción hacia el tema estudiado (38). Así como en el estudio realizado en la Universidad de Portugal, que concluye que los estudiantes de psicología mostraban una posición más liberal que los de medicina (39).

La quinta hipótesis se planteó porque se quería saber si la importancia que se le da al tema influía en los prejuicios que se tenía hacia el mismo. Se creyó conveniente analizar esto y no la correlación que puede existir entre el grado de formación y actitudes, puesto que, en este estudio, la mitad no recibió ningún tipo de formación específica, aunque en torno al 42% de profesionales abordaba esta área siempre que lo necesitaba y la gran mayoría percibía importantísimo realizar una educación sexual adaptada a las personas con DI. Con lo cual, se consideró que en este caso el estar concienciado con el tema resultaba más relevante a la hora de determinar su actitud que el nivel de formación reglada. Demostrando que a mayor importancia que los profesionales otorgaban al tema mejor actitud mostraban.

Finalmente, la sexta hipótesis planteada se acepta parcialmente ya que, como se ha comentado anteriormente, solamente en la dimensión que tiene que ver con abuso sexual las actitudes entre familiares y profesionales están igualadas, mientras que en las demás los padres tienen actitudes más conservadoras.

Se planteó esta hipótesis ya que hacia temas controvertidos como la esterilización, el aborto y abuso sexual la población suele reflejar actitudes más igualadas. Además, si se compara este estudio con otros que también evalúan actitudes hacia otros temas, se observa que por ejemplo en las investigaciones sobre la predisposición hacia el machismo, hay mayor diferencia de actitudes según las diferentes variables sociodemográficas, como puede ser el sexo, en el caso de estudiar micromachismos (43), a diferencia de cuando se analizan actitudes hacia temas como la violación, que los participantes muestran opiniones más similares (44).

6.1. Limitaciones y puntos fuertes

La principal limitación del estudio es que el cuestionario utilizado para la valoración de actitudes sí está elaborado en España pero no validado, aunque tanto en el artículo científico de donde se obtiene, como en la presente investigación, el alfa de Cronbach de la escala en su conjunto, indica que presenta una elevada consistencia interna.

No obstante, en las pruebas para el cálculo de la consistencia interna de cada subdimensión, se concluye que las que tienen que ver con la educación sexual y las relaciones de pareja no son lo suficientemente fiables. Con lo cual, estos apartados no se analizarán de manera concreta, aunque los ítems no se eliminarán para la obtención del total de la escala, puesto que no se ha observado que minimicen el alfa de Cronbach total.

Otro elemento que puede condicionar el estudio es el muestreo, ya que además de no ser aleatorio no es representativo a todos los niveles según los grupos de población estudiada.

Siendo el caso más llamativo el que se refiere a familiares en el que casi la mitad había cursado estudios universitarios, mientras que más del 43% de españoles tiene estudios bajos o inferiores (45).

También llama la atención que hayan contestado al cuestionario casi cuatro veces más mujeres que hombres pero según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE) hay un 76% de mujeres que desempeñan el rol de cuidadoras principales (46). Como la muestra se ha tomado en centros asistenciales y escuelas se cree que la diferencia en cuanto al sexo se debe a este factor ya que los cuidadores principales son los que normalmente se encargan de acudir a estas instituciones.

Por otro lado, aunque el grupo de familiares tenía que contestar de forma general, sin pensar en su pariente en concreto, tras la revisión bibliográfica se estimó que su experiencia podría influir en el estudio, por lo que se recogieron variables sociodemográficas de los familiares con DI. Con el fin de operativizar variables extrañas.

Igualmente, hay que tener en cuenta, que el grupo de familiares es demasiado reducido, por lo que será aún más complicado generalizar los resultados. Situación que provoca que haya características excluidas, como el grado leve de DI del familiar u otro tipo de relaciones de consanguinidad, habiendo muy poca variabilidad.

La muestra de profesionales solamente contaba con dos sujetos en el grupo de personas dedicadas a la asistencia social. Aunque según sexo y edad la muestra se adecua fielmente a la población estudiada. La edad de los participantes es bastante heterogénea siendo la media es de unos 40 años, ajustándose perfectamente a la edad media de población activa según INE (47). Así como el porcentaje referente al sexo (♀=82% ♂=18%) que coincide con los datos obtenidos por el INE en trabajadores dedicados a actividades sanitarias y servicios sociales (♀=81,03% ♂=18,96%) (48). También hay que destacar que han participado en el estudio un total de 12 profesiones distintas lo que hace que el grupo sea más diverso. Todo esto, añadiendo que se ha respetado la formación natural de los grupos, hace más sencilla la generalización de los resultados conseguidos en esta investigación.

Finalmente, con respeto a la muestra, comentar que se han seguido unos criterios de inclusión para su selección, con el objetivo de que la experiencia de vida de todos los participantes fuera similar y así minimizar la posibilidad de repercusión de variables extrañas. Por ejemplo se ha controlado la edad de origen de la discapacidad de las personas con las que se ha tenido contacto y su edad actual, ya que estos tenían que ser mayores de 16 años, puesto que si no, podría ser que las personas que participaran en el estudio, no hubieran tenido que afrontar esta temática con sus usuarios o familiares ya que sería más probable que no hubieran alcanzado o superado la pubertad. Teniendo en cuenta, además, que las personas con DI pueden presentar retraso en el desarrollo.

Por otra parte, hay que añadir, que al ser un estudio completamente voluntario del que no se obtiene un beneficio tangible a corto/medio plazo, como puede ser una intervención y al tratarse de un tema bastante controvertido, han rellenado el cuestionario tan solo un pequeño porcentaje de personas a las que se les entregó. Por lo que es más probable, que las personas que han participado sean aquellas que tengan una visión más abierta sobre el tema, lo que a su vez ha podido influir en que haya variables de agrupación en la muestra que no coincidan con la población. Por ejemplo el caso del nivel de estudios en familiares; puesto que, según artículos donde se analizan los factores que influyen en las actitudes hacia grupos minoritarios, como inmigrantes, el nivel educativo influye en los prejuicios que tiene el grupo mayoritario (49).

Las actitudes es una variable abstracta y subjetiva con lo cual el sujeto puede actuar sobre ellas, alterando el resultado según la deseabilidad social. Para controlar este hecho, la investigadora creyó conveniente que los cuestionarios fueran realizados de forma individual y autónoma, sin estar presente y sin realizar ninguna charla que pudiera influir en los resultados, así como recalcar en el propio cuestionario el carácter anónimo del mismo y la importancia de la sinceridad a la hora de valorar las afirmaciones.

6.2. Futuras investigaciones

Como se ha comentado anteriormente, la escala no está validada, con lo cual, sería muy interesante hacer este trabajo de validación con población española, puesto que no hay ningún instrumento que evalúe las actitudes concretas hacia la sexualidad de este colectivo, algo muy importante para un estudio de estas características, y ya que estas personas sufren discriminación en más aspectos que los analizados por los cuestionarios de actitudes generales hacia la sexualidad. Sería interesante introducir algunas modificaciones en la escala a partir de las opiniones de familiares y profesionales. Como por ejemplo añadir aspectos sexuales más concretos e ítems con afirmaciones que dependan del nivel de DI.

También sería conveniente replicar este estudio ampliando la muestra para que haya más variabilidad, incluyendo a población que no tiene contacto con el colectivo y controlando algunas variables extrañas que han podido influir, como el tiempo que llevaban trabajando los profesionales con personas con DI.

Las actitudes tan negativas de familiares en comparación con profesionales pueden deberse a que los parientes con DI de los participantes tenían en su mayoría discapacidad mixta o DI severa. Algo que se tiene que tener en cuenta en otros estudios donde participen más familiares, para ver si verdaderamente influyen las características del familiar en las actitudes de su entorno y así poder llevar a cabo programas de prevención específicos.

