



COMILLAS
UNIVERSIDAD PONTIFICIA

ICAI

ICADE

CIHS

FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES

Los factores de vulnerabilidad de la sexualidad en las personas con discapacidad intelectual leve - moderada.

Autor/a: M^a Encina Hidalgo de Paz

Director/a: Silvia Cintrano

Madrid

2023/24

ÍNDICE

1. Introducción	4
2. Sexualidad	4
3. Discapacidad intelectual	5
3.1 Discapacidad leve y moderada.....	7
3.1.1 Discapacidad intelectual leve	8
3.1.2 Discapacidad intelectual moderada.....	9
4. Recorrido histórico.....	10
5. Mitos y creencias	11
6. Factores vulnerabilidad	15
7. Abusos sexuales	16
8. Prevención desde la educación sexual	21
9. Conclusiones	25
10. Referencias Bibliográficas	27

Resumen: este trabajo de Fin de Grado busca exponer los aspectos clave del desarrollo afectivo-sexual en personas con discapacidad intelectual (DI) leve-moderada. Se aborda la identificación de factores de vulnerabilidad que afectan este desarrollo, así como a la exploración de la experiencia y vivencia de la sexualidad en este colectivo. Además, se presentan las líneas y estrategias educativas y de intervención destinadas a promover un desarrollo afectivo-sexual saludable y no vulnerable en personas con DI.

Abstract: this Bachelor's thesis aims to expose the key aspects of affective-sexual development in individuals with mild to moderate intellectual disabilities (ID). It addresses the identification of vulnerability factors affecting this development, as well as exploring the experience and perception of sexuality in this group. Furthermore, educational and intervention strategies are presented aimed at promoting a healthy and non-vulnerable affective-sexual development in individuals with ID.

Introducción

Las personas con discapacidad intelectual (DI) hasta no hace mucho, han sido víctimas en muchos casos y ámbitos de discriminación, exclusión etc., siendo en el ámbito de la sexualidad quizá donde la sociedad e incluso la educación menos ha incidido y propiciado su desarrollo pleno y saludable. Al contrario, hasta muy recientemente, la sexualidad de las personas con DI se ha visto desde puntos de vista cargada de prejuicios, mitos y creencias erróneas, sin reconocimiento de su intimidad sexual, etc., que incidían profundamente en la ausencia de educación e intervención tanto desde el punto de vista familiar como educacional y social (Díaz, 2017).

Los factores de riesgo y vulnerabilidad que rodean la sexualidad de este colectivo, derivadas en muchos casos de sus dificultades para la gestión de las emociones, de sus dificultades para establecer relaciones interpersonales, de la sobreprotección familiar entre otros, son la razón de trabajar, estudiar y profundizar en las formas de intervención y de educación más adecuadas para que el derecho a la salud sexual y el derecho a una vivencia de la sexualidad satisfactoria, formen parte de los objetivos preventivos y educativos (Martínez et al.,2011).

Sexualidad

La Organización Mundial de la Salud (2016) define la sexualidad como:

Un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida que 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. La sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no obstante, no todas ellas se vivencian o se expresan siempre. La sexualidad está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales. (OMS, 2016)

La sexualidad no es un concepto limitado a una definición, sino que es un concepto dinámico, producto de una permanente evolución tanto biológica como social, temporal e

individual. Las experiencias personales, las relaciones con los demás, las normas sociales, los contextos van construyendo y definiendo la sexualidad del individuo. Por lo tanto, su construcción es por un lado, un proceso social ligado a la interacción con los otros en un momento y contexto determinado. Y por otro lado, un proceso individual, puesto que se define y desarrolla dentro de la experiencia personal (Molina et al., 2007).

La vivencia individual de la sexualidad es un proceso evolutivo y de aprendizaje, es decir, se desarrolla a lo largo de todas las etapas de la vida, siendo un elemento central en el desarrollo evolutivo e integral del ser humano (Campo, 2003).

En la persona, el desarrollo sexual y la vivencia de la sexualidad inciden de manera significativa en diversos aspectos. Abarca aspectos vitales que van desde la salud física, y el bienestar emocional influyendo en la identidad personal, las relaciones interpersonales y la interacción social, hasta la construcción de la autoimagen y el desarrollo de la autoestima. Por lo tanto, trasciende de la simple función biológica y de la reproducción (Verdugo y Shalock, 2010).

A lo largo de la historia, la expresión de la sexualidad ha estado ligada a los valores culturales y a las expectativas sociales, por lo que la aceptación y comprensión de la sexualidad es un factor fundamental para fomentar sociedades inclusivas (Díaz et al., 2014).

Discapacidad Intelectual

Al igual que el concepto de sexualidad, el concepto de discapacidad intelectual ha ido evolucionando y modificándose a lo largo de los años.

Desde finales de los 80, se inicia un debate en la sociedad científica y profesional sobre la terminología más adecuada para referirse a la discapacidad intelectual. Hasta ese momento, no se ha hablado de discapacidad intelectual, sino de retraso mental, término que se cuestiona a partir de entonces por considerar que tiene un carácter discriminatorio y peyorativo (Verdugo, 2003).

Esta última consideración ha obligado a llevar a cabo un cambio en la terminología, ya que el término “retraso mental” reducía la cuestión a comprender a las personas con DI sólo

desde el punto de vista psicopatológico. Hoy en día la discapacidad intelectual se concibe desde un enfoque en el que la persona es un individuo más de nuestra sociedad.

En el año 2002, se añaden nuevas dimensiones que completan la definición, como son la participación, interacción y roles sociales. Dando como resultado la definición operativa, que caracteriza a la discapacidad intelectual por limitaciones significativas tanto en funcionamiento intelectual como en la conducta adaptativa, tal y como se ha manifestado en habilidades adaptativas conceptuales, sociales y prácticas. Esta discapacidad aparece antes de los 18 años (Verdugo y Schalock, 2010).

Ya Verdugo (2003) señala que, en 1992, la Asociación Americana de Discapacidades Intelectuales y del Desarrollo (AAIDD) da un giro al concepto de discapacidad intelectual saliendo del paradigma tradicional, que la defendía como un retraso mental, para pasar a plantear un modelo en el cual basaba la discapacidad en la interacción de la persona y el contexto.

De esta manera, la definición propuesta por la Asociación Americana de Discapacidades Intelectuales y del Desarrollo comprende la discapacidad intelectual como “una discapacidad caracterizada por limitaciones significativas tanto en el funcionamiento intelectual y en la conducta adaptativa, tal como se ha manifestado en habilidades adaptativas conceptuales, sociales y prácticas” (AAIDD, 2011).

Las limitaciones significativas a las que hace referencia esta definición son, por un lado, las limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual que se refieren a la capacidad que presenta la persona para comprender, aprender todo lo relativo al razonamiento, el pensamiento abstracto, la resolución de problemas y manejar la información que le rodea. Por otro lado, en lo relativo a las limitaciones en las habilidades adaptativas se incluyen, las habilidades conceptuales (el lenguaje, la lectura y la escritura), así como todo lo concerniente a las habilidades necesarias para el desarrollo de las actividades diarias y actividades de carácter social, que implican la interacción con el entorno, la autonomía y la responsabilidad (Alonso, 2005).

