

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PSICOSEXUAL EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL

Program of psychosexual intervention with intellectually disabled people

Yolanda NAVARRO, Esperanza TORRICO y M^a José LÓPEZ

Departamento de Psicología Clínica, Experimental y Social. Facultad de Ciencias de la Educación.
Universidad de Huelva.

Resumen

El objetivo de este estudio fue analizar los resultados de la aplicación de un programa de intervención psicosexual en personas con discapacidad intelectual. La muestra estuvo compuesta por 37 personas (17 hombres y 20 mujeres) diagnosticadas de discapacidad intelectual. Los resultados pusieron de manifiesto, en primer lugar, la eficacia de los programas de intervención psicosexual en personas con discapacidad intelectual y, en segundo lugar, la importancia y necesidad de adaptar los programas educativos en materia de educación sexual en función a las necesidades y características de cada grupo.

Palabras Claves: Sexualidad, Discapacidad Intelectual, Programas de Intervención Psicosexual, Educación Sexual

Abstract

The aim of this study was to analyze the effects of implementing a psychosexual intervention's program with intellectually disabled people. The sample was composed of 37 people (17 male and 20 female), all of them diagnosed with intellectual disability. The results show, firstly, the efficiency of this type of programs with intellectually disabled people, and, secondly, the importance and the need to adapt the educational programs in sexual education to suit the needs and characteristics of every group.

Keywords: Sexuality, Intellectual Disability, Programs of Psychosexual Intervention, Sexual Education

1. INTRODUCCIÓN

Las personas que tienen alguna discapacidad pertenecen a una minoría a la que tradicionalmente se le ha negado toda posibilidad de resolver sus necesidades afectivas y sexuales, entre otros motivos, debido a la concepción reduccionista de la sexualidad que ha existido durante años. La persona con discapacidad se consideraba no apta para casarse o vivir en pareja y tener hijos y cuidarlos, por lo que no tenía sentido ni era necesario abordar este tema. A su vez, se presuponían manifestaciones sexuales impulsivas, no controladas y muy peligrosas, por lo que desde los planteamientos de la educación el objetivo prioritario era conseguir que no se despertara en ellas la necesidad sexual y controlar sus manifestaciones de forma represiva, a la vez que las personas del entorno tenían miedo a que estas manifestaciones se convirtieran en conductas obsesivas, al riesgo que ello conllevaba y a la vulnerabilidad ante cualquier tipo de abuso. De hecho, los principales mitos y creencias en torno a la sexualidad de personas con discapacidad son los siguientes: las personas con discapacidad intelectual no tienen sexualidad porque son los *eternos niños* (Casarella, Duacastella y Tallis, 2005; Gafo, 2000; García y Dios del Valle, 2002); la información sexual para personas con discapacidad intelectual conduce a incitar y estimular sus impulsos sexuales (Aunos y Feldman, 2002; Casarella, Duacastella y Tallis, 2005); existen relaciones de linealidad entre sexualidad y capacidad intelectual, como si el nivel intelectual determinara la capacidad de amar, expresar afecto y cariño, etc. (García, 1990, Fierro, 2000 Marchetti y MacCartney, 1990); estas personas presentan una vida sexual y afectiva muy distinta a la del resto de la población, hablándose de conducta sexual «exacerbada» (Casarella, Duacastella y Tallis, 2005; García, 2000; García y Dios del Valle, 2002) manifestada en sus continuas demandas de afecto, en sus fuertes emociones e impulsos sexuales, en su dificultad para controlarlos y en su tendencia a la promiscuidad sexual; la discapacidad engendra discapacidad, por tanto, el control de la vida sexual de estas personas evitaría la posibilidad de engendrar hijos con retraso; y, por último las personas con retraso mental son insensibles al dolor y sin capacidad para captar el abuso del que pueden ser objeto (Bailey, 1998; Sobsey, Randall y Parrilla, 1997). Todos estos mitos y prejuicios, por supuesto sin sustento científico, pueden generar muchas veces actitudes negativas hacia estas personas y actuar como barreras importantes a la hora de planificar una educación sexual adaptada (Casarella, Duacastella y Tallis, 2005; García y Dios del Valle, 2002; Verdugo, 2004).

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

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

Aunque a partir de los años 90 ha ido incrementándose el número de estudios en torno a estos temas, todavía en el siglo XXI son escasos los trabajos realizados a nivel de intervención en los que se corrobore la eficacia de los mismos. Juárez, Cortés, González, Valmayor, Riera y Calventus (2003) llevaron a cabo una investigación en una población de 78 jóvenes con discapacidad psíquica. Su objetivo prioritario era la prevención de embarazos no deseados y de ETS, incluida la infección por el SIDA, a través de las personas en contacto habitual con ellos (mediadores). El programa consiguió resultados positivos, siendo la valoración por parte de los implicados favorable (aunque poniendo de manifiesto la necesidad de seguir trabajando en este ámbito). Por su parte, McDermott, Martin, Weinrich y Kelly (1999) llevaron a cabo un estudio pre-post para comprobar la efectividad de un programa de intervención en 252 mujeres con discapacidad intelectual (leve y moderado), concluyendo que las participantes incrementaban el nivel de conocimientos sexuales.

2. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

2.1. Objetivos

Según lo expuesto hasta ahora, planteamos esta investigación con el objetivo general de favorecer la calidad de vida de personas con discapacidad intelectual mejorando su salud sexual mediante la implementación de un programa de educación afectivo sexual adaptado a dicha población. Al mismo tiempo, este objetivo genérico se concreta en los siguientes objetivos específicos: adaptar y poner en práctica un programa de educación sexual específico para personas con discapacidad intelectual y, en segundo lugar, describir y comparar los conocimientos sobre el SIDA, embarazo y conductas de riesgo de personas con discapacidad intelectual antes y después de la aplicación de un programa de educación sexual.

2.2. Método

2.2.1. Participantes

La muestra está compuesta por 37 personas (17 hombres y 20 mujeres) diagnosticadas de discapacidad intelectual. La edad oscila entre los 17 y 36 años ($\bar{x} = 27'0$ y $\delta = 5'3$). Por su parte, con respecto al nivel de estudios, más de la mitad (56'8%) ha conseguido finalizar la escolarización obligatoria, frente al 35'1% que no lo ha logrado y el 8'1% que tiene estudios de Formación Profesional de primer grado.

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

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

Por último, con respecto al *diagnóstico de retraso mental*, 27 están diagnosticados de retraso mental leve y 10 personas de retraso mental moderado.

2.2.2. Instrumentos de evaluación

Cuestionarios sobre el SIDA y hábitos sexuales

El cuestionario aplicado consta de 46 ítems agrupados en seis bloques. Es una adaptación, llevada a cabo por una de las autoras de esta investigación, de un instrumento de evaluación que anteriormente había sido elaborado para trabajar en personas sin discapacidad intelectual y que, a su vez, fue adaptado de otros dos cuestionarios, «Cuestionario sobre el SIDA» de Espada y Quiles (2001) y el «Cuestionario sobre sexualidad y contracepción» de Oliva, Serra y Vallejo (1993). Para ello se realizó una reformulación de los ítems (acorde al nivel de comprensión verbal de este colectivo de personas), así como la modificación de las alternativas de respuesta de los ítems del Bloque 1 y 5 (permitiéndose respuestas abiertas). Para ello se incluyó tres preguntas abiertas para profundizar sobre determinados contenidos (conocimientos del SIDA y sobre embarazo). Además también se incluyeron las historias clínicas de estas personas.

Los seis bloques temáticos incluidos en el cuestionario, son los siguientes: Variables Sociodemográficas, Conocimientos sobre el SIDA, Conocimientos sobre el embarazo, Adopción de comportamientos de riesgo, Conductas sexuales y un último bloque denominado «Ítems específicos», que incluye tres preguntas abiertas para profundizar en los conocimientos que estas personas tenían sobre el SIDA y los métodos anticonceptivos: «¿Qué es el SIDA?»; «¿Cómo se pega el SIDA de una persona a otra?»; «¿Cuál es la mejor manera para que una chica no se quede embarazada?».

2.2.3. Procedimiento

El tipo de muestreo utilizado para la selección de los participantes fue de tipo incidental. El diseño empleado fue cuasiexperimental con dos medidas, pre-intervención y post-intervención.

Esta investigación, desarrollada durante dos años, ha supuesto un complejo proceso de diseño, puesta en marcha y ejecución, llevada a cabo en las tres siguientes fases: *Preparatoria y diseño de la investigación*, *Elaboración y adaptación de los cuestionarios* y, por último, *Desarrollo del programa de intervención* que, a su vez se desarrolla en cuatro pasos: Contactos previos y consentimiento informado, Primera evaluación (pre-intervención), Aplicación del programa de educación sexual (intervención) y Segunda evaluación (post-intervención)

En cuanto al programa de intervención elaborado para personas con discapacidad intelectual, fue una adaptación del programa Harimaguada. Las actividades que se realizaron fueron 40 (Tabla 1), todas adaptadas al nivel de comprensión de este tipo de personas, generando materiales didácticos específicos también adaptados a sus necesidades.

TABLA 1: Programa de intervención adaptado a personas con discapacidad intelectual

BLOQUE I: SOMOS SERES SEXUADOS	Tormenta de ideas: ¿qué es la sexualidad? Encuesta en clase: «Somos seres sexuados»
BLOQUE II: DESARROLLO SEXUAL BLOQUE VIII: RESPUESTA SEXUAL HUMANAY DISFUNCIONES SEXUALES	Anatomía y fisiología Análisis del vocabulario; lenguaje popular, lenguaje sexista Cambios corporales Silueta Plastilina Erección, eyaculación Ovulación y menstruación Calendario menstrual Ideal de belleza Jugar a ser modelos ¿Qué hace tu madre y tu padre? Vamos de tiendas
BLOQUE III: FECUNDACIÓN, EMBARAZO Y PARTO	Fecundación, embarazo y parto Érase una vez la vida Érase una vez un esperma y un óvulo Teatro fecundación Maternidad y paternidad responsable
BLOQUE IV: ANTICONCEPCIÓN Y ABORTO	Métodos anticonceptivos Somos expertos en la anticoncepción Mi quiosco anticonceptivo Juego fecundación Preservativos a 1€ Antes de llover chispea
BLOQUE V: E.T.S. Y SIDA	Enfermedades de transmisión sexual y sida SIDA y VIH Cartel sida Mitos o datos relacionados con el sida Importancia del preservativo para el contagio del sida Juego de cartas
BLOQUE VI: RELACIONES INTERPERSONALES	Habilidades sociales
BLOQUE VII: ORIENTACIÓN DEL DESEO	Diferenciación de conceptos Masturbación Diferentes tipos de amor Cuento «(casi) como los demás»
BLOQUE IX: COMERCIALIZACIÓN Y VIOLENCIA SEXUAL	Violencia sexual Carta de un abuso Mural mi cuerpo es mío y lo toca quién yo quiera Ropa tendida