Finalmente, comentar que es un tema muy delicado y complejo, que cuesta mucho tratar con las familias, con lo cual también sería interesante realizar un estudio cualitativo con grupos de familiares, ya que podría ayudar a que verbalizaran miedos y preocupaciones a tener en cuenta no recogidos por el cuestionario.

6.3. Aportaciones teóricas y prácticas

Conocer y prever las actitudes del entorno es siempre relevante para el trabajo del terapeuta ocupacional, así como ofrecer una atención integral que empodere a las personas con discapacidad para que adquieran autonomía en todas las áreas de su vida, en la que está incluida la sexualidad.

Los familiares se sienten muchas veces perdidos a la hora de tratar el tema de la sexualidad, la mayoría parece que le otorga cierta importancia (ver figura 1), pero se muestran reticentes ante la idea de que este colectivo pueda ejercer con autonomía esta parte de su vida.

Esto es en parte culpa de los profesionales, puesto que con esta investigación se ha observado que necesitan mayor formación y que es un área que la mayoría no trabaja con sus usuarios.

Con lo cual, se demuestra la necesidad de una educación sexual adaptada a este colectivo y abordada por el equipo multidisciplinar paralelamente en familiares y usuarios. No solo para prevenir situaciones de abuso sexual, comportamientos inadecuados, enfermedades de transmisión sexual y embarazos no deseados, sino para que también, con el apoyo de los cuidadores y de los profesionales, sean personas más autónomas y gestionen, en la medida de lo posible su vida sexual y afectiva.

En este abordaje habrá que hacer especial hincapié en tratar, en ambos grupos, el tema de la esterilización y el aborto, ya que en la tabla 3 se puede comprobar que son las áreas en las que los participantes manifiestan actitudes más negativas. En estas subdimensiones se realizan afirmaciones como *“creo que en gran parte de los casos si una mujer con discapacidad intelectual quedara embarazada sería conveniente que abortase”* o *“es conveniente para los hombres con discapacidad intelectual utilizar métodos anticonceptivos definitivos (vasectomía u otras formas de esterilización), con el fin de evitar embarazos no deseados en sus parejas”*. Antes de llegar a realizar estos procedimientos, hay que destacar la labor que puede realizar el equipo multidisciplinar paralelamente con los familiares ofreciendo a la persona con DI una educación sexual temprana que le enseñe la importancia de utilizar métodos anticonceptivos como el

preservativo. Si aun así surgen conflictos en este ámbito, tanto familiares como profesionales deberán consultar a los Comités de Ética Asistencial de las áreas de salud, disponibles en todas las provincias españolas, donde recibirán asesoramiento.

Por último destacar, que existen muy pocos estudios sobre este tema en España y actualmente se está empezando a sacar a la luz la necesidad de estudiar y de visibilizar la vida afectiva y sexual de las personas con discapacidad. Con lo cual, los resultados obtenidos en esta investigación no solo aportan información bastante relevante acerca de la predisposición del entorno cercano hacia la sexualidad y afectividad de esta minoría, sino que también dan visibilidad a un tema que se tenía un tanto ignorado por parte de profesionales que trabajan con personas con DI y de sus familias.

7. AGRADECIMIENTOS

Agradecer, en primer lugar, la aportación de todas aquellas personas que verdaderamente han hecho posible realizar este estudio:

- A la Asociación Nacional de afectados por el síndrome del maullido de Gato (ASIMAGA), por su buena disposición, en especial a su secretario D. Isidro Magdaleno.
- A Dña. Begoña Ruiz, responsable del Área Técnica del Centro de Referencia Estatal de Enfermedades Raras y sus Familias (CREER), quien me ayudó sin dudar en el momento que se lo pedí.
- A la asociación Las Calzadas, destacando la labor de D. Daniel Ortega, psicólogo integrante del Equipo Psicosocial
- Y a todos los trabajadores y usuarios del Colegio Público de Educación Especial Juan XXIII, en el que pasé un día estupendo.

Muchísimas gracias a todas las personas que me han ayudado a sacar adelante este trabajo, a Mario del Líbano por resolver mis dudas y a mi tutor Francisco Javier Jiménez Benito por estar siempre disponible y sobre todo por animarme a investigar el tema que he elegido.

Por último tengo que agradecerle todo a mi familia ya que sin su esfuerzo y su forma de ver la vida no sería todo lo que soy. Así como a mi compañero, gracias por animarme en los momentos menos agradables de la elaboración de este trabajo y por hacerme feliz.

8. BIBLIOGRAFÍA

1. Cojos y precarias haciendo vidas que importan. 1º ed. Navarra: Traficantes de sueños; 2011.
2. Paíz J, Vázquez J, Zúniga J. Conocimientos y prácticas sobre sexualidad en los adolescentes de 10 a 19 años de los centros escolares e institutos nacionales de Anamoros, La Unión; Las Placitas, San Miguel y La Cruz Estanzuelas, Usulután [Doctorado]. Universidad el Salvador; 2013. Disponible en: <http://ri.ues.edu.sv/7259/1/50108045.pdf>
3. Olária C. El arte y la mujer en la prehistoria. Asparkía Investigació Feminista [Internet]. 1996 [consultado el 26 de Abril de 2017];6:77-94. Disponible en: <http://www.e-revistas.uji.es/index.php/asparkia/article/download/1011/918>
4. Angulo J, Ezguizabal J, García M. Sexualidad y erotismo en la Prehistoria. Revista Internacional de Andrología [Internet]. 2008 [consultado el 26 de Abril de 2017];6(2):127-139. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-internacional-andrologia-262-pdf-13129602-S300>
5. Fernández P, Angulo J, García M. Sexualidad y erotismo en el mundo grecorromano. Revista Internacional de Andrología [Internet]. 2008 [consultado el 26 de Abril de 2017];6(2):140-151. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-internacional-andrologia-262-pdf-13129616-S300>
6. Vera L. Historia de la sexualidad. Revista Biomédica [Internet]. 1998 [consultado el 26 de Abril de 2017];9:116-121. Disponible en: <http://www.cirbiomedicas.uady.mx/revbiomed/pdf/rb98927.pdf>
7. Foucault M. Historia de la sexualidad 2. El uso de los placeres. 1st ed. Madrid: Siglo XXI; 1978. Disponible en: <https://programaddsrr.files.wordpress.com/2013/05/historia-de-la-sexualidad-ii-el-uso-de-los-placeres-michel-foucault.pdf>
8. Romañach J. 1 Esterilización de personas sujetas a tutela por su diversidad funcional (incapacitadas) en España ¿eugenesia? [Internet]. 1º ed. Madrid: Foro de Vida Independiente; 2007 [consultado el 26 de Abril de 2017]. Disponible en: http://www.diversocracia.org/docs/La_esterilizacion_en_Espana_eugenesia.pdf

9. Viotti N. Vida cotidiana y sexualidad en la década de 1960. Apuntes de investigación del CECYP [Internet]. 2013 [consultado el 30 de Abril de 2017];23:181-188. Disponible en: www.apuntescecyp.com.ar/index.php/apuntes/article/download/487/426
10. Guerreña J. La sexualidad en la España contemporánea (1800-1950). Hispania [Internet]. 2004 [consultado el 26 de Abril de 2017];218:825-835. Disponible en: hispania.revistas.csic.es/index.php/hispania/article/viewFile/169/171
11. Romero C, Muro A. Derechos Sexuales y Reproductivos. Eunomía Revista en Cultura de la Legalidad [Internet]. 2015 [consultado el 26 de Abril de 2017];9:274. Disponible en: <https://e-revistas.uc3m.es/index.php/EUNOM/article/viewFile/2827/1523>
12. World Health Organization. Defining sexual health Report of a technical consultation on sexual health [Internet]. Geneva; 2006 p. 5. Disponible en: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/defining_sexual_health.pdf. Extraído de: Mella J. Ensayo sobre la importancia de la educación sexual en personas con déficit intelectual: reflexiones desde la terapia ocupacional. Revista Chilena de Terapia Ocupacional [Internet]. 2012 [consultado el 26 de Abril de 2017];12(2):6. Disponible en: <http://www.revistaterapiaocupacional.uchile.cl/index.php/RTO/article/viewFile/25311/2663>
13. García Y. El cuerpo femenino en la publicidad: Modelos publicitarios: entre la belleza real, la esbeltez o la anorexia. Revista ICONO 14 [Internet]. 2010 [consultado el 26 de Abril de 2017];8(3):223-243. Disponible en: <http://www.icono14.net/ojs/index.php/icono14/article/view/236/113>
14. Schalock R, Borthwick-Duffy S, Bradley V, Buntinx W, Coulter D, Craig E. Intellectual Disability: Definition, Classification, and Systems of Supports. 11th ed. American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (AAIDD); 2010. Extraído de: Verdugo M, Schalock R. Últimos avances en el enfoque y concepción de las personas con discapacidad intelectual. Siglo Cero [Internet]. 2010 [consultado el 26 de Abril de 2017];41(4):12. Disponible en: http://www.plenainclusion.org/sites/default/files/sc_236.pdf