A esta definición, Verdugo (2010) añade cinco premisas que amplían y explican esta definición:

- 1- El contexto social, el momento evolutivo y la diversidad cultural y lingüística son imprescindibles para evaluar los déficits funcionales.
- 2- La evaluación se considerará efectiva si se tienen en cuenta las diferencias comunicativas, así como las características motoras, sensoriales y conductuales.
- 3- La evaluación deberá tener en cuenta, tanto las dificultades cómo las habilidades de la persona.
- 4- La evaluación tiene como objetivo configurar un perfil que defina las necesidades de apoyo
- 5- Las personas con DI mejoran su adaptación y funcionalidad si reciben apoyos a largo plazo. (pg. 12-13)

Para completar esta definición, es importante añadir la aportación realizada por la Organización Plena Inclusión (España) en 2022 con la colaboración de Verdugo. Consideran que las limitaciones significativas que definen al individuo con DI, dependen también de las dificultades o facilidades que el entorno presenta a los individuos para que estos puedan superar o no las barreras u obstáculos con los que tiene que enfrentarse en la vida.

Plena Inclusión incide en que, en un entorno más accesible las personas con DI tendrían menos dificultades para el desarrollo de sus habilidades, dando lugar como resultado a una menor discapacidad.

Discapacidad Leve y Moderada

Una vez expuesta la definición de la sexualidad y de la discapacidad intelectual en términos amplios, este trabajo se centrará en exponer los aspectos vulnerables de la sexualidad en las personas con DI leve-moderada.

Tanto la DSM-V (2013) como la posterior revisión en la DSM- V - TR (2022), establecen la diferenciación entre discapacidad intelectual leve y moderada en función de las habilidades adaptativas y no en función del CI como se hacía en la versión IV del DSM.

Este cambio se argumenta en base a que es el funcionamiento adaptativo el que determinará el nivel de apoyos requeridos.

Discapacidad Intelectual Leve

En este sentido, con respecto a la discapacidad intelectual leve, establece que limitaciones en el dominio conceptual (académico) no son significativas durante la etapa preescolar. Es a partir de la etapa escolar hasta la adultez cuando se manifiestan las dificultades para aprender habilidades académicas (lectura, aritmética, escritura), por ende, comienzan a ser necesarios los apoyos profesionales, familiares y sociales para cumplir las expectativas vinculadas a la edad. En los adultos, hay limitaciones en el pensamiento abstracto, la función ejecutiva y la memoria a corto plazo, así como el uso funcional de las habilidades académicas (DSM- V - TR, 2022).

En el dominio social, aparecen rasgos de inmadurez con respecto a los iguales en edad, especialmente en la comunicación y el lenguaje (siendo este, concreto e inmaduro). El individuo con DI leve es inmaduro con lo que respecta a las interacciones sociales, teniendo dificultades en la regulación de la emoción y en las conductas propias esperadas en la edad que sus iguales detectan. Presentan dificultades ante la percepción de riesgo y el juicio social es inmaduro no correspondiendo a la edad, siendo personas fácilmente manipulables (DSM- V - TR, 2022).

En el dominio práctico, pueden llegar a equipararse a la edad apropiada en el cuidado personal, pero requieren de apoyos en tareas complejas cotidianas y en la toma de decisiones en comparación con sus iguales. En la edad adulta siguen necesitando apoyo para gestionar decisiones sobre aspectos relevantes relacionados con la salud, los temas legales y laborales y son imprescindibles los apoyos a la hora de formar, cuidar y mantener a su propia familia (DSM- V - TR, 2022).

Discapacidad Intelectual Moderada

Con respecto a la discapacidad intelectual moderada y siguiendo el mismo esquema anterior, en el dominio conceptual (académico), la adquisición de habilidades preacadémicas como lectura y escritura se desarrollan más lentamente en comparación con sus iguales de edad, tanto en la edad preescolar como escolar. En cuanto a los adultos mantienen las limitaciones conceptuales académicas a nivel elemental, necesitando de apoyo diario para el desarrollo de las mismas en el ámbito laboral y su vida cotidiana y personal (DSM- V - TR, 2022).

En el dominio social, son notables las diferencias en el comportamiento social y comunicativo a lo largo del desarrollo; su lenguaje es más simple que el de los compañeros iguales de edad; afectivamente son capaces de establecer lazos con familiares y de amistad e incluso establecer también relaciones románticas durante la edad adulta. Tienen dificultades para interpretar y discriminar correctamente las señales sociales y requieren de apoyo ante el juicio y la toma de decisiones. Además, las limitaciones comunicativas hacen que requieran apoyos para resolver situaciones sociales y comunicativas tanto en el ámbito social como laboral (DSM- V - TR, 2022).

En el dominio práctico, para el desarrollo de sus habilidades personales (entre los que se encuentran cuidados, higiene y alimentación) requiere de un previo trabajo de aprendizaje hasta conseguir un grado de autonomía aceptable, es necesaria la revisión y refuerzo frecuente o incluso continuado de las mismas. A nivel laboral, pueden acceder a un trabajo con apoyos adicionales considerables de supervisores y educadores. Pueden desarrollar habilidades recreativas y de organización (transporte, dinero) pero requiriendo apoyos adicionales y largos periodos de aprendizaje previo. Solo una minoría presenta comportamiento desadaptativo y por ende problemas sociales (DSM- V - TR, 2022).

Recorrido Histórico

Plantear lo relativo a las necesidades sexuales de las personas ha sido, en muchas ocasiones, un tema controvertido, de difícil abordaje e incluso tabú hasta muy recientemente. En este sentido, a las personas con DI se les ha negado incluso la existencia de sus necesidades afectivo-sexuales. Se ha considerado a la persona con DI no apta para la expresión y vivencia de la sexualidad, por lo que se ha considerado innecesario brindar educación, formación e información en este sentido.

El mantenimiento de esta idea reafirmaba la importancia de no despertar las necesidades sexuales y reprimir o controlar cualquier manifestación, por vivirlas como peligrosas e incontroladas (Navarro et al., 2010). Por un lado, porque se consideraban “niños eternos”, o que su conducta sexual se manifestaba de forma exacerbada y que además sus demandas de afecto y sus fuertes impulsos sexuales tenían un carácter incontrolable. Y por otro lado, porque así se evitaba el riesgo de promiscuidad sexual y el riesgo por la posibilidad de engendrar hijos con DI (Abal et al., 2010).

López manifiesta en 2002, que, es alrededor de los años 80-90 cuando comienza a plantearse más abiertamente y por primera vez los problemas existentes por la carencia en torno a la educación sexual de las personas con DI. Es entonces cuando comienza a manifestarse la necesidad de la existencia de programas para educar y prevenir todos aquellos riesgos asociados a las conductas sexuales.