Se procedió al análisis de los resultados a través del paquete estadísticos «SPSS-W® (v. 12)», llevando a cabo análisis descriptivos y comparativos. En el primer caso, frecuencias y porcentajes de las variables sociodemográficas del cuestionario (Bloque 1), medias y desviaciones típicas de cada una de las tres variables de estudio «Conocimiento sobre el SIDA», «Conocimiento sobre el embarazo» y «Adopción de conductas de riesgo» (Bloques 2, 3 y 4), tanto en la fase pre-intervención como en la de post-intervención. Y, en el segundo, comparaciones intragrupo de cada uno de los factores de los Bloques 2, 3, 4, 5 y 6.

3. RESULTADOS

En primer lugar, en la Tabla 2 se observan las medias y desviaciones típicas de cada una de las variables de estudio tanto en la fase de pre-intervención como en la post-intervención.

En relación a los resultados obtenidos en los análisis comparativos de las tres variables de estudio, como podemos observar (Tabla 2), encontramos diferencias estadísticamente significativas en todas las variables entre ambas fases, apareciendo un importante incremento en las puntuaciones medias (sobre todo en «Conocimientos sobre el SIDA» y «Conocimientos sobre el embarazo») una vez llevado a cabo el programa de intervención.

TABLA 2: Comparaciones pre y post intervención de las variables de estudio

	<i>Intervención</i>	<i>Media</i>	<i>Desviación Típica</i>	<i>t</i>	<i>Nivel de significación</i>
SIDA	Pre	6'35	3'05	-10'59	0'000
	Post	12'13	1'29		
Embarazo	Pre	1'91	1'87	-8'33	0'000
	Post	5'08	1'34		
Riesgo	Pre	3'05	1'80	-2'95	0'004
	Post	4'16	1'38		

En cuanto al Bloque 5, una vez llevada a cabo la intervención, aparecen diferencias estadísticamente significativas en el ítem 27 («*Actualmente ¿con qué frecuencia te tocas o masturbas?*») ($\chi^2=1'80$; $p=0'875$); ítem 28 («*¿Has tenido alguna relación sexual con penetración?*») ($\chi^2=0'000$; $p=1'000$); ítem 29 («*En alguna ocasión ¿Has tenido un contacto sexual con alguien sin haberlo deseado?*») ($\chi^2=0'000$; $p=1'000$); ítem 30 («*En tus relaciones sexuales, ¿Has tenido alguna vez algún tipo de problema?*») ($\chi^2=0'25$; $p=0'881$); ítem 31 («*¿Con qué frecuencia tienes relaciones sexuales con penetración?*»); ítem 32 («*¿Con quién has tenido esas relaciones sexuales con penetración?*») ($\chi^2=0'000$; $p=1'000$); e ítem 33 («*En tus relaciones con penetración qué método anticonceptivo utilizas para evitar el embarazo?*») ($\chi^2=8'55$; $p=0'036$).

Como hemos comentado anteriormente, el Bloque 6 del cuestionario estaba formado por tres preguntas de respuesta abierta. Con el objetivo de obtener respuestas lo más concretas posibles que aportasen una mayor información a nuestra investigación, elaboramos las categorizaciones de dichas cuestiones que a continuación exponemos:

Pregunta 1. «¿Qué es el SIDA?»:

— «SIDA 1»: nivel de conocimientos generales.

— «SIDA 2»: concepto de SIDA como una enfermedad y nivel de conocimientos al respecto.

— «SIDA 3»: tipo de enfermedad que se considera.

— «SIDA 4»: conceptualización de esta enfermedad en base a mitos.

Pregunta 2. ¿Cómo se pega el SIDA?»:

— «SIDA 5»: conocimientos que tienen en torno a las vías de transmisión del SIDA.

Pregunta 3. ¿Cuál es la mejor manera para que una chica no se queda embarazada?»:

— «Embarazo»: conocimientos acerca de los métodos anticonceptivos y el embarazo.

A continuación, en cada uno de los siguientes apartados, además de los correspondientes análisis estadísticos (tablas de contingencias y su correspondiente χ^2), presentamos las diferentes categorizaciones realizadas a las cuestiones mencionadas y ofrecemos algunos ejemplos de las respuestas que juzgamos más representativos.

Variable «SIDA 1»

Una vez llevada a cabo la categorización, los valores que adopta esta variable (que hace referencia al nivel de conocimientos generales sobre el SIDA) son los siguientes:

Opción 1: «No sabe qué es el SIDA». Ej.: «es una pelea entre dos».