15. Instituto Nacional de Tecnologías Educativas y de Formación para el Profesorado (intef). La discriminación por motivos de discapacidad: Análisis de las respuestas recibidas al Cuestionario sobre Discriminación por motivos de Discapacidad promovido por el CERMI Estatal [Internet]. Madrid; 2002 [consultado el 26 de Abril de 2017]; p. 6. Disponible en: http://www.ite.educacion.es/formacion/materiales/126/cd/unidad_2/material_M2/sabermas1.pdf
16. Gómez JM, Cardona MC. Percepciones y actitudes de los padres acerca de la discriminación de sus hijos por razón de discapacidad intelectual. Educación y Diversidad [Internet]. 2010 [consultado el 26 de Abril de 2017];4(1):73-88. Disponible en: https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/24901/1/2010_Cristina_Cardona_etal_Educacion_Diversidad.pdf
17. Olavarrieta S, Darín L, Suárez P, Tur N, Besteiro B, Gómez G. Actitudes hacia la sexualidad, esterilización, maternidad/paternidad y habilidades de crianza de personas con discapacidad intelectual: un estudio preliminar. SIGLO CERO [Internet]. 2013 [consultado el 26 de Abril de 2017];44(248):55-69. Disponible en: sid.usal.es/idocs/F8/ART20314/Actitudes_248.pdf
18. Fierro A. El sexo de los ángeles [Internet]. <http://www.minusval2000.com>. 2006 [consultado el 26 de Abril de 2017]. Disponible en: http://www.minusval2000.com/pdf/el_sexo_de_los_angeles.pdf
19. Verdugo MA, Alcedo MA, Bermejo B, Aguado A. El abuso en personas con discapacidad intelectual. Psicothema. 2002 [consultado el 26 de Abril de 2017];14:124-129. Disponible en: <http://www.psicothema.com/pdf/3482.pdf>
20. CERMI. El Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad. Aragón. Las mujeres con discapacidad tendrán representación en el Consejo Asesor de la Salud de la Mujer [Internet]. 2016 [consultado el 26 de Abril de 2017]. Disponible en: <http://www.cermi.es/es-ES/Noticias/Paginas/Inicio.aspx?TSMEIdNot=7867>
21. Peláez A. El derecho a ser madre. In: Peláez A, Martínez B, Leonhardt M, ed. by. Maternidad y Discapacidad [Internet]. 1st ed. Madrid: Cinca S.A.; 2017 [consultado el 26

de Abril de 2017]. p. 21. Disponible en: http://www.convenciondiscapacidad.es/Publicaciones_new/9_Maternidad%20def.pdf

22. Palacios A, Romañach J. El modelo de la diversidad: una nueva visión de la bioética desde las personas con diversidad funcional (discapacidad). Intersticios [Internet]. 2017 [consultado el 26 de Abril de 2017];2(2):39-40. Disponible en: <http://www.intersticios.es/article/download/2712/2122>

23. España. Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo: Artículo 15. Interrupción por causas médicas. Boletín Oficial del Estado [Internet] 2010 [consultado el 26 de Abril de 2017] p. 9. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2010-3514>

24. Morena R, Centeno A. Yes, we fuck. España; 2015. Disponible en: <https://www.filmin.es/pelicula/yes-we-fuck?origin=searcher&origin-type=secondary>

25. Centeno A. Asistencia sexual y prostitución inclusiva, herramientas para el empoderamiento. Hysteria! [Internet]. 2016 [consultado el 30 de Abril de 2017];17. Disponible en: <http://hysteria.mx/asistencia-sexual-y-prostitucion-inclusiva-herramientas-para-el-empoderamiento/>

26. Presentación de la entidad: Asociación Sexualidad y Discapacidad [Internet]. SexualidadyDiscapacidad.es. 2013 [consultado el 30 de Abril de 2017]. Disponible en: <http://www.sexualidadydiscapacidad.es/>

27. Cantero PA, Solano O. Hacia una definición de la terapia ocupacional en España. TOG [Internet] A Coruña; 2011 [consultado el 30 de Abril de 2017];8(4):21. Disponible en: <http://www.revistatog.com/mono/num4/mono4.pdf>

28. Matilla R, Fernández M, Fernández J. Marco de trabajo para la práctica de la Terapia Ocupacional: Ámbito de competencia y proceso [Traducción] [Internet] 2008 [consultado el 30 de Abril de 2017]; 19-22. Disponible en: https://www.academia.edu/4174287/MARCO_DE_TRABAJO_PARA_LA_PRACTICA_DE_LA_TERAPIA_OCUPACIONAL_AMBITO_DE_COMPETENCIA_Y_PRECESO?auto=download. Traducción de: The American Journal of Occupational Therapy 2002. Occupational therapy practice framework: Domain and process

29. Ávila A, Martínez R, Matilla R, Máximo M, Méndez B, Talavera MA et al. Marco de Trabajo para la práctica de la Terapia Ocupacional: Dominio y proceso. 2ª Edición [Traducción]: www.terapia-ocupacional.com [Internet] 2010 [consultado el 30 de Abril de 2017]; 10-29. Disponible en: <http://www.terapia-ocupacional.com/aota2010esp.pdf>
Traducción de: American Occupational Therapy Association 2008. Occupational therapy practice framework: Domain and process (2nd ed.)
30. American Occupational Therapy Association. Occupational therapy practice framework: Domain & Process 3rd Edition [Internet] 2014 [consultado el 30 de Abril de 2017] 6-19. Disponible en: <http://www.terapia-ocupacional.org.ar/wp-content/uploads/2014/05/3%C2%AA-Edicion-Marco-de-Trabajo-2013.pdf>
31. Hyland A, Mc Grath M. Sexuality and occupational therapy in Ireland – a case of ambivalence?. Disability and Rehabilitation [Internet] 2013 [consultado el 30 de Abril de 2017];35:73-80. Disponible en: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/09638288.2012.688920>
32. Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud: CIF. [Internet]. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría General de Asuntos Sociales. Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO); 2001 [consultado el 30 de Abril de 2017] Disponible en: <http://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/435cif.pdf>
33. Kielhofner G. Modelo de ocupación humana: teoría y aplicación. 2ª ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 2011. p.237-262 Extraído de: Peguero V. Plan de intervención en educación afectivo-sexual, propuesto desde Terapia Ocupacional, para jóvenes con discapacidad intelectual [trabajo de fin de grado en Internet] Zaragoza: Universidad de Zaragoza Facultad de Ciencias de la Salud; 2015. P.4 [consultado el 30 de Abril de 2017] Disponible en: <https://zaguan.unizar.es/record/32334?ln=es>
34. Kielhofner G. Modelo de la Ocupación Humana. Fundamentos conceptuales de la Terapia Ocupacional. 3º ed. Montevideo: Panamericana; 2004. 147-163
35. Malón A. El profesional y la atención sexológica en la discapacidad. Niveles de intervención profesional: el modelo PLISSIT: Sexualidad planteamientos y claves para la

intervención profesional en el ámbito de la discapacidad. CADIS HUESCA. Huesca; 2009 p.101-107