Autores como Lindsay y Law (2001) exponen ya entonces, las características de la mayor vulnerabilidad al abuso sexual en esta población debido a las dificultades para expresar sus deseos y necesidades afectivas, por la ausencia de intimidad, por los déficits en el entrenamiento de habilidades sociales que propicia el desconocimiento y la discriminación de lo adecuado o inadecuado de determinadas conductas propias o ajenas.

A comienzos del Siglo XXI, los primeros programas se centraban en intervenciones sobre los problemas de transmisión sexual y embarazos no deseados, dejando en segundo plano los aspectos más emocionales, afectivos y sociales de la educación sexual (Díaz, 2017, et

al.,). La falta de abordaje de este aspecto, no posibilita el desarrollo de habilidades socio-sexuales, lo que los convierte en personas más vulnerables. La carencia de educación, cuidados y protección en este sentido les posiciona en situación de riesgo (Gómez, 2009).

No ha sido hasta este siglo, que las personas con DI han recibido un mayor reconocimiento de sus derechos sexuales y reproductivos.

Gracias a la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD) de la ONU (2006) se ha podido enfatizar la importancia de garantizar derechos iguales para todas las personas con discapacidad. A pesar de estos avances, todavía existen problemas, como la estigmatización, la falta de educación sexual adaptada y la necesidad de garantizar un acceso equitativo a la información y servicios relacionados con la sexualidad.

Mitos y Creencias

Social y culturalmente han existido siempre ciertos prejuicios que han generado el mantenimiento de falsas creencias y mitos sobre la sexualidad de los sujetos DI y que en mayor o menor medida han perdurado y condicionado la expresión de la sexualidad de las personas con discapacidad, impidiendo así el desarrollo pleno de la expresión de sus necesidades de forma saludable, social y culturalmente aceptada.

Como se ha dicho en un principio, la dimensión sexual de una persona no solo involucra lo relativo a la genitalidad. La experiencia vital de la sexualidad es una necesidad, un deseo y una vivencia ligada a las relaciones, a los afectos personales, a los sentimientos, a lo social y a lo cultural y se va construyendo a lo largo del desarrollo del individuo.

Los mitos y prejuicios en torno a las personas con DI, unido a una información y educación insuficiente o inadecuada, podrían considerarse como factores de riesgo que contribuyen a la vulnerabilidad de estos sujetos (Díaz, 2017).

Conforme a los trabajos de López (2002) y Verdugo Alcedo, Bermejo y Aguado (2002) los mitos más extendidos creados a partir de los prejuicios sociales son los siguientes.

La necesidad de negar o silenciar al sujeto DI como sujeto carente de sexualidad, considerándolos niños eternos, de manera que se ha considerado durante mucho tiempo que la mejor arma para que la expresión del deseo sexual no se manifestara abiertamente, consistía en la negación de la existencia de este deseo o necesidad y en el mantenimiento en la ignorancia de estas cuestiones. Muy frecuentemente y aunque no siempre explícitamente, se consideraba que la educación sexual podría despertar la sexualidad dormida (Díaz, 2017).

Pero no se puede obviar que todas las personas tenemos un cuerpo erógeno y por tanto capaz de sentir placer, independientemente de la capacidad intelectual (Frinco, 2018).

.Generalmente, es en la pubertad cuando la actividad hormonal va a producir importantes modificaciones, siendo el momento en que se produce el despertar consciente de la sexualidad, los cambios físicos, las sensaciones del cuerpo, etc (Campo, 2003).

Según expone Rivera Sánchez (2008) las personas con discapacidad, al igual que el resto de población, comienzan explorando su cuerpo, se interesan por ver cómo cambia y experimentan el placer de las distintas partes erógenas.

En este sentido, afirma Verdugo (Verdugo, Alcedo, Bermejo & Aguado, 2002) que el desarrollo sexual de estos sujetos no presenta generalmente un retraso en su aparición si se compara con sus iguales sin discapacidad, así como, más allá de las diferencias individuales y el momento evolutivo. El despertar sexual se manifiesta igualmente en todas las personas con o sin discapacidad. Afirma a su vez, que el desequilibrio normal que produce el despertar sexual en los púberes, en los sujetos DI que tienen una menor capacidad de simbolización, se puede manifestar el despertar sexual con una mayor expresión desinhibida. Por lo que, familia y educadores intentan que el equilibrio previo a la pubertad no se rompa incidiendo en la negación social de su sexualidad.

Las diferencias más significativas con respecto a la población sin discapacidad intelectual se encuentran en la forma de expresar el afecto y en la comprensión de ciertas necesidades sexuales. De aquí la importancia educacional de ayudar a comprender las necesidades y sus formas de interacción con los demás y las formas más apropiadas de expresión en el tiempo y el espacio (Losada, A. V., & Muñiz, A. M., 2019).

Durante mucho tiempo se ha mantenido otro prejuicio basado en que las personas con DI pueden adoptar conductas puramente instintivas, torpes e hipersexualizadas. Como

consecuencia, ante el prejuicio de que su sexualidad está ligada a rasgos psicopatológicos como el descontrol emocional, la impulsividad, la excesiva necesidad afectiva o la tendencia a la promiscuidad, se le niega la posibilidad de que la sexualidad se integre en su pleno desarrollo (Losada y Muñiz, 2019).

Las conductas inapropiadas, torpes e impulsivas son generalmente el resultado de una falta de educación sexual y no deben interpretarse como una muestra de perversión que hay que reprimir. Necesitan conocer mejor las convenciones sociales para discernir lo apropiado de lo inapropiado, lo aceptable de lo no aceptable socialmente, lo que puede ser público y lo que debe ser privado. La falta educacional en este sentido les coloca en una importante situación de vulnerabilidad (Díaz, 2017).

López Sánchez (2009), expone otro de los prejuicios que se basa en la creencia de que las personas con DI no pueden despertar interés sexual o atracción en otras personas. Esto está muy relacionado con los cánones de belleza establecidos socialmente. Esta creencia dificulta el desarrollo de la autoestima así como afecta al establecimiento de relaciones con fines sexuales. Especialmente las familias dificultan frecuentemente que puedan formar una pareja bajo el argumento de no ser capaces de llevar a cabo una vida independiente autónoma y responsable para organizarse y gestionar una vida fuera del control o protección familiar.

Un mito mantenido en el tiempo es el que guarda relación con un concepto erróneo que correlaciona la discapacidad intelectual con las limitaciones para el desarrollo de la sexualidad, de manera que se supondría que las limitaciones intelectuales implican también limitaciones para desarrollar una sexualidad satisfactoria y adaptada y responsable (Verdugo, Alcedo, Bermejo & Aguado, 2002). Desmontar el mito es comprender que el nivel intelectual no disminuye ni aumenta la capacidad de las personas para relacionarse, amar, expresar cariño o compartir.

Con respecto a la creencia de que todos los DI son heterosexuales conforme a los estudios de Noonan y Gómez (2010), se dan los porcentajes similares de heterosexualidad / homosexualidad, que entre la población sin DI.