Opción 2: «Sabe qué es el SIDA». Ej.: «es una enfermedad que afecta al sistema inmunológico y que se transmite por diferentes vías».

Opción 3: «Tiene algunos conocimientos, pero no todos». Ej.: «es una enfermedad que se puede coger por inyectarse la jeringuilla de otra persona, por las maquinillas de afeitarse y...no me acuerdo de más».

Opción 4: «Tiene muy pocos conocimientos». Ej.: «es una enfermedad que anuncia la tele».

Como podemos observar en la Tabla 3, los resultados indican la existencia de diferencias significativas ($\chi^2 = 15,05$; $p = 0,02$) en la alternativa 1 con una frecuencia superior a la esperada en la fase de pre-intervención e inferior en la post-intervención. Relacionado con lo anterior, se encuentra el resultado obtenido en la opción 2, donde se observa en la post-intervención una frecuencia observada mucho mayor a la esperada. Por último, con respecto a la alternativa 4, se puede apreciar que la frecuencia observada una vez finalizado el programa de educación sexual es mayor a la esperada, lo que nos hace suponer que algunos participantes habían adquirido algunos conocimientos.

TABLA 3: Tabla de contingencias de la variable «SIDA 1»

			Intervención		Total
			pre	post	
SIDA 1	1	Frecuencia observada	19	5	24
		Frecuencia esperada	12	12	
		Residuos corregidos	7	-7	
	2	Frecuencia observada	4	14	18
		Frecuencia esperada	9	9	
		Residuos corregidos	5	-5	
	3	Frecuencia observada	10	10	20
		Frecuencia esperada	10	10	
		Residuos corregidos	0	0	
	4	Frecuencia observada	4	8	12
		Frecuencia esperada	6	6	
		Residuos corregidos	-2	2	
Total		Frecuencia observada	37	37	74
			$\chi^2=15'05$	$p=0'02$	

Variable «SIDA 2»

En relación a esta variable, se presenta la siguiente categorización:

Opción 1: «Considera que el SIDA es una enfermedad». Ej.: *«es una enfermedad que se adquiere y que afecta a las defensas del cuerpo».*

Opción 2: «No tiene ningún concepto, tiene conceptos erróneos o no lo sabe». Ej.: *«enfermedad de transmisión que empezó en América porque trajeron a un mono que estaba enfermo. La compró un presidente y le dio un beso y puede ser que se lo pegara. Aunque mi madre dice que esa historia se la ha inventado».*

Opción 3: «Tiene algunos conceptos adquiridos, pero no todos». Ej.: *«enfermedad muy contagiosa que se transmite mucho mediante objetos (jeringuillas). Si una persona estornuda te puede contagiar».*

La Tabla 4 recoge las contingencias de las mencionadas opciones de respuesta, donde observamos que no existen diferencias estadísticamente significativas ($\chi^2 = 2'25$; $p=0'32$). No obstante, tras la aplicación del programa de educación sexual, se aprecia un discreto incremento en las respuestas correctas relacionadas con la consideración del SIDA como una enfermedad, así como una disminución en las frecuencias observadas en aquellas respuestas carentes de conceptos, con conceptos erróneos o, simplemente, en las que el participante desconoce lo que es el SIDA.

TABLA 4: Tabla de contingencias de la variable «SIDA 2»

			Intervención		Total
			pre	post	
SIDA 2	1	Frecuencia observada	30	34	64
		Frecuencia esperada	32	32	
		Residuos corregidos	-2	2	
	2	Frecuencia observada	6	2	8
		Frecuencia esperada	4	4	
		Residuos corregidos	2	-2	
	3	Frecuencia observada	1	1	2
		Frecuencia esperada	1	1	
		Residuos corregidos	0	0	
Total		Frecuencia observada	37	37	74
			$\chi^2=2'250$	$p=0'325$	

Variable «SIDA 3»

La codificación de las respuestas a esta variable, es la siguiente:

Opción 1: «Desconoce lo qué es el SIDA». Ej.: «no sé, esto es muy difícil, dime otra pregunta».

Opción 2: «Describe correctamente qué es el SIDA». Ej. «es el síndrome de inmunodeficiencia adquirida que afecta al sistema inmunológico y que se contagia por distintas vías: flujo, semen y sangre».

Opción 3: «Describe la enfermedad como una enfermedad de transmisión». Ej. «Es una enfermedad que se transmite por la sangre y que significa S=síndrome, I=inmunodeficiencia, D=deficiencia, A=adquirida».

Opción 4: «Define el SIDA como una enfermedad del sistema inmunológico». Ej.: «es una enfermedad de transmisión sexual que afecta al sistema de las defensas del cuerpo».

Opción 5: «Define el SIDA como una enfermedad relacionada con el sexo». Ej.: «es una enfermedad que se contagia haciendo el amor».

En la Tabla 5 podemos observar la no existencia de diferencias estadísticamente significativas ($\chi^2=11'93$; $p=0'18$) entre las frecuencias observadas y esperadas tanto antes como después de la intervención. No obstante, es interesante analizar el descenso ocurrido una vez finalizado el programa de educación sexual en el número de respuestas en las que los participantes no saben qué es el SIDA, así como el ligero aumento en las respuestas que describen la enfermedad como una enfermedad de transmisión, o definen el SIDA como una enfermedad del sistema inmunológico.