36. Fallas MA, Artavia C, Gamboa A. Educación sexual: Orientadores y orientadoras desde el modelo biográfico y profesional. *Educare* [Internet]. 2012 [consultado el 30 de Abril de 2017];16. 53-71. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4780998.pdf>

37. Navarro NZ, Hernández AI. Influencia de las actitudes de los padres ante la educación sexual y la discapacidad intelectual. *Psicología y Salud* [Internet]. 2012 [consultado el 20 de Mayo de 2017];22(2):195-203. Disponible en: [www.uv.mx/psicysalud/psicysalud-22-2/22-2/Nubia Zuleima Navarro Guadarrama.pdf](http://www.uv.mx/psicysalud/psicysalud-22-2/22-2/Nubia%20Zuleima%20Navarro%20Guadarrama.pdf)

38. Bazzo G, Nota L, Soresi S, Ferrari L, Minnes P. Attitudes of Social Service Providers towards the Sexuality of Individuals with Intellectual Disability. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities* [Internet]. 2007[consultado el 20 de Mayo de 2017];20(2):110-115. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1468-3148.2006.00308.x/full>

39. Franco Dg, Cardoso J, Neto I. Attitudes Towards Affectivity and Sexuality of People with Intellectual Disability. *Sexuality and Disability* [Internet]. 2012 [consultado el 20 de Mayo de 2017];30(3):261-287. Disponible en: link.springer.com/content/pdf/10.1007/s11195-012-9260-x.pdf

40. Swango-Wilson A. Caregiver Perception of Sexual Behaviors of Individuals with Intellectual Disabilities. *Sexuality and Disability* [Internet]. 2008 [consultado el 20 de Mayo de 2017];26(2):75-81. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11195-008-9071-2>

41. Yool L, Garner K, Langdon P. The Attitudes of Medium-Secure Unit Staff Toward the Sexuality of Adults with Learning Disabilities. *Sexuality and Disability* [Internet]. 2003 [consultado el 20 de Mayo de 2017];21:137-150. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1023/A:1025499417787>

42. Palau SP, Salmerón P (dir). Actitudes hacia la sexualidad de las personas con discapacidad [Trabajo final de máster Internet]. Castellón: Máster en Psicología General

Sanitaria.; 2016 [consultado el 20 de Mayo de 2017] Disponible en: repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/165255/TFM_2015_palauS.pdf

43. Ferrer VA, Bosch E, Navarro C, Ramis MC, García ME. Los micromachismos o microviolencias en la relación de pareja: Una aproximación empírica. *Anales de psicología* [Internet]. 2017 [consultado el 20 de Mayo de 2017];24(2):341-252. Disponible en: http://www.um.es/analesps/v24/v24_2/18-24_2.pdf

44. Sierra JC, Rojas A, Ortega V, Martín JD. Evaluación de actitudes sexuales machistas en universitarios: primeros datos psicométricos de las versiones españolas de la Double Standard Scale (DSS) y de la Rape Supportive Attitude Scale (RSAS). *International Journal of Psychology and Psychological Therapy* [Internet]. 2007 [consultado el 26 de Mayo de 2017];7(1):41-60. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=56070104>

45. Felguero F, Esteban M. Claves para mejorar la educación y formación de adultos en España en la post-crisis. Reflexiones sobre el sistema educativo español. 1st ed. Madrid: Fundación de estudios de economía aplicada; 2015 [consultado el 26 de Mayo de 2017] p.18. Disponible en: <http://issuu.com/efse/docs/claves-para-la-mejora-educacion-de-e=3027563/13426367>

46. Instituto Nacional de Estadística (INE). Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia 2008. Cuidadores y Asistencia Personal. Comunidades autónomas: cifras absolutas Población con discapacidad según CCAA, el lugar de residencia y el sexo del cuidador principal [Internet]. 2008 [consultado el 26 de Mayo de 2017]. Ine.es. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/Tabla.htm?path=/t15/p418/a2008/hogares/p02/modulo6/10/&file=03002.px&L=0>

47. Instituto Nacional de Estadística (INE). Proyecciones de tasas de actividades globales y específicas por grupos de edad y sexo 2011-2026 [Internet]. Madrid; 2011 [consultado el 26 de Mayo de 2017].p. 9. Disponible en: http://www.ine.es/daco/daco42/daco4211/proyecciones/epa_proyec_2011-2026.pdf

48. Instituto Nacional de Estadística (INE). Resultados nacionales. Ocupados por sexo y rama de actividad. Valores absolutos y porcentajes respecto del total de cada sexo

[Internet]. 2017 [consultado el 26 de Mayo de 2017]. Ine.es. Disponible en <http://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=4128>

49. Oliveira D, Techio E, Páez D, Herranz K. Factores predictores de las actitudes ante la inmigración. *Revista de Psicología Social* [Internet]. 2005[consultado el 26 de Mayo de 2017];20(1):19-37. Disponible en: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1174/0213474052871060>

9. ANEXOS

ANEXO I: Definición de asistente sexual:

El asistente sexual, como figura laboral no está totalmente definida, aunque Antonio Centeno, activista del Foro de Vida Independiente y Diversidad y participante en el documental sobre asistencia sexual “*Vivir y otras ficciones*” define su papel del siguiente modo:

“La asistencia sexual es un apoyo para acceder sexualmente al propio cuerpo. Reconocerlo, explorarlo, masturbarlo, son acciones que habitualmente cada cual hace por sí mismx, pero algunas personas con diversidad funcional requerimos el apoyo del asistente sexual para ello. De la misma manera que necesitamos asistentes personales para otras tareas cotidianas que no podemos hacer por nosotrxs mismxs. En este sentido, la asistencia sexual puede proporcionar apoyos antes, durante y/o después de realizar prácticas sexuales con otra persona. El asistente sexual no es alguien con quien tener sexo, sino alguien que te apoya para tener sexo contigo mismx o con otra persona.” (25)

ANEXO II: Criterios de inclusión:

FAMILIARES	Mayor de 18 años de edad.
	Padre, hermano, hijo, nieto, abuelo y/o tutor legal.
	Que hayan convivido o convivan con una o varias persona/s con discapacidad intelectual congénita o adquirida antes de la pubertad y mayor de 16 años.

Familiares de primer o segundo grado y/o tutores mayores de edad que residan o hayan residido en casa con una o varias personas con discapacidad intelectual congénita o adquirida antes de los 12 años de edad, estando o no ligada a discapacidades de otra naturaleza (física, sensorial, mental...) y que tengan de 16 años en adelante.

PROFESIONALES	Mayor de 18 años de edad.
	Trabajadores del ámbito de la salud, sociosanitario, social, educativo...
	Que trabajen o hayan trabajado con personas con discapacidad intelectual congénita o adquirida antes de la pubertad y mayor de 16 años.

Profesionales mayores de edad que trabajen actualmente ofreciendo asistencia sociosanitaria, sanitaria, educativa o social a un grupo de personas donde haya al menos un usuario con discapacidad intelectual congénita o adquirida antes de los 12 años de edad, que esté o no ligada a discapacidades de otra naturaleza (física, sensorial, mental...) y que tengan de 16 años de edad en adelante.