Uno de los mitos más mantenidos en el tiempo es que la discapacidad genera también discapacidad, al considerar la genética como la única etiológica de la DI, lo que ha

justificado social y culturalmente la evitación del acceso a la sexualidad, a la educación y a los derechos reproductivos en este aspecto (Verdugo, Alcedo, Bermejo & Aguado, 2002).

El riesgo a la reproducción es por tanto uno de los temores que más se activan en los padres de las personas con DI ante el despertar la sexualidad de sus hijos o hijas, lo cual deriva, cuando hay una ausencia de educación en este sentido, en actitudes represivas del impulso sexual o un exceso de protección ante las interacciones sociales.

Por ello, se ha considerado durante mucho tiempo que no están capacitados o no deberían formar una relación de pareja, ya que se expondría al riesgo casi inevitable de tener descendencia con la misma o más acusada discapacidad. Contradictoriamente a esta idea los estudios hablan de que la prevalencia de nacimiento de hijos con DI de padres con DI solo se da alrededor del 30% (Verdugo et al., 2002).

Además, se añade a la creencia que limita el derecho a ser padres, el argumento de que como padres tendrían limitaciones para educar, transmitir conocimientos, cuidar, etc. Esta conclusión no debe extenderse a los sujetos DI leves o moderados ya que con cierto grado de apoyos y recursos podrían llegar a asumir gran parte de la responsabilidad de ser padres.

Todos estos mitos y creencias se van poco a poco desvaneciendo gracias a la puesta en marcha, a partir de los años 80 de los programas de educación sexual (Díaz, 2017).

Factores Vulnerabilidad

Con respecto a las personas con DI hay que considerar que existe una serie de factores de vulnerabilidad añadidos a los del resto de la población sin DI. En este sentido Verdugo (2002) y Couwenhoven (2012) exponen factores de vulnerabilidad que sitúan a la persona con DI ante determinados riesgos y más concretamente en relación a la expresión y la vivencia de su sexualidad.

Los déficits cognitivos y comunicativos de las personas con DI son uno de los factores de vulnerabilidad que señalan autores como Verdugo (2002), Losada (2019) que dificultan la comunicación y la expresión de sus necesidades y deseos sexuales.

Los límites y obstáculos que el entorno impone a la expresión de su sexualidad, se convierte en un factor de vulnerabilidad. Por un lado, le impide el desarrollo integrado de su personalidad y le limita el acceso a sus derechos de la expresión de su sexualidad (Díaz, 2017).

La negación de la sexualidad hace que estos individuos carezcan de espacios de intimidad y por lo tanto, dificultades para reconocer cuando alguien invade su intimidad (López, 2009).

Según López (2009) las personas con DI generalmente presentan necesidades de cariño y atención especiales y si no se les ofrece una educación apropiada en habilidades socio-sexuales o no han desarrollado suficientes herramientas para el contacto o las relaciones interpersonales, pueden encontrarse con no saber discriminar o confundir los gestos de acercamiento o las muestras de afecto, lo que les coloca en situación de vulnerabilidad y riesgo.

Las personas con DI son generalmente educadas para obedecer, complacer, seguir las instrucciones y muy frecuentemente las familias les inhiben en el desarrollo de su autonomía por lo que son más vulnerables ante cualquier situación o abuso manipulación. Siendo cierta la vulnerabilidad de las personas con DI ante las expresiones de su sexualidad, esta vulnerabilidad está relacionada con aspectos más psicológicos como la dependencia emocional y afectiva, una menor autonomía y menor capacidad asertiva, así como haber sido

educados para depender, confiar y obedecer, unido a las carencias educacionales en lo relativo a la sexualidad (López, 2002).

A todos estos factores hay que añadir, como factores muy perniciosos, los mitos o creencias descritos en párrafos anteriores y que han perdurado históricamente convirtiéndose en factores de vulnerabilidad que pueden llegar a impedir la oportunidad de un desarrollo de la vida sexual plenamente saludable y más concretamente, colocar a la persona con DI ante situaciones de riesgo de abuso sexual (Martínez et al., 2011).

Abusos sexuales

El abuso sexual ocurre cuando se dan situaciones en las que una persona se encuentra obligada a mantener una relación sexual no consentida o que no comprende. Estas relaciones sólo resultan satisfactorias para el abusador quien se encuentra en una posición de poder ante la víctima, bien por la edad, por su fuerza o por su situación social (Verdugo, Alcedo, Bermejo & Aguado, 2002). Este abuso puede llevarse a cabo mediante el uso de la fuerza, la manipulación o el engaño para someter a la víctima a una experiencia sexual no deseada.

Añaden Verdugo, Alcedo (2002) que las personas con DI tienen más dificultades para discriminar las situaciones de riesgo de abuso sexual y por lo tanto esto les hace más vulnerables al mismo. Agregan en este sentido que dicho abuso está muy relacionado con su tendencia a la sumisión, a la necesidad de complacer, a la dependencia de terceras personas, es decir a las características psicológicas de la propia discapacidad y no tanto al cociente intelectual. Todo ello les hace más confiables y como consecuencia, con una menor conciencia de riesgo y una mayor vulnerabilidad ante el abuso.

A su vez, Moral y Zamudio señalan que a los mitos y tabúes sociales hay que unir la escasa educación sexual como factores de desprotección y de riesgo de sufrir abuso sexual más que cualquier otro sujeto (Moral y Zamudio, 2001, como se citó en Losada, 2019).

Existen diversos estudios en los últimos años sobre datos de prevalencia en relación al abuso sexual con respecto a la población con DI.

Lund & Hammond, (2014) y Basile et al., (2016) indicaron en sus estudios la existencia de una mayor prevalencia de abusos sexuales entre la población de personas con DI en contraposición con el resto de población. En este mismo sentido, la OMS en 2011 aporta los siguientes datos: la incidencia de violencia sexual en menores con DI alcanza el 13,7%. Además estos datos revelan que los menores de 18 años con DI son 2,9 veces más vulnerables de sufrir violencia sexual que aquellos sin discapacidad.

Es significativo señalar que en la mayoría de los estudios realizados se señala que las mujeres suelen ser objeto de agresión sexual con mayor incidencia que los hombres (Liou, 2014 & Basile, 2016). Siguiendo con datos de prevalencia más recientes, en un estudio de 2021 realizado por Tomsa et al., indica que uno de cada tres adultos con DI es víctima de abuso. En este mismo estudio, vuelve a indicar que este abuso es más prevalente en las mujeres, a la vez que la gravedad de la discapacidad aumenta el riesgo del abuso.

Couwenhoven (2012), añade que no solo los hombres y mujeres con DI son víctimas de abuso en mayor medida que la población sin DI. , sino que además son en mayor nivel víctimas de coacción al mantener una actividad sexual sin hacer uso de la fuerza física.