TABLA 5: Tabla de contingencias de la variable «SIDA 3»

			Intervención		Total
			pre	post	
SIDA 3	1	Frecuencia observada	17	6	23
		Frecuencia esperada	11'5	11'5	
		Residuos corregidos	5'5	-5'5	
	2	Frecuencia observada	3	6	9
		Frecuencia esperada	4'5	4'5	
Residuos corregidos		-1'5	1'5		
3	Frecuencia observada	16	21	37	
	Frecuencia esperada	18'5	18'5		
	Residuos corregidos	-2'5	2'5		
4	Frecuencia observada	0	4	4	
	Frecuencia esperada	2	2		
	Residuos corregidos	-2	2		
5	Frecuencia observada	1	0	1	
	Frecuencia esperada	0'5	0'5		
	Residuos corregidos	0'5	-0'5		
Total		Frecuencia observada	37	37	74
			$\chi^2=11'937$	$p=0'18$	

Variable «SIDA 4»

La codificación de las respuestas de esta variable, queda como sigue:

Opción 1: «Define el concepto del SIDA sin hacer mención a ninguno de los mitos del mismo». Ej.: «*es una enfermedad del sistema inmunológico*».

Opción 2: «Define el concepto del SIDA en función de los diversos mitos establecidos en nuestra cultura y sociedad». Ej.: «*es como una enfermedad pero que la cogen las personas que son delincuentes o los hombres que se drogan*».

En la Tabla 6 se muestran las contingencias de esta variable. Como podemos observar, aparecen diferencias estadísticamente significativas ($\chi^2=8'97$; $p=0'03$). Concretamente, la opción 1 en la fase de pre-intervención presenta una frecuencia menor a la esperada, mientras que tras completar el programa de educación sexual, la frecuencia es mayor. De la misma manera, la opción 2 presenta la tendencia inversa; en relación a esta última opción, creemos importante destacar como, una vez finalizada la intervención, no se produce ninguna respuesta en la que se defina el SIDA en función de los diversos mitos establecidos en nuestra cultura y sociedad.

TABLA 6: Tabla de contingencias de la variable «SIDA 4»

			Intervención		Total
			pre	post	
SIDA 4	1	Frecuencia observada	29	37	66
		Frecuencia esperada	33	33	
		Residuos corregidos	-4	4	
	2	Frecuencia observada	8	0	8
		Frecuencia esperada	4	4	
		Residuos corregidos	4	-4	
Total		Frecuencia observada	37	37	74
			$\chi^2=8'97$	$p=0'03$	

Variable «SIDA 5»

Una vez llevada a cabo la categorización, los valores que adopta esta variable son los siguientes:

Opción 1: «No sabe». Ej.: «*ni idea, pregúntale a mi hermano que estudia mucho*».

Opción 2: «Respuesta correcta y completa». Ej.:«*se pega por el semen, la sangre, el flujo. No se pueden compartir las jeringuillas, las cuchillas*».

Opción 3: «Respuesta correcta pero incompleta». Ej.:«*el SIDA se pega por las jeringuillas, sangre contagiada de SIDA, si te acuestas con alguien y no usas anticonceptivos te lo puede pegar, si está picado....*»

Opción 4: «Respuestas correctas e incorrectas». Ej. «*es una enfermedad que se pega en los cuartos de baño de los bares*».

La Tabla de contingencias de esta variable (Tabla 7) refleja la existencia de diferencias estadísticamente significativas ($\chi^2=25'43$; $p=0'000$). Así, las opciones 1 y 4 en la fase de pre-intervención presentan unas frecuencias observadas superiores a las esperadas, mientras que tras el programa de intervención son inferiores. Por su parte, las opciones 2 y 3 presentan la tendencia inversa. Como dato a destacar, se observa que antes de la intervención ninguna persona con discapacidad intelectual ofrecía una respuesta correcta y completa, mientras que sí ocurre después de la misma, lo que conlleva una relevante disminución de la frecuencia observada de los participantes que no saben cómo se transmite el SIDA.

TABLA 7: Tabla de contingencias de la variable «SIDA 5»

			Intervención		Total
			pre	post	
SIDA 5	1	Frecuencia observada	12	2	14
		Frecuencia esperada	7	7	
		Residuos corregidos	5*	-5*	
	2	Frecuencia observada	0	5	5
		Frecuencia esperada	2'5	2'5	
		Residuos corregidos	-2'5*	2'5*	
	3	Frecuencia observada	9	25	34
		Frecuencia esperada	17	17	
Residuos corregidos		-28*	8*		
4	Frecuencia observada	16	5	21	
	Frecuencia esperada	10	10'5		
	Residuos corregidos	5'5*	-5'5*		
Total		Frecuencia observada	37	37	74
			$\chi^2=25'434$	$p=0'000$	

Variable «Embarazo»

La codificación de las respuestas de esta variable, es la siguiente:

Opción 1: «No sabe». Ej.: «*con un método paraceptivo cómo DIU con alas o DIU sin alas*».

Opción 2: «Respuesta correcta y completa». Ej.:«*con algún método anticonceptivo. Hay que consultar al médico para ver cuál es el mejor*».