ANEXO III: Profesionales que forman parte de la muestra:

Disciplina	Frecuencia (nº de sujetos)	Porcentaje (%)
Terapeutas ocupacionales	18	28,1
Psicólogos	8	12,5
Trabajadores Sociales	1	1,6
Fisioterapeutas	4	6,3
Auxiliar de enfermería	2	3,1
Médicos	1	1,6
Atención a dependientes	6	9,4
Logopedas	1	1,6
Maestros de educación especial	10	15,6
Integrador es sociales	1	1,6
Técnicos educativos	11	17,2
Enfermeros	1	1,6

Sociosanitarios	
Atención social	
Sanitario	
Educadores	

ANEXO IV: Escala de actitudes hacia el ámbito de la sexualidad y afectividad:

GRADO DE ACUERDO/DESACUERDO	TOTALMENTE DE ACUERDO	PARCIALMENTE DE ACUERDO	NI DE ACUERDO, NI EN DESACUERDO	PARCIALMENTE EN DESACUERDO	TOTALMENTE EN DESACUERDO
Afirmaciones (opiniones y pensamientos):	5	4	3	2	1
Las personas con discapacidad intelectual necesitan que otros tomen las decisiones importantes por ellos para protegerlos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Generalmente pienso que las personas con discapacidad intelectual son como niños, me costaría tratarlos como adultos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Las personas con discapacidad intelectual tienen la sexualidad a “flor de piel”, son sexualmente desinhibidas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Las personas con discapacidad intelectual tienen las mismas necesidades y deseos sexuales que las personas sin discapacidad intelectual.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ver a dos personas con discapacidad intelectual besándose me provocaría rechazo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Las personas con discapacidad intelectual necesitan más educación sexual para prevenir embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Está bien que las personas con discapacidad intelectual tengan novio/a pero que no lleguen a tener relaciones sexuales completas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Creo que la sexualidad es un aspecto clave para la calidad de vida y la igualdad de las personas con discapacidad intelectual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Las personas con discapacidad intelectual no deberían recibir información y educación sexual porque se exponen a posibles peligros (ej., abuso sexuales)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Las personas con discapacidad intelectual tienen que emparejarse con personas que también tengan discapacidad intelectual.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Las mujeres con discapacidad intelectual corren más riesgo de sufrir acoso o abuso sexual que otras mujeres.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Los hombres con discapacidad intelectual corren más riesgo de sufrir acoso o abuso sexual que otros hombres.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Por lo general las personas con discapacidad intelectual no son capaces de tener relaciones de pareja estables.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Las mujeres con discapacidad intelectual no pueden tomar la decisión de ser madres por sus propios medios.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Los hombres con discapacidad intelectual no pueden tomar la decisión de ser padres por sus propios medios.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nunca me he planteado que las personas con discapacidad intelectual tengan deseos de ser madres/padres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Una mujer con discapacidad intelectual puede ser madre con los apoyos adecuados.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Es muy poco probable que una persona con discapacidad intelectual pueda llevar una familia adelante.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Las mujeres con discapacidad intelectual necesitan más apoyos para reflexionar sobre el compromiso y la responsabilidad que supone ser madres.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A una mujer con discapacidad intelectual se le debe pedir que demuestre que realmente tiene capacidad de criar adecuadamente a su hijo/a.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cuando una mujer con discapacidad intelectual tiene un/a hijo/a es la familia la que se ocupa finalmente del niño/a.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si la madre tiene discapacidad intelectual, su hijo/a nacerá con discapacidad.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Que las personas con discapacidad intelectual tengan descendencia, es perjudicial para ellas mismas y para sus hijos/as.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Las mujeres con discapacidad intelectual encuentran las principales barreras para su maternidad en sus propias familias.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A las mujeres con discapacidad intelectual no se les debería hablar de la maternidad para no fomentar sus deseos de ser madres.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi actitud sobre que las personas con discapacidad intelectual puedan tener una familia y llevar una vida independiente varía según el grado de discapacidad. No pienso lo mismo sobre una persona con discapacidad intelectual ligera, que sobre una persona con una discapacidad moderada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Creo que algunas mujeres con discapacidad intelectual podrían ser madres, pero para mí, definitivamente, una mujer con Síndrome de Down, no podría.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Una persona con discapacidad intelectual no tiene habilidades suficientes para proporcionar una buena alimentación a sus hijos/as.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Una persona con discapacidad intelectual no es capaz de inculcar a sus hijos/as los valores y límites necesarios para una buena crianza.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Las personas con discapacidad intelectual son tan capaces de criar bien a sus hijos como otras personas sin discapacidad o con otros tipos de discapacidad.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Creo que, en gran parte de los casos, si una mujer con discapacidad intelectual quedara embarazada sería conveniente que abortase.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Creo que la familia debe encargarse de disuadir a las personas con discapacidad intelectual que quieran tener hijos y proponerles otras opciones.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es conveniente para los hombres con discapacidad intelectual utilizar métodos anticonceptivos definitivos (vasectomía u otras formas de esterilización), con el fin de evitar embarazos no deseados en sus parejas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es conveniente para las mujeres con discapacidad intelectual utilizar métodos anticonceptivos definitivos (ligadura de trompas u otras formas de esterilización) con el fin de evitar embarazos no deseados.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cuando se toma la decisión de utilizar un método anticonceptivo definitivo (ligadura de trompas, vasectomía,...) es mejor que la personas con discapacidad intelectual no lo sepa, debe decidirlo la familia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ANEXO V: Cuaderno de recogida de datos, versión para familiares:



**UNIVERSIDAD
DE BURGOS**

Nº Identificador

**Cuestionario de actitudes hacia el ámbito de la sexualidad de las
personas con discapacidad intelectual**

(Versión para familiares)

El siguiente cuestionario fue elaborado en 2013 por la Asociación TESIS (Tecnología, Estudios e Intervención Social), con el propósito de analizar las actitudes que tiene la población sobre la sexualidad, maternidad y crianza de personas con discapacidad intelectual.

Esta escala va a ser utilizada para realizar un Trabajo de Fin de Grado en Terapia Ocupacional por parte de una alumna de la Universidad de Burgos. Con el fin de investigar sobre la actitud que tienen los familiares o tutores que conviven con personas con discapacidad intelectual y los profesionales que trabajan con este tipo de usuarios. Por lo tanto es muy importante que **sea sincero/a y conteste a todas las preguntas**.

La participación es **voluntaria y anónima**, toda la información contenida en este documento será tratada de forma **estrictamente confidencial** (Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal).



DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS DE LA PERSONA QUE CUMPLIMENTA EL CUESTIONARIO

Edad:.....

Sexo:

- Mujer
- Hombre

Nivel de estudios:

- Sin estudios
- Estudios primarios
- Estudios secundarios
- Bachillerato
- Formación profesional
- Estudios universitarios

¿Qué relación tiene con la persona con discapacidad?

- Padre/Madre
- Hermano/a
- Abuelo/a
- Tio/a
- Hijo/a
- Tutor legal sin lazos familiares
- Otro:.....

¿Alguna vez ha tenido la necesidad de tratar la sexualidad y/o afectividad con su familiar?

- No
- Sí

En caso afirmativo... **¿Los profesionales que trabajan con su familiar le han orientado?**

- No
- Sí, **¿Qué profesional ha mostrado más interés?** Escriba a continuación su especialidad:

Para usted **¿cuánto de importante es la educación sexual de personas con discapacidad intelectual?**

- No importa nada
- Poco relevante
- Moderadamente importante
- Bastante relevante
- Muy importante

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL

(Deberá rellenar este apartado pensando en su familiar con discapacidad intelectual)

Edad:.....

Sexo:

- Mujer
- Hombre

¿Qué grado de discapacidad intelectual tiene?

- Leve
- Moderada
- Severa

¿Presenta otro tipo de discapacidad? (en caso afirmativo puede marcar varias opciones)

- No
- Sí
 - Sensorial (Se refiere a discapacidad ocasionada por falta de audición o de visión)
 - Física
 - Mental (Se refiere a discapacidad ocasionada por ejemplo por trastorno del espectro autista, déficit de atención e hiperactividad, anorexia...)