Los estudios de datos en relación al abuso apuntan en su mayoría a la dificultad de aseverar datos muy concretos como consecuencia de la falta de denuncias por la dificultad de constatar, expresar o discriminar la existencia del abuso por parte de la persona con DI que lo sufre. A esto se le suma el factor de la credibilidad, ya que las dificultades cognitivas y comunicativas pueden suponer un obstáculo a la hora de expresar la vivencia del abuso y por lo tanto no siempre son creídas. Siendo frecuentemente necesaria la presencia de daños físicos que lo avalen. En muchas ocasiones, la persona con DI no reconoce el abuso cuando éste proviene de personas allegadas o familiares, entendiendo este acto de acercamiento como normalizado, por lo que muchas veces queda fuera de las denuncias (Díaz, 2017).

En este sentido, las limitaciones cognitivas y comunicativas son un factor de vulnerabilidad determinante en mayor o menor medida, según se esté ante una discapacidad intelectual leve o moderada, que incide en la adecuada expresión de deseos y necesidades afectivo-sexuales, así como, se añade también mayor o menor dificultad para comunicar o discriminar una situación de riesgo de abuso o incluso una dificultad para comunicar la existencia del mismo (Díaz, 2017).

Tal como se definió en apartados anteriores, las personas con DI leve presentan dificultades ante la percepción del riesgo y el juicio social, siendo fácilmente manipulables. En el caso de las personas con DI moderada, a esto se añade que al tener las habilidades comunicativas más afectadas que las personas con DI leve, tendrán por tanto, más dificultades para expresar deseos, necesidades o dificultades, ya que necesitan más apoyo para resolver situaciones sociales y comunicativas, de la misma manera tienen importantes dificultades para interpretar los códigos sociales que le permitan discriminar las señales de abuso (Díaz, 2017).

En ambos casos, las dificultades comunicativas disminuyen su capacidad de expresar de forma asertiva sus conflictos en la relación con los otros (Díaz, 2017).

Los déficits existentes en el ámbito de la información y educación sexual provocan que la persona con DI en muchas ocasiones tenga la dificultad de discriminar o predecir una situación de riesgo de abuso o de realizar prácticas de riesgo. Las personas con DI moderado, al tener menor capacidad conceptual que las personas con DI leve, presentan más dificultades para comprender algunos aspectos complejos de la educación sexual (Díaz, 2017).

En relación a los déficits educacionales, como factor de vulnerabilidad, López (2009) señala que con alta frecuencia las personas con DI están acostumbrados o tienen más normalizado el que los adultos allegados accedan a su intimidad a través de los cuidados físicos, por lo que, ante la ausencia de formación, les cuesta más reconocer y discriminar los episodios de abusos que sufren de los cuidadores o personas de su entorno más cercano. Esto se acentúa en el caso de las personas con DI moderada, en comparación con las personas con DI leve, ya que los primeros no gozan de la autonomía necesaria para prescindir de ayuda con relación a sus cuidados personales y por tanto su intimidad siempre es más vulnerable y asociada a una posición de riesgo a posibles abusos.

La falta de información y educación impide que la persona con DI tenga herramientas y estrategias para comprender sus necesidades y deseos, su experiencia en el terreno de la sexualidad pudiendo vivirla de manera sana, adaptada socialmente y admitida tanto por el entorno como por la propia persona con DI. Además, estas carencias educacionales le impiden conocer las conductas apropiadas e inapropiadas socialmente y discriminar los posibles riesgos y abusos ante los que se expone (Díaz, 2017).

Como ya se ha explicado en apartados anteriores, la tendencia a la sobreprotección familiar lleva a estas personas a un mayor aislamiento social o a mantener un escaso círculo relacional fuera del ámbito familiar y educativo, siendo este, un factor muy vinculado a la falta de experiencia en habilidades socio-afectivas y por lo tanto a los abusos sexuales (Díaz, 2017).

Las características más acentuadas en relación al riesgo de manipulación o engaño se acentúan en las personas con DI moderado. López (2009) habla de cómo es muy frecuente que los abusadores se acerquen a sus víctimas de forma engañosa, especialmente usando manifestaciones afectivas, regalos, etc, ya que el abusador es conocedor de que es muy posible que la persona con DI no discrimine adecuadamente este acercamiento, siendo fácilmente manipulable.

Estos factores de vulnerabilidad señalados y vinculados estrechamente con los prejuicios señalados en este trabajo, son importantes factores diferenciadores con respecto a la población no DI, en relación a la construcción de la expresión sexual de la persona o más concretamente el acercamiento al despertar erótico.

Ante un episodio de abuso, la persona con DI, especialmente, la persona con DI moderada no suele expresarlo de forma verbal, pero sí que aparecen síntomas que pueden llegar a detectarlo como por ejemplo la aparición de comportamiento o lenguaje con alto contenido sexual antes inexistente, la expresión a través de dibujo con contenido sexual y el rechazo repentino hacia personas del entorno (Bailey, 1998). Y como en el resto de la población no DI que ha sufrido abuso, psicológicamente pueden aparecer trastornos profundos de mayor o menor intensidad e incluso graves daños a la salud mental que pueden desencadenar en trastornos psiquiátricos. Son frecuentes los trastornos de ansiedad, los problemas adaptativos se vuelven más complejos, se pueden dar conductas repetitivas imitativas del ataque sexual, periodos de confusión, alteraciones alimentarias y del sueño, etc., (Verdugo et al., 2002).

Algunos autores como Delaney - Black et al., (2002) llegan a señalar que en el caso de abusos en la infancia con personas con DI puede darse un menor desarrollo a nivel cognitivo- cerebral incidiendo hasta en 7.5 puntos de descenso en el cociente intelectual.

A nivel físico, las consecuencias de abuso más comunes suelen ser la aparición de embarazos no deseados, la transmisión de enfermedades sexuales e incluso se han descrito conductas suicidas (Alriksson-Schmidt et al., 2010).

La narrativa se centra frecuentemente en el abuso sufrido por las personas con DI, no obstante, hay estudios que señalan la existencia de abusadores con DI en un porcentaje significativo. En este sentido, los datos encontrados afirman que en ocasiones las personas con DI que han sufrido abusos, sobre todo en edades tempranas han podido llevar a cabo episodios de abuso hacia un tercero.

Son muchos los estudios que determinan que un perfil psicopatológico de agresores sexuales es aquel que sufrió previamente abusos en la infancia, esto también puede extrapolarse tanto a la población con DI como a la población sin DI (Díaz, 2017).

Según SOTSEC-ID (2010) aportan un dato muy significativo, dato que señala que hay un elevado porcentaje de agresores con DI (alrededor del 50%) que actúan sobre otras personas con DI. No obstante, Lindsay et al., (2012) señalan que no se puede establecer una relación causa-efecto entre haber sido víctima sexual en la infancia y ser agresor sexual posteriormente en la adultez ya que habría que añadir a esta relación otros factores tanto internos como externos que pueden favorecer o no una relación tan directa causa-efecto, es decir, habría que analizar datos sobre cómo se abordó la experiencia a nivel educativo, si hubo o no tratamiento, si el ambiente y el desarrollo posterior facilitó situaciones de agresión, etc.,.