Opción 3: «Respuesta correcta pero incompleta». Ej.: «*ir al ginecólogo y que te recomienden algún anticonceptivo como pastillas y preservativos*».

Opción 4: «Correctas e incorrectas». Ej.:«*usando métodos anticonceptivos y también el coito intermitente*»

En la Tabla 8 se muestran las contingencias de esta última variable, donde se aprecia la existencia de diferencias estadísticamente significativas ($\chi^2=16'68$; $p=0'001$) en las opciones de respuesta de la misma. Así, la opción 1 presenta una frecuencia observada en la pre-intervención superior a la esperada, mientras que tras la aplicación del programa de educación sexual, ésta es inferior, manifestándose la tendencia contraria en la opción 2. Por lo tanto, se observa una disminución considerable del número de participantes que, tras su participación en el programa de intervención, no saben los métodos existentes para la prevención del embarazo. Asimismo, se produce un elevado aumento en el número de respuestas correctas y completas relacionadas con este tema de estudio.

TABLA 8: Tabla de contingencias de la variable «Embarazo»

			<i>Intervención</i>		<i>Total</i>
			<i>pre</i>	<i>post</i>	
Embarazo	1	Frecuencia observada Frecuencia esperada Residuos corregidos	15 8'5 6'5*	2 8'5 -6'5*	17
	2	Frecuencia observada Frecuencia esperada Residuos corregidos	5 11 -6*	17 11 6*	22
	3	Frecuencia observada Frecuencia esperada Residuos corregidos	15 15 0	15 15 0	30
	4	Frecuencia observada Frecuencia esperada Residuos corregidos	2 2'5 -0'5	3 2'5 0'5	5
Total		Frecuencia observada	37	37	74
			$\chi^2=16'687$	$p=0'001$	

4. DISCUSIÓN

Una de las dificultades encontradas para la realización de este trabajo ha sido la escasez de estudios sobre educación sexual, más concretamente, programas de intervención que hayan sido llevados a la práctica. Si bien es verdad que hemos podido encontrar autores que hablan de las características de la sexualidad y de algunos programas de intervención como el de López (2002) y García (2000), sin embargo, no existen investigaciones científicas relacionadas con la sexualidad de personas con discapacidad intelectual. Estudiar la sexualidad cuando se considera inexistente o carente de importancia sería ilógico, de ahí el poco interés que, hasta el momento, ha despertado. Esta cuestión nos debería hacer pensar que algo no está funcionando, se escribe sobre conceptos teóricos pero se avanza poco a niveles prácticos, quizás debido a una falta de interiorización sobre la problemática existente y las necesidades de este colectivo.

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

En relación a los resultados obtenidos directamente en nuestra investigación, con respecto a las variables «Conocimientos sobre el SIDA» y «Conocimientos sobre el

embarazo», se observa una mejora significativa en la adquisición de conocimientos. Una posible explicación a los resultados obtenidos la podemos encontrar en los efectos comentados por algunos autores (Kirby, 1992; Kirby et al., 1994; Kirby, 1995), de la importancia de adaptar los programas de intervención a cada una de las poblaciones diana. La adaptación de este programa a su nivel de comprensión corrobora nuevamente que es tan importante qué educación se ofrece como de qué forma se imparte la misma.

Otro de los resultados estadísticamente significativos corresponde al incremento de la consideración del preservativo como el mejor método para la prevención de embarazos y ETS, en detrimento de los resultados obtenidos en la pre-intervención, donde se apostaba por el «coito interrumpido» como método más fiable. Nuevamente observamos un dato muy positivo con respecto a los resultados obtenidos.

De otro lado, creemos importante detenernos en los datos hallados con respecto a la frecuencia de las prácticas masturbatorias y la frecuencia de las relaciones sexuales. En este sentido, no se ha producido ninguna modificación en la frecuencia de las mismas, lo que nuevamente pone en tela de juicio la defensa de la abstinencia como método de prevención y la argumentación de que la educación sexual despierta la curiosidad de los jóvenes y es la promotora de un mayor establecimiento de relaciones sexuales y conductas de riesgo (Grunseit, 1994; Sathé, 1994; Whitehead, 1994).

En esta investigación se muestra cómo no se ha producido ninguna modificación de la frecuencia en las relaciones sexuales, tal y como corroboran distintos trabajos llevados a cabo en varios países. En Australia, Suiza, Tailandia y los Estados Unidos, las evaluaciones han mostrado que los programas destinados a informar a los adultos jóvenes sexualmente activos acerca de los anticonceptivos no contribuyen a aumentar la frecuencia coital ni el número de compañeros sexuales (Grunseit y Kippax, 1993; Hausser y Michaud, 1992). Además, la provisión de servicios de información sobre educación sexual en los colegios o institutos o lugares cercanos a ellos no contribuyeron a incrementar la actividad sexual sino que, en algunos casos, retrasaban la edad de iniciación sexual (Kirby et al., 1994; Kirby, Waszak y Ziegler, 1991). No obstante, para corroborar con más firmeza este dato, tendríamos que volver a realizar nuevas evaluaciones al respecto, ya que nuestro retest se realizó sólo un mes después de la implantación del programa.