En la siguiente página se le presentarán una serie de enunciados referidos a las **personas con discapacidad intelectual en general** (no pensando concretamente en su familiar) y deberá señalar con una cruz la casilla correspondiente según su opinión:

GRADO DE ACUERDO/DESACUERDO	TOTALMENTE DE ACUERDO	PARCIALMENTE DE ACUERDO	NI DE ACUERDO, NI EN DESACUERDO	PARCIALMENTE EN DESACUERDO	TOTALMENTE EN DESACUERDO
	5	4	3	2	1
Afirmaciones (opiniones y pensamientos):					
Las personas con discapacidad intelectual necesitan que otros tomen las decisiones importantes por ellos para protegerlos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Generalmente pienso que las personas con discapacidad intelectual son como niños, me costaría tratarlos como adultos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Las personas con discapacidad intelectual tienen la sexualidad a “flor de piel”, son sexualmente desinhibidas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Las personas con discapacidad intelectual tienen las mismas necesidades y deseos sexuales que las personas sin discapacidad intelectual.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ver a dos personas con discapacidad intelectual besándose me provocaría rechazo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Las personas con discapacidad intelectual necesitan más educación sexual para prevenir embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Está bien que las personas con discapacidad intelectual tengan novio/a pero que no lleguen a tener relaciones sexuales completas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Creo que la sexualidad es un aspecto clave para la calidad de vida y la igualdad de las personas con discapacidad intelectual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Las personas con discapacidad intelectual no deberían recibir información y educación sexual porque se exponen a posibles peligros (ej., abuso sexuales)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Las personas con discapacidad intelectual tienen que emparejarse con personas que también tengan discapacidad intelectual.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Las mujeres con discapacidad intelectual corren más riesgo de sufrir acoso o abuso sexual que otras mujeres.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Los hombres con discapacidad intelectual corren más riesgo de sufrir acoso o abuso sexual que otros hombres.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Por lo general las personas con discapacidad intelectual no son capaces de tener relaciones de pareja estables.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Las mujeres con discapacidad intelectual no pueden tomar la decisión de ser madres por sus propios medios.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Los hombres con discapacidad intelectual no pueden tomar la decisión de ser padres por sus propios medios.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nunca me he planteado que las personas con discapacidad intelectual tengan deseos de ser madres/padres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Una mujer con discapacidad intelectual puede ser madre con los apoyos adecuados.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es muy poco probable que una persona con discapacidad intelectual pueda llevar una familia adelante.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Las mujeres con discapacidad intelectual necesitan más apoyos para reflexionar sobre el compromiso y la responsabilidad que supone ser madres.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

GRADO DE ACUERDO/DESACUERDO	TOTALMENTE DE ACUERDO	PARCIALMENTE DE ACUERDO	NI DE ACUERDO, NI EN DESACUERDO	PARCIALMENTE EN DESACUERDO	TOTALMENTE EN DESACUERDO
A una mujer con discapacidad intelectual se le debe pedir que demuestre que realmente tiene capacidad de criar adecuadamente a su hijo/a.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cuando una mujer con discapacidad intelectual tiene un/a hijo/a es la familia la que se ocupa finalmente del niño/a.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si la madre tiene discapacidad intelectual, su hijo/a nacerá con discapacidad.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Que las personas con discapacidad intelectual tengan descendencia, es perjudicial para ellas mismas y para sus hijos/as.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Las mujeres con discapacidad intelectual encuentran las principales barreras para su maternidad en sus propias familias.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A las mujeres con discapacidad intelectual no se les debería hablar de la maternidad para no fomentar sus deseos de ser madres.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi actitud sobre que las personas con discapacidad intelectual puedan tener una familia y llevar una vida independiente varía según el grado de discapacidad. No pienso lo mismo sobre una persona con discapacidad intelectual ligera, que sobre una persona con una discapacidad moderada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Creo que algunas mujeres con discapacidad intelectual podrían ser madres, pero para mí, definitivamente, una mujer con Síndrome de Down, no podría.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Una persona con discapacidad intelectual no tiene habilidades suficientes para proporcionar una buena alimentación a sus hijos/as.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Una persona con discapacidad intelectual no es capaz de inculcar a sus hijos/as los valores y límites necesarios para una buena crianza.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Las personas con discapacidad intelectual son tan capaces de criar bien a sus hijos como otras personas sin discapacidad o con otros tipos de discapacidad.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Creo que, en gran parte de los casos, si una mujer con discapacidad intelectual quedara embarazada sería conveniente que abortase.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Creo que la familia debe encargarse de disuadir a las personas con discapacidad intelectual que quieran tener hijos y proponerles otras opciones.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es conveniente para los hombres con discapacidad intelectual utilizar métodos anticonceptivos definitivos (vasectomía u otras formas de esterilización), con el fin de evitar embarazos no deseados en sus parejas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es conveniente para las mujeres con discapacidad intelectual utilizar métodos anticonceptivos definitivos (ligadura de trompas u otras formas de esterilización) con el fin de evitar embarazos no deseados.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cuando se toma la decisión de utilizar un método anticonceptivo definitivo (ligadura de trompas, vasectomía,...) es mejor que la personas con discapacidad intelectual no lo sepa, debe decidirlo la familia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si tiene algo que transmitir estaría encantada que me lo escribiera en las siguientes líneas:

.....

.....

.....

.....

¡MUCHAS GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN!

ANEXO VI: Cuaderno de recogida de datos, versión para profesionales:



**UNIVERSIDAD
DE BURGOS**

Nº Identificador

Cuestionario de actitudes hacia el ámbito de la sexualidad de las personas con discapacidad intelectual

(Versión para profesionales)

El siguiente cuestionario fue elaborado en 2013 por la Asociación TESIS (Tecnología, Estudios e Intervención Social), con el propósito de analizar las actitudes que tiene la población sobre la sexualidad, maternidad y crianza de personas con discapacidad intelectual.

Esta escala va a ser utilizada para realizar un Trabajo de Fin de Grado en Terapia Ocupacional por parte de una alumna de la Universidad de Burgos. Con el fin de investigar sobre la actitud que tienen los familiares o tutores que conviven con personas con discapacidad intelectual y los profesionales que trabajan con este tipo de usuarios. Por lo tanto es muy importante que **sea sincero/a y conteste a todas las preguntas**.

La participación es **voluntaria y anónima**, toda la información contenida en este documento será tratada de forma **estrictamente confidencial** (Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal).



DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Edad:.....

Sexo:

- Mujer
- Hombre

¿Cuál es su profesión?

- Terapeuta Ocupacional
- Psicólogo/a
- Trabajador/a Social
- Fisioterapeuta
- Auxiliar de enfermería
- Otra:.....

Del 0(nada) al 4(muchísimo) **¿cuánto crees de importante que se realice educación sexual adaptada a las personas con discapacidad intelectual?.....**

¿Qué profesional/es crees que debería/an tratar este tema?

.....

.....

.....

¿ Has trabajado o has tenido la necesidad de abordar la sexualidad en personas con diversidad funcional?

- No, nunca
- Sí he tenido la necesidad pero no he sabido cómo tratarlo
- He trabajado con mis usuarios siempre que lo he necesitado

¿Consideras que has recibido suficiente formación sobre sexualidad y diversidad funcional cuando cursaste tus estudios?