La persona con DI que ha sufrido abusos durante la infancia puede llegar a tener más dificultades para elaborar y comprender lo ocurrido e incluso para identificar que lo que le pasó fue un abuso y esto puede llevarle a la creencia de que él/ella puede repetir estos mismos hechos (Lindsay et al., 2012).

Las dificultades de comprensión sobre las normas y límites sexuales, así como las dificultades de discriminar lo privado o lo que se considera un comportamiento apropiado o inapropiado pueden ser factores determinantes encadenando ciertas conductas abusivas por parte de las personas con DI. Entendiendo que estas dificultades son más acusadas en las personas con DI moderado que el leve ya que la capacidad de abstracción y aprendizaje social se ven más afectadas.

Un dato significativo que aportan Swango-Wilson en 2010 es que las personas con DI agresoras, suelen elegir como víctimas a niños debido a que son consideradas víctimas pasivas o débiles por el agresor (Díaz, 2017).

Tal y como se ha expuesto tanto en este apartado como en los anteriores y ante el significativo porcentaje de riesgo y vulnerabilidad a las situaciones de abuso en el ámbito sexual hacia las personas con DI o llevado a cabo por los agresores con DI, así como las consecuencias psicológicas, educativos y sociales, en los últimos años, se han desarrollado programas de prevención con el objetivo de abordar el riesgo de abuso en este colectivo. Los programas de prevención llevados a cabo desembocan inevitablemente en la necesidad de construir una educación sexual en el amplio sentido de la palabra y que aborde todos los aspectos que integran el desarrollo de la persona, el conocimiento del propio cuerpo, los deseos y necesidades, las relaciones interpersonales (familiar y social), las habilidades de autoprotección y estrategias para discriminar las situaciones de riesgo, los apoyos familiares y profesionales, es decir, todo aquello que derive en intervenir sobre los factores de vulnerabilidad para disminuir el riesgo de abuso y afrontar las consecuencias derivadas del mismo.

Prevención desde la educación sexual

Ante los riesgos y vulnerabilidades que las personas con DI tienen frente al abuso, la única respuesta es la educación en las áreas afectivo-sexual. Las personas con DI tienen derecho a conocer su cuerpo, conocer sus derechos, a la privacidad y adquirir habilidades para reconocer el abuso y la manipulación (Díaz et al., 2014). Todas las lecturas realizadas para este trabajo apuntan a que la educación sexual es la herramienta de prevención y de modificación de aquellos aspectos que hacen vulnerable a la persona con DI y que le impiden desarrollar satisfactoriamente la experiencia y la vivencia de su sexualidad.

La educación sexual, no debe entenderse como un recurso educativo que ofrece información relativa a los riesgos existentes o a los métodos anticonceptivos que existen para prevenir embarazos no deseados y posibles infecciones de transmisión sexual. Educar es un paso más que informar. Educar especialmente en este ámbito de la sexualidad, es ayudar al sujeto a conocer su derecho a la intimidad que frecuentemente no es tenido en cuenta. Educar es apoyar para facilitar la diferenciación entre los diferentes tipos de relaciones afectivas que experimenta o que puede llegar a vivenciar. La educación sexual debe ayudar a que la persona conozca mejor su propio cuerpo y sus manifestaciones, así como ayudar a conocer y

aprender las habilidades necesarias para expresar las emociones que se despiertan y los sentimientos que las relaciones suscitan. En definitiva, la educación sexual debe plantearse bajo los principios básicos, de la prevención por un lado, pero por otro tan importante o más, desde la normalización de la experiencia y desde la integración dentro del desarrollo del individuo (Navarro, 2010). Para ello, todos los estudios indican la necesidad de un doble enfoque preventivo: la prevención se debe abordar desde los profesionales que atienden al menor o al adulto discapacitado y desde el ámbito familiar.

En este sentido, las instituciones educativas, los educadores y profesionales que acompañan a lo largo del desarrollo a la persona con DI son pilares indispensables desde los que propiciar los programas, talleres y acciones dirigidas a la prevención educativa. No obstante, siendo el papel de estos importante, lo es igual o más el papel de la familia como modelo de interacción afectiva por un lado y, por otro, como elemento crucial para favorecer y no detener el desarrollo afectivo sexual de su hijo o hija con discapacidad intelectual (Díaz et al., 2017).

Por lo tanto, tan importante es su papel, que es determinante que tengan acceso a una formación y a apoyos que les faciliten estrategias y herramientas para abordar todos los aspectos de la educación sobre la sexualidad de sus hijos discapacitados.

Es esencial trabajar con las familias el reconocimiento de las dinámicas de sobreprotección que les hacen vulnerables. La sobreprotección parental les infantiliza, les aísla y les dificulta el desarrollo socio afectivo y limita su independencia, por lo que son importantes los programas preventivos que desarrollan talleres para facilitar la comunicación interpersonal y el aprendizaje de habilidades sociales básicas y a diferenciar y discriminar los diferentes tipos de relaciones afectivas y sus diferentes formas de manifestaciones (Couwenhoven, 2012).

Muy frecuentemente tanto educadores como familiares tienen dificultades para abordar el tema de la sexualidad y los programas de prevención facilitan herramientas para que estos puedan adaptarse al momento evolutivo del discapacitado, a su capacidad de comprenderse a sí mismo y a su entorno y de adaptar el abordaje de la educación sexual a las capacidades e intereses de la persona con DI. Pudiendo, con estas herramientas abordar sin ansiedad y sin prejuicios la sexualidad como un aspecto más de su desarrollo (Díaz, 2017).

Los programas de educación sexual desarrollados y aplicados en la actualidad se abordan con pautas u objetivos comunes y todos inciden en aspectos directamente relacionados con que, tanto los profesionales como los padres o como el mismo discapacitado, trabajen directamente sobre aquellos aspectos y situaciones que les hacen vulnerables.

Los programas y talleres de prevención y de educación sexual existentes abordan aspectos tan importantes como el reconocimiento de que las personas con DI son individuos con derecho a la vivencia de su sexualidad y para ello necesitan aprender a conocer su cuerpo y reconocer sus necesidades, a reconocer y discriminar la intimidad de lo público, ayudándoles a establecer los límites del pudor y los límites de la intimidad, trabajar esta discriminación les ayuda a prevenir que ese espacio no sea vulnerado por los abusadores (Navarro, 2012).

Los programas preventivos diseñados por diferentes asociaciones españolas como CERMI (Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad), plantean los objetivos de su intervención anteriormente descritos (Ruiz, 2018).

Para abordar el riesgo de abuso sexual en personas con DI, es determinante implementar intervenciones que promuevan el autocuidado y la autonomía personal, lo que conlleva trabajar con las personas con DI sobre el conocimiento de su propio cuerpo, potenciar su derecho a la intimidad, comprendiendo así el derecho sobre su propio cuerpo, distinguiendo y discriminando lo que son cuidados propiamente dichos y lo que es un acercamiento físico, inadecuado o cercano al abuso. Este trabajo aumentará el conocimiento y la precaución sobre el abuso sexual de las personas con DI. Martinello (2014) señala la necesidad de no solo enseñar comportamientos, sino habilidades para detectar y responder ante el abuso inminente.