Asimismo, aunque no existen diferencias significativas en el concepto de SIDA como enfermedad, sin embargo, sí se aprecia un discreto aumento en aquellas respuestas que manifiestan que el SIDA es una enfermedad, al mismo tiempo que un ligero descenso en aquellas respuestas que tienen contenidos erróneos, carentes de sentido o simplemente que desconocen de qué se trata.

Tampoco encontramos diferencias significativas en cuanto a la tipología de la enfermedad del SIDA aunque también podemos apreciar un descenso de respuestas en los participantes que no sabían qué era y un aumento de respuestas que lo describen como una enfermedad de transmisión sexual o del sistema inmunológico.

Con respecto al conocimiento de las vías de transmisión de esta enfermedad, sí encontramos diferencias significativas tras su participación en el programa educativo, observándose que, a diferencia de los resultados obtenidos en la fase previa a la intervención, el número de personas que ofrecen respuestas correctas y completas aumentan

considerablemente, al mismo tiempo que desciende el número de personas que no saben cuáles son las vías de transmisión.

En este punto, nos gustaría resaltar uno de los resultados más llamativos obtenidos en el análisis de estas cuestiones. Nos referimos al hecho de que, tras realizar la intervención, no existe ningún participante que emita una respuesta sobre el SIDA basada en los múltiples mitos que existen relacionados con el mismo. Consideramos que se trata de un dato muy positivo, ya que los comportamientos sexuales de los jóvenes están condicionados en muchas ocasiones por esas falsas creencias.

Por otra parte, en relación a la prevención del embarazo, se producen nuevamente diferencias significativas antes y después de la intervención. De hecho, aumenta el número de respuestas correctas y completas y disminuye el número de personas que manifiestan no saber cuáles son los métodos existentes para la prevención del embarazo. Por tanto, una vez más, los resultados apoyan los beneficios de las adaptaciones de los programas, reforzando los óptimos resultados de esta investigación.

Como conclusión final, nos gustaría resaltar, que esta investigación pone de manifiesto, por un lado, la importancia de la educación sexual como una herramienta que facilita la vivencia de una sexualidad sana, satisfactoria y responsable; en segundo lugar, la necesidad de desarrollar programas de intervención adaptados a las necesidades y las diferencias individuales de las personas. Asimismo, insistir en considerar la sexualidad como un área que no debe ser negada a nadie, independientemente de su coeficiente intelectual, raza, sexo, etc., sólo así conseguiremos eliminar las barreras y desarrollar una sociedad rica en valores en donde todos tengamos los mismos derechos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amor, J. R. (2000). Las personas con deficiencia mental, ¿tienen derecho a tener hijos?. En J. R. Amor (Ed.), *Sexualidad y Personas con Discapacidad Psíquica* (pp. 159-189). Madrid: FEAPS.
- Aunos, M. y Feldman, M. A. (2002). Attitudes towards Sexuality, Sterilization and Parenting Rights of Persons with Intellectual Disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 15 (4), pp. 285-296.
- Bailey, G. (1998). *Action against abuse. Recognising and preventing abuse of people with learning disabilities. A: Family's Pack. B: Service User's Pack. C: Support Worker's Pack*. Chesterfield, UK: Association for Residential Care.
- Casarella, J., Duacastella, C. y Tallis, J. (2005). *Sexualidad y Discapacidad*. Madrid: Miño y Dávila.
- Espada, J. P. y Quiles, M. J. (2001). *Prevenir el sida. Guía para padres y educadores*. Madrid: Pirámide.
- Fierro, A. (2000). El sexo de los ángeles. En J. R. Amor (Ed.), *Sexualidad y personas con discapacidad psíquica* (pp. 51-67). Madrid: FEAPS.
- Gafo, J. (2000). Sociedad y deficiencia mental: entre la tutela y el respeto. En J. R. Amor (Ed.), *Sexualidad y personas con discapacidad psíquica* (pp. 23-50). Madrid: FEAPS.
- García, J. L. (1990). Sexualidad y deficiencia. *Minusval*, 69, 13-17.
- García, J. L. (2000). *Educación sexual y afectiva en personas con minusvalía psíquica*. Cádiz: Asociación SD Cádiz y Bahía.
- García, M. y Dios del Valle, R. (2002). *Discapacidad psíquica y educación sexual*. Asturias: FEAPS.
- Grunseit, K. (1994). *Global Programme on AIDS: Effects of sex education on young people's sexual behavior*. Geneva: World Health Organization.
- Grunseit, A. y Kippax, S. (1993). *Effects of sex education on young people's sexual behaviour*. Geneva: WHO/GPA.