- No se trató el tema en clase
- Se abordó muy poco
- Me dieron pautas para el trabajo con algún colectivo
- Tuve una asignatura específica

A continuación se le presentarán una serie de enunciados referidos a las personas con discapacidad intelectual que tendrá que puntuar señalando con una cruz la casilla correspondiente según su opinión:

GRADO DE ACUERDO/DESACUERDO	TOTALMENTE DE ACUERDO	PARCIALMENTE DE ACUERDO	NI DE ACUERDO, NI EN DESACUERDO	PARCIALMENTE EN DESACUERDO	TOTALMENTE EN DESACUERDO
	5	4	3	2	1
Afirmaciones (opiniones y pensamientos):					
Las personas con discapacidad intelectual necesitan que otros tomen las decisiones importantes por ellos para protegerlos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Generalmente pienso que las personas con discapacidad intelectual son como niños, me costaría tratarlos como adultos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Las personas con discapacidad intelectual tienen la sexualidad a “flor de piel”, son sexualmente desinhibidas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Las personas con discapacidad intelectual tienen las mismas necesidades y deseos sexuales que las personas sin discapacidad intelectual.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ver a dos personas con discapacidad intelectual besándose me provocaría rechazo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Las personas con discapacidad intelectual necesitan más educación sexual para prevenir embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Está bien que las personas con discapacidad intelectual tengan novio/a pero que no lleguen a tener relaciones sexuales completas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Creo que la sexualidad es un aspecto clave para la calidad de vida y la igualdad de las personas con discapacidad intelectual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Las personas con discapacidad intelectual no deberían recibir información y educación sexual porque se exponen a posibles peligros (ej., abuso sexuales)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Las personas con discapacidad intelectual tienen que emparejarse con personas que también tengan discapacidad intelectual.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Las mujeres con discapacidad intelectual corren más riesgo de sufrir acoso o abuso sexual que otras mujeres.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Los hombres con discapacidad intelectual corren más riesgo de sufrir acoso o abuso sexual que otros hombres.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Por lo general las personas con discapacidad intelectual no son capaces de tener relaciones de pareja estables.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Las mujeres con discapacidad intelectual no pueden tomar la decisión de ser madres por sus propios medios.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Los hombres con discapacidad intelectual no pueden tomar la decisión de ser padres por sus propios medios.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nunca me he planteado que las personas con discapacidad intelectual tengan deseos de ser madres/padres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Una mujer con discapacidad intelectual puede ser madre con los apoyos adecuados.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es muy poco probable que una persona con discapacidad intelectual pueda llevar una familia adelante.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Las mujeres con discapacidad intelectual necesitan más apoyos para reflexionar sobre el compromiso y la responsabilidad que supone ser madres.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

GRADO DE ACUERDO/DESACUERDO	TOTALMENTE DE ACUERDO	PARCIALMENTE DE ACUERDO	NI DE ACUERDO, NI EN DESACUERDO	PARCIALMENTE EN DESACUERDO	TOTALMENTE EN DESACUERDO
A una mujer con discapacidad intelectual se le debe pedir que demuestre que realmente tiene capacidad de criar adecuadamente a su hijo/a.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cuando una mujer con discapacidad intelectual tiene un/a hijo/a es la familia la que se ocupa finalmente del niño/a.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si la madre tiene discapacidad intelectual, su hijo/a nacerá con discapacidad.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Que las personas con discapacidad intelectual tengan descendencia, es perjudicial para ellas mismas y para sus hijos/as.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Las mujeres con discapacidad intelectual encuentran las principales barreras para su maternidad en sus propias familias.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A las mujeres con discapacidad intelectual no se les debería hablar de la maternidad para no fomentar sus deseos de ser madres.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi actitud sobre que las personas con discapacidad intelectual puedan tener una familia y llevar una vida independiente varía según el grado de discapacidad. No pienso lo mismo sobre una persona con discapacidad intelectual ligera, que sobre una persona con una discapacidad moderada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Creo que algunas mujeres con discapacidad intelectual podrían ser madres, pero para mí, definitivamente, una mujer con Síndrome de Down, no podría.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Una persona con discapacidad intelectual no tiene habilidades suficientes para proporcionar una buena alimentación a sus hijos/as.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Una persona con discapacidad intelectual no es capaz de inculcar a sus hijos/as los valores y límites necesarios para una buena crianza.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Las personas con discapacidad intelectual son tan capaces de criar bien a sus hijos como otras personas sin discapacidad o con otros tipos de discapacidad.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Creo que, en gran parte de los casos, si una mujer con discapacidad intelectual quedara embarazada sería conveniente que abortase.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Creo que la familia debe encargarse de disuadir a las personas con discapacidad intelectual que quieran tener hijos y proponerles otras opciones.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es conveniente para los hombres con discapacidad intelectual utilizar métodos anticonceptivos definitivos (vasectomía u otras formas de esterilización), con el fin de evitar embarazos no deseados en sus parejas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es conveniente para las mujeres con discapacidad intelectual utilizar métodos anticonceptivos definitivos (ligadura de trompas u otras formas de esterilización) con el fin de evitar embarazos no deseados.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cuando se toma la decisión de utilizar un método anticonceptivo definitivo (ligadura de trompas, vasectomía,...) es mejor que la personas con discapacidad intelectual no lo sepa, debe decidirlo la familia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si tiene algo que transmitir estaría encantada que me lo escribiera en las siguientes líneas:

.....

.....

.....

.....

¡MUCHAS GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN!

ANEXO VII: Carta explicativa del estudio:

Burgos, abril de 2017

Estimado familiar/profesional:

Soy Carmen Salas Leyva, alumna de último curso del grado en Terapia Ocupacional de la Universidad de Burgos. Estoy realizando el trabajo final de grado sobre las **actitudes hacia la sexualidad y afectividad de las personas con diversidad funcional** y recibe esta documentación porque (X) ha decidido colaborar con mi estudio.

A continuación se adjunta la **hoja informativa** que explica sus derechos como participante en el estudio, el **consentimiento informado**, que tendrá que rellenar con sus datos personales y finalmente el **cuestionario**, que consta de una primera parte de datos sociodemográficos y de una serie de afirmaciones en las que tendrá que señalar de forma sincera su grado de acuerdo o desacuerdo.

La participación es **voluntaria, anónima y confidencial**, solamente se utilizarán para el trabajo los datos que queden reflejados en los cuestionarios. Por supuesto, el consentimiento es solamente necesario para que pueda manipular esos datos, va completamente por separado y su nombre no aparecerá en el trabajo.

Usted tendrá acceso a las conclusiones a las que llegue tras la investigación. Para cualquier duda o sugerencia puede ponerse en contacto conmigo a través del teléfono 638097763 o el correo carleyva91@gmail.com

Muchas gracias por su colaboración. Un saludo,

Carmen Salas Leyva

ANEXO VIII: Hoja informativa:

**ACTITUDES DE FAMILIARES Y PROFESIONALES HACIA LA SEXUALIDAD Y
AFECTIVIDAD DE LAS PERSONAS CON DIVERSIDAD FUNCIONAL INTELECTUAL**

Investigadora: Carmen Salas Leyva

HOJA INFORMATIVA

Con el presente documento se le está invitando a participar en un estudio realizado por una alumna de Terapia Ocupacional de la **Universidad de Burgos** con el fin de elaborar su Trabajo de Fin de Grado.

La investigación pretende conocer la postura que los familiares y profesionales tienen hacia temas como la **maternidad y relaciones personales** de las personas con discapacidad intelectual.

El estudio busca, simplemente, saber más sobre la percepción que el entorno directo tiene sobre la sexualidad de sus familiares o usuarios con discapacidad, planteándose la relevancia del abordaje de este tema.

Ambos cuestionarios son **completamente anónimos y la información es estrictamente confidencial**. El tratamiento, comunicación y cesión de sus datos se hará conforme a lo dispuesto por la Ley Orgánica 15/1999, del 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal. En todo momento, **usted podrá acceder a sus datos, corregirlos o cancelarlos**.

Puede dejar de participar en el estudio cuando usted desee y tenga en cuenta en todo momento que su colaboración es **absolutamente voluntaria, por lo que se requiere un consentimiento firmado**.

El resultado del estudio puede ser publicado a fin de divulgación científica, pero **en ningún caso aparecerán datos que identifique a los participantes**. Además, si usted lo desea se le enviará el trabajo una vez concluido.

Ni la investigadora, ni usted serán retribuidos por la dedicación y participación en el estudio.