Existen diferentes modelos educativos - preventivos. Con respecto a esto, un modelo preventivo efectivo especialmente para las personas con DI leve o moderado, debido a sus mayores habilidades comunicativas con respecto al resto de personas con DI, es el modelo SAFE (Stopping Abuse For Everyone) propuesto por Lund y Hammond en 2014. El modelo trata sobre el abuso y cómo estas personas pueden hacerlo público.

Couwenhoven plantea un modelo de actuación que se denomina Triángulo de Couwenhoven, en cada uno de sus vértices se encuentra la familia, la persona con DI y los profesionales mostrando su interacción en el proceso educativo. Con las familias el

principal objetivo es ofrecerles información para reducir sus miedos y ansiedades con respecto a la sexualidad de sus hijos, ayudándoles a favorecer la independencia de estos y reconocer los riesgos. En el vértice de los profesionales se sitúa el planteamiento de los procedimientos o métodos alternativos para la educación. Las personas con DI se sitúan en la cúspide del triángulo ya que sus necesidades son las protagonistas para poder desarrollar su educación sexual adecuadamente (Campo, 2003).

En la mayoría de las guías y materiales didácticos encontrados con respecto a programas de educación afectivo-sexual, ha sido difícil encontrar referencias a programas o guías educativas dirigidas a un aspecto importante en la educación sexual para las personas con DI como es todo aquello referido a la planificación familiar. Se han encontrado muchas alusiones a la planificación de la vida y la autodeterminación como aspectos importantes para el desarrollo (Peralta & Arellano, 2014), pero escasas referencias específicas a la planificación para afrontar el reto de la paternidad o la maternidad de las personas con DI.

Se deduce que solamente una educación sexual adecuada vinculada a programas de planificación familiar, facilitarían la capacitación de las persona con DI para crear una familia, siempre contando con aquellos apoyos complementarios (familia, educadores, apoyo social, etc.,) que les permitan desarrollar las funciones parentales de forma adecuada.

A pesar de los programas existentes sigue habiendo todavía un camino por recorrer en este sentido, tal como dice Plena Inclusión en 2017: todavía en la actualidad, la educación sexual sigue siendo una asignatura pendiente para las personas con DI. Todavía hay insuficientes recursos específicos en relación a la salud sexual y reproductiva de personas con DI. Solo a través de los apoyos necesarios pueden tener oportunidades de participar plenamente en la sociedad, y solo defendiendo sus derechos, se logrará eliminar todas las barreras discriminatorias. (Plena Inclusión, 2017)

Conclusiones

Es asumido por la sociedad hoy en día, que el desarrollo de la vida afectivo sexual es parte fundamental del desarrollo integral del ser humano y por tanto influye directamente en la calidad de vida. Por lo tanto, una educación facilitadora del desarrollo afectivo-sexual capacita a la persona a vivenciar y experimentar su sexualidad de manera saludable. En relación a las personas con discapacidad intelectual la sociedad actual acepta sin reservas que estas desarrollen todas sus capacidades, pero en lo relativo a la sexualidad esta aceptación y normalización todavía tiene un camino por recorrer a pesar de la evolución de las últimas décadas.

Los mitos y prejuicios que perduran y los déficits educativos existentes todavía, colocan a estas personas en una situación de vulnerabilidad como consecuencia de la ausencia de formación e información, de la sobreprotección, de la limitación del acceso a experiencias habilidades y actitudes relacionadas con la afectividad, las relaciones interpersonales y la sexualidad.

Es todavía mucha la población con discapacidad que mantienen un déficit de conocimientos, experiencias, habilidades y actitudes relacionadas con la afectividad y la sexualidad a pesar de la puesta en marcha desde las últimas décadas de programas, guías o protocolos de actuación educativa tanto desde las instituciones educativas como desde los diferentes organismos. El problema suele encontrarse en el acceso a los recursos y profesionales que les preparen y acompañen en este proceso de autodeterminación sobre su propia sexualidad ya que su frecuente grado de dependencia de los adultos que les protegen impide que puedan tomar libremente sus propias decisiones.

Es frecuentemente la familia, quienes por un exceso de sobreprotección deciden también sobre su desarrollo psicoafectivo y relacional llevada por sus miedos a la expresión física y afectiva de la sexualidad de su hijo o hija, los prejuicios que son todavía detectados en la sociedad y por los temores y riesgos que conlleva la paternidad o maternidad como consecuencia de su futura experiencia sexual.

Esta sobreprotección, los prejuicios y mitos en torno a esta población son las razones más relevantes por las que la persona con DI leve o moderado se encuentra en situación de

vulnerabilidad frecuentemente y no tanto sus capacidades o aptitudes. Especialmente porque las personas con DI no tienen una sexualidad diferente a los demás ni son diferentes sus deseos y necesidades de vivenciar y desarrollar integralmente su sexualidad.

La clave está en la educación en la que hay que hacer partícipe a tres protagonistas fundamentales.

El primero la familia, que además de su papel como educador tiene su propio papel como educado ya que deberá trabajar en profundidad todos aquellos aspectos, miedos, etc., que refuerzan la sobreprotección, deberá reconocer su papel como modelo de interacción y favorecedora del desarrollo.

En segundo lugar, la importancia del papel de los profesionales y acompañantes educativos, que podrán implementar los protocolos, estrategias educativas, talleres, etc., necesarios partiendo del conocimiento del propio individuo, sus necesidades e intereses sobre la base del momento evolutivo, y de las aptitudes o capacidades.

Por último, en este trío, se encuentra el propio individuo o sujeto activo de su propia autodeterminación quien necesita desarrollarse plenamente, por lo tanto, conocer y reconocer sus propias necesidades en el terreno afectivo sexual y cómo potenciar su interacción con los otros y la forma de expresión afectiva satisfactoria, adaptada y saludable evitando así situaciones que le coloquen en riesgo de vulnerabilidad.

En definitiva, esta revisión bibliográfica concluye con la idea de que las personas con o sin discapacidad tienen el derecho y deben de tener el acceso a una educación, la cual les permita saber más sobre sí mismas, comprenderse y entenderse, con la finalidad de entender y comprender el entorno que les rodea y en definitiva la sociedad en la que desarrollan su vida. Solo así podrán sentirse protegidos ante los abusos, los prejuicios y los riesgos que la vida les va presentando y podrán por tanto podrán desarrollar al máximo todas sus experiencias vitales con el objetivo de encontrar el máximo bienestar y con la mayor independencia y autonomía posible conforme a sus circunstancias personales.

Referencias Bibliográficas

Abal, Y. N., Linares, M. E. T., & López, M. J. L. (2010). Programa de intervención psicosexual en personas con discapacidad intelectual. Educación y diversidad= Education and diversity: *Revista inter-universitaria de investigación sobre discapacidad e interculturalidad*, 4(2), 75-92.