- Hausser, H. y Michaud, P. A. (1992). *Condom promotion does not increase sexual activity among adolescents*. Presented at the 8th International Conference on AIDS. Amsterdam.
- Juárez, O., Cortés M., González M. P, Valmayor S., Riera C. y Calventus, J. (2003). *Programa de prevención del SIDA con jóvenes con discapacidad psíquica*. Ponencia presentada al VII Congreso Nacional sobre el SIDA. Bilbao.
- Kempton, W. y Kahn, E. (1991). Sexuality and people with intellectual disabilities: A historical perspective. *Sexuality and Disability* 9 (2), 93-111.
- Kirby, D. (1992). School-based programs to reduce sexual risk-taking behaviors. *Journal of School Health*, 62, 280-287.
- Kirby D. (1995). *A review of educational programs designed to reduce sexual risk-taking behaviors among school-aged youth in the United States*. Santa Cruz (CA): ETR Associates.
- Kirby, D., Short, L., Collins, J., Rugg, D., Kolbe, L., Howard, M., Miller, B., Sonenstein, F. y Zabin, L. (1994). School-based programs to reduce sexual risk behaviors: A review of effectiveness. *Public Health Reports*, 109 (3), 339-360.
- Kirby, D., Waszak, C. y Ziegler, J. (1991). Six school-based clinics: their reproductive health services and impact on sexual behavior. *Family Planning Perspectives*, 23, 6-16.
- Leicester, M. y Cooke, P. (2002). Rights not Restrictions for Learning Disabled Adults: a response to Spiecker and Steutel. *Journal of Moral Education*, 31 (2), 181-187.
- López, F. (2002). *Sexo y afecto en personas con discapacidad*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Marchetti, A. G. y McCartney, J. R. (1990). Abuse of Persons with Mental Retardation: Characteristics of the Abused, the Abusers, and the Informes. *Mental Retardation*, 28, 367-371.
- McClennen, S. (1988). Sexuality and students with mental retardation. *Teaching Exceptional Children*, 20 (4), 59-61.
- Mc Dermott, S., Martin, M., Weinrich, M. y Kelly, M. (1999). Program evaluation of a sex education curriculum for women with mental retardation. *Research of Developmental Disabilities*, 20 (2), 93-106.
- Oliva, A., Serra, L. y Vallejo, R. (1993). *Sexualidad y contracepción en la adolescencia. Un estudio cuantitativo*. Sevilla: Consejería de Salud, Junta de Andalucía.
- Sathe, A. G. (1994). Introduction of sex education in schools: Perceptions of Indian society. *Journal of Family Welfare*, 40(1), 30-37.
- Sobsey, D., Randall, W. y Parrilla, R. K. (1997). Gender Differences in Abused Children with and without Disabilities. *Child Abuse Neglect*, 21, 707-720.
- Verdugo, M. A. (2004). Maltrato y violencia de género en personas con discapacidad intelectual. Estrategias de prevención (en línea). Seminario de género y discapacidades, 7 y 8 mayo de 2004. Vitoria. Disponible en <http://www.eraberi.org/archivos/Ponencias-MA Verdugo.pdf>.
- Watson, S., Griffiths, D., Richards, D. y Dykstra, L. (2002). Sexuality education. En D. Griffiths, D. Richards, P. Fedoroff y S. Watson (Eds.), *Ethical dilemmas: Sexuality and developmental disabilities* (pp.175-226). Kingston, NY: NADD Press.
- Whitehead, B. (1994). The failure of sex education. *The Atlantic Monthly*, 274(4), 55-80.

D^a. Yolanda Navarro Abal. Profesora Colaboradora Nivel II. Doctora en Psicología por la Universidad de Huelva. Máster en Terapia Sexual y de Género (Instituto de Sexología Al-Andalus de Granada). Máster en Docencia Universitaria (Universidad de Huelva). Sus áreas de interés académico están relacionadas con la Psicología de la Sexualidad y la Discapacidad Intelectual participando en diferentes proyectos, realizando contribuciones a congresos de carácter nacional e internacional así como publicaciones en revistas académicas especializadas. Asimismo, actualmente trabaja en temas relacionados con innovación docente.

Departamento de Psicología Clínica, Experimental y Social
Facultad de Ciencias de la Educación
Universidad de Huelva
Avd. de las Fuerzas Armadas s/n C.P. 21007
Correo electrónico: yolanda.navarro@dpsi.uhu.es

D^a María José López López. Profesora Titular del Departamento de Psicología Clínica, Experimental y Social. Doctora en Psicología por la Universidad de Sevilla. Sus líneas de investigación se centran en la evaluación psicológica en general y más específicamente, en la capacidad intelectual y características de personalidad. Asimismo cuenta con publicaciones en el ámbito de la innovación educativa y de la sexualidad, centrada en conductas de riesgo.

Departamento de Psicología Clínica, Experimental y Social
Facultad de Ciencias de la Educación
Universidad de Huelva
Avd. de las Fuerzas Armadas s/n C.P. 21007
Tfno. contacto. 959219220

D^a Esperanza Torrico Linares

Licenciada en Psicología por la Universidad de Sevilla en 1991. Doctora en Psicología por la misma Universidad en 1995. Profesora Titular de Universidad de Huelva desde 2003. Cuenta con diferentes capítulos de libros con temáticas como: psicooncología, sexismo, mobbing o violencia de género. Respecto a los artículos las temáticas han sido: «Conocimientos, actitudes y comportamientos sexuales de riesgo» «Utilización de los métodos anticonceptivos y su relación con la prevención de enfermedades de transmisión sexual» o «Formación de formadores»

Departamento de Psicología Clínica, Experimental y Social
Facultad de Ciencias de la Educación
Universidad de Huelva
Avd. de las Fuerzas Armadas s/n C.P. 21007
Tfno contacto. 959219220