Si tiene alguna duda puede preguntarlo personalmente o dirigiéndose al correo electrónico: csl0021@alu.ubu.es

ANEXO IX: Consentimiento informado:

**ACTITUDES DE FAMILIARES Y PROFESIONALES HACIA LA SEXUALIDAD
Y AFECTIVIDAD DE LAS PERSONAS CON DIVERSIDAD FUNCIONAL
INTELECTUAL**

Investigadora: Carmen Salas Leyva

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, D/Dña (nombre y apellidos).....
con nº DNI/NIE..... en calidad de profesional o familiar
habiendo leído la **hoja informativa** que me ha sido entregada, habiendo tenido
oportunidad de preguntar mis dudas y habiendo recibido suficiente información sobre el
estudio, participo en el mismo:

- entendiendo que mi participación es **voluntaria**,
- entendiendo que mis datos serán tratados de manera **confidencial** y
- entendiendo que puedo **abandonar el estudio** cuando lo desee.

Cumplimentando este consentimiento informado de forma voluntaria manifiesto mi deseo
de participar en este estudio sobre las actitudes hacia la sexualidad de las personas con
diversidad funcional intelectual y su posible influencia hacia este colectivo.

En.....a....de.....de 2017

ANEXO X: Cuestionario para profesionales on-line. Párrafo explicativo del estudio y de la voluntariedad del mismo:

Investigadora: Carmen Salas Leyva (csl0021@alu.ubu.es)

El siguiente cuestionario fue elaborado en 2013 por la Asociación TESIS (Tecnología, Estudios e Intervención Social), con el propósito de analizar las actitudes que tiene la población sobre la sexualidad, maternidad y crianza de personas con discapacidad intelectual.

Esta escala va a ser utilizada para realizar un Trabajo de Fin de Grado en Terapia Ocupacional por parte de una alumna de la Universidad de Burgos. Con el fin de investigar sobre la actitud que tienen los familiares o tutores que conviven con personas con discapacidad intelectual y los profesionales que trabajan con este tipo de usuarios. Por lo tanto es muy importante que sea sincero/a y conteste a todas las preguntas.

La participación es voluntaria y anónima, toda la información contenida en este documento será tratada de forma estrictamente confidencial (Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal)

El resultado del estudio puede ser publicado a fin de divulgación científica, pero en ningún caso aparecerán datos que identifique a los participantes. Además, si usted lo desea se le enviará el trabajo una vez concluido.

Ni la investigadora, ni usted serán retribuidos por la dedicación y participación en el estudio.

ANEXO XI: Proyecto piloto con fines divulgativos:

**ACTITUDES DE FAMILIARES Y PROFESIONALES HACIA LA SEXUALIDAD
Y AFECTIVIDAD DE LAS PERSONAS CON DIVERSIDAD FUNCIONAL
INTELECTUAL**

Investigadora: Carmen Salas Leyva

Introducción

El concepto de sexualidad humana evoluciona y cambia a lo largo de la historia a mano de las diferentes sociedades y culturas. Incluso actualmente, este concepto es entendido de forma diferente dependiendo del contexto cultural, económico, histórico y político.

La Organización Mundial de la Salud en 2006 elabora la siguiente definición de sexualidad:

“Aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida. Abarca al sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se vivencia y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales”

Como la OMS, son bastante los autores que entienden la sexualidad de una manera amplia, no solo como un conjunto de prácticas si no también pensamientos, actitudes o conductas que no solo incluyen el coito, si no también algo tan esencial de uno mismo como es la identidad de género o la intimidad.

Vivimos en una sociedad en la que es sabido que el total de la población es susceptible de sufrir abuso sexual, puede ser reprimida por manifestar su orientación sexual y rechazada porque sus cuerpos no cumplen un patrón estético.

Por lo que hay que pararse a pensar sobre cómo puede afectar todo esto a personas cuya sexualidad es tratada por el resto de la sociedad como tema tabú y además tienen dificultad para elegir lo que desean, aprender a identificar situaciones de riesgo y ser conscientes de la propia pertenencia de su cuerpo.

Por lo que, ante el “riesgo” de sufrir abuso, comportamientos inadecuados o desamores su alrededor reacciona negándoles su sexualidad y afectividad, parte esencial del ser humano, de su calidad de vida y autonomía. Sin embargo sentir un desengaño amoroso, recibir un sí de quien nos gusta o una mirada de aprecio o disgusto, abrazar, experimentar emociones, escoger, amar, conocer el propio cuerpo, caer y levantarse, son experiencias que forman parte de la vida.

Ante todo esto, se cuestiona si los profesionales sociosanitarios que trabajan directamente con personas con discapacidad han recibido formación específica sobre un área tan esencial del ser humano y si son capaces de capacitar a la familia para una educación afectiva y sexual adaptada a las características de los usuarios.

Hay pocas investigaciones y menos en nuestro país, que analicen las actitudes del entorno de la persona con discapacidad hacia su afectividad y sexualidad. Por lo que se ha querido realizar un pequeño estudio donde se observen las actitudes y prejuicios de familiares y profesionales, con el fin de visibilizar un poco más la importancia de abordaje de este área, los ámbitos que pueden ser más demandados por la familia y la verdadera capacitación de profesionales.

¿Qué actitudes presentan los profesionales hacia la sexualidad de sus usuarios?

¿Los profesionales perciben haber recibido suficiente información para la educación sexual de los usuarios?

¿Es importante para las familias la educación sexual?

¿Los profesionales y familiares creen que las personas con discapacidad intelectual pueden tener pareja y/o formar una familia?

Objetivos

El objetivo general del estudio es:

Conocer las actitudes que los familiares y profesionales tienen acerca de la sexualidad y afectividad de las personas con diversidad funcional intelectual (DFI).

A su vez se plantean una serie de objetivos específicos:

- Conocer si los profesionales perciben la suficiente formación para realizar una educación sexual adaptada a las necesidades de las personas con discapacidad intelectual.
- Saber si los profesionales creen importante el abordaje de la sexualidad como parte de la terapia que recibe el usuario.
- Analizar cómo influyen los datos demográficos (edad, sexo, nivel de estudios o profesión) en la actitud hacia la sexualidad.
- Averiguar los posibles prejuicios existentes sobre la capacidad de las personas con DFI de mantener una relación sentimental y/o la crianza.
- Conocer la necesidad de los familiares a la hora de tratar esta temática y si reciben ayuda de los profesionales.

Instrumento

Se ha elegido un cuestionario tipo Likert “Cuestionario de actitudes hacia el ámbito de la sexualidad de las personas con discapacidad intelectual” elaborado por la Asociación TESIS. Con el fin de valorar cuantitativamente las actitudes hacia la sexualidad y afectividad de las personas con diversidad funcional intelectual, teniendo en cuenta la capacidad de toma de decisión, relaciones de pareja, sexualidad, educación sexual, abuso, maternidad/paternidad y la crianza.

Criterios de inclusión

FAMILIARES	Mayor de 18 años de edad.
	Padre, hermano, hijo, nieto, abuelo y/o tutor legal.
	Que hayan convivido o convivan con una o varias persona/s con discapacidad intelectual congénita o adquirida antes de la pubertad y mayor de 16 años.

Familiares de primer o segundo grado y/o tutores mayores de edad que residan o hayan residido en casa con una o varias personas con discapacidad intelectual congénita o

adquirida antes de los 12 años de edad, estando o no ligada a discapacidades de otra naturaleza (física, sensorial, mental...) y que tengan de 16 años en adelante.

PROFESIONALES	Mayor de 18 años de edad.
	Trabajadores del ámbito de la salud, sociosanitario, social, educativo...
	Que trabajen o hayan trabajado con personas con discapacidad intelectual congénita o adquirida antes de la pubertad y mayor de 16 años.

Profesionales mayores de edad que trabajen actualmente ofreciendo asistencia sociosanitaria, sanitaria, educativa o social a un grupo de personas donde haya al menos un usuario con discapacidad intelectual congénita o adquirida antes de los 12 años de edad, que esté o no ligada a discapacidades de otra naturaleza (física, sensorial, mental...) y que tengan de 16 años de edad en adelante.

ANEXO XII: Media de edad según rama profesional

Profesional	Media	Desviación típica
Sociosanitario	33,22	±10,47
Social	37,50	±17,67
Sanitario	33,10	±8,58
Educación	43,23	±8,98