AAIDD. (2011). Definition of intellectual disability. American Association on Intellectual and Developmental Disabilities. Recuperado el 10/03/21 <https://www.aidd.org/intellectual-disability/definition>

Alonso, I. G. (2005). Concepto actual de discapacidad intelectual. *Psychosocial intervention*, 14(3), 255-276. <https://www.redalyc.org/pdf/1798/179817547002.pdf>

Alriksson-Schmidt, A. I., Armour, B. S., & Thibadeau, J. K. (2010). Are adolescent girls with a physical disability at increased risk for sexual violence?. *Journal of School Health*, 80(7), 361-367. doi: 10.1111/j.1746-1561.2010.00514.x

Asociación Estadounidense de Psiquiatría. (2022). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (5ª ed., texto rev.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>

Bailey, G. (1998). Action against abuse. Recognising and preventing abuse of people with learning disabilities. *NAPSAC BULLETIN*, 9-10.

Campo, M. I. (2003). Aspectos de las relaciones afectivas y sexuales en personas con discapacidad intelectual. *Información Psicológica*, (83), 15-19.

CERMI. (S. f.). *Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. Recuperado de: <http://www.convenciondiscapacidad.es/>

Díaz Rodríguez, I. M. (2017). Construcción de la salud sexual y análisis de su influencia en la calidad de vida y prevención de abusos sexuales en personas adultas con discapacidad intelectual. [Tesis de doctorado, Universidad de Valencia] Repositorio Institucional – Universidad de Valencia (RODERIC).

Díaz Rodríguez, I. M., Gil Llario, M. D., Ballester Arnal, R., & Molero Mañes, R. J. (2014). Conocimientos, comportamiento y actitudes sexuales en adultos con discapacidad

intelectual. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(3), 415-422. <https://www.redalyc.org/pdf/3498/349851785041.pdf>

Frinco, V. L. (2018). Sexualidad, género y educación sexual. *Extramuros: revista de la Universidad Metropolitana de Ciencias de la Educación*, (17), 97-107. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/7862367.pdf>

García Alonso, I. & Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. (2005). Concepto actual de la discapacidad intelectual. *Psychosocial Intervention*, 14(3), 255-276. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=179817547002>

Liou, W. Y. (2014). An Illustrated Scale Measuring the Sexual-Abuse Prevention Knowledge of Female High School Students with Intellectual Disabilities in Taiwan. *Sexuality and Disability*, 32(2), 135-151. doi: 10.1007/s11195-013-9312-x

Law, J. y Lindsay, W.R. (2001). A comparison of physical and sexual abuse: histories of sexual and no sexual offenders with intellectual disability. *Abuse and Neglect*, 27, 989-995.

López Sánchez, F. (2002). Sexo y afecto en personas con discapacidad. Madrid: Biblioteca Nueva.

Losada, A. V., & Muñiz, A. M. (2019). Sexualidad en sujetos con discapacidad

Martinello, E. (2014). Reviewing Strategies for Risk Reduction of Sexual Abuse of Children with Intellectual Disabilities: A Focus on Early Intervention. *Sex Disabil*, 32, 167-174. <https://doi.org/10.1007/s11195-014-9345-9>

Martínez, G. E. M., Ramírez, E. O. L., Cavazos, D. J. C., Martínez, Z. D. C. T., & Mullet, E. (2011). Actitudes hacia la sexualidad de las personas con discapacidad intelectual. *CIENCIA-UANL*, 15(4), 436-444.

Masters, W. H., Johnson, V. E., & Kolodny, R. C. (1997). La sexualidad humana. *Grijalbo*.

Molina, C. R., Molina, T., González, A. (2007). Madres niñas-adolescentes de 14 años y menos: Un grave problema de salud pública no resuelto en Chile. *Rev. Médica Chile*, 135, (79). https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872007000100011

Navarro, N.Z., Hernández, A.I. (2012) Influencia de las actitudes de los padres ante la educación sexual y la discapacidad intelectual. *Revista psicología y salud* . 22(2), 195-203.

<https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/544/928>

Navarro, Y., Torrico, E., López, J.M. (2010). Programas de intervención psicosexual en personas con discapacidad intelectual. *Educación y Diversidad*, 4(2), 75-92.

Noonan, A., & Taylor Gomez, M. (2011). Who's missing? Awareness of lesbian, gay, bisexual and transgender people with intellectual disability. *Sexuality and Disability*, 29(2), 175-180.

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

Peralta, F. & Arellano, A. (2014). La autodeterminación de las personas con discapacidad intelectual: situación actual en España. *Revista CES Psicología*, 7(2), 59-77. <https://www.redalyc.org/pdf/4235/423539424006.pdf>

Plena Inclusión (1 de febrero de 2022). *Conversamos con Miguel Ángel Verdugo sobre la nueva definición de discapacidad intelectual*. Youtube. https://www.youtube.com/watch?v=taY6BSV_msI

Plena Inclusión. (2017). Posicionamiento institucional sobre sexualidad de las personas con DI o del desarrollo. Recuperado de: http://www.plenainclusion.org/sites/default/files/posicionamiento_sexualidad.pdf

Rivera Sánchez, P. (2008). Sexualidad de los niños, niñas y jóvenes con discapacidad. *Revista Educación*, 32(1): 157-170. <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/educacion/article/view/529>

Ruiz de Lezana, I. (2018). Apuntes sobre sexualidad y discapacidad en el entorno escolar. *CERMI*. https://www.educantabria.es/docs/Atencion_diversidad/protocolos_y_guias/09-cermi-guia-sexualidad_compressed.pdf

Sex Offender Treatment Services Collaborative–Intellectual Disabilities (SOTSEC-ID). (2010). Effectiveness of group cognitive-behavioural treatment for men with intellectual

disabilities at risk of sexual offending. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 23(6), 537-551. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1468-3148.2010.00560.x>

Tomsa, R., Gutu, S., Cojocaru, D., Gutiérrez-Bermejo, B., Flores, N., & Jenaro, C. (2021). Prevalence of sexual abuse in adults with intellectual disability: Systematic review and meta-analysis. *International journal of environmental research and public health*, 18(4), 1980. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33670753/>

Verdugo Alonso, M. Á. (2012). Análisis de la definición de discapacidad intelectual de la Asociación Americana sobre Retraso Mental de 2002. http://riberdis.cedid.es/bitstream/handle/11181/3050/analisis_definicion_discapacidad_intelctual_asociacion_americana_sobre_retraso_mental.pdf?sequence=1

Verdugo, M.A., Alcedo, M. A., Bermejo, B. & Aguado, A.L. (2002) El abuso sexual en personas con discapacidad intelectual. *Psicothema*, 14, Supl.: 124-129.

Verdugo, M.A., Shalock, R.L. (2010). Últimos avances en el enfoque y concepción de las personas con DI. *Siglo Cero*, 41(4) (236), 7-21. Recuperado de: http://www.plenainclusion.org/sites/default/files/sc_236.pdf