

Ramón González, Eva, TFG

por Eva Ramón González

ARCHIVO	17180_EVA_RAMÓN_GONZÁLEZ_RAMÓN_GONZÁLEZ__EVA__TFG_969036_954131702.PDF (787.67K)		
HORA DE LA ENTREGA	20-ABR-2017 07:01P.M. (UTC+0200)	NÚMERO DE PALABRAS	11023
IDENTIFICADOR DE LA ENTREGA	LA802157041	SUMA DE CARACTERES	63840

Trabajo Fin de Grado Enfermería

Título:

Educación sexual en personas con discapacidad

Alumno: Eva Ramón González
Director: Calixto Plumed Moreno

Madrid, 26 de Abril de 2017

Índice

Resumen	4
Palabras clave	4
Abstract	4
Key words	5
Presentación	6
Estado de la cuestión	7
Fundamentación	7
Definiciones y conceptos	7
Desarrollo del estado de la cuestión	11
Justificación	19
Protocolo de revisión sistemática	20
Objetivos.....	20
Pregunta de revisión.....	20
Criterios de inclusión de estudios	22
Metodología	23
Estrategia de búsqueda	23
Selección de estudios.....	23
Evaluación crítica	23
Extracción de datos.....	23
Síntesis de resultados	24
Limitaciones	25
Cronograma	26
Bibliografía.....	27
Anexos	30
Anexo I. Tablas de los artículos.....	30
Anexo II. Hojas de criterios de selección de estudios.....	42

Resumen

El siguiente trabajo se ha centrado en la persona discapacitada y cómo afecta en ella la educación sexual.

Se han recogido datos de diversos estudios y artículos para comprender todos los puntos de vista y todos los resultados obtenidos de investigaciones acerca del tema de interés.

Las personas con discapacidad tienen deseos sexuales, deseos de casarse y tener su propia familia, deseos de ser autónomo para tomar sus propias decisiones y para manejar su propia salud.

Normalmente las personas con discapacidad reciben mucha menos información acerca de educación sobre salud sexual que la población general, lo cual hace que tengan mucho desconocimiento acerca del tema en cuestión, aparte de que se exponen a riesgos por no conocer los mismos.

Con una educación en salud sexual de calidad y adaptada a sus necesidades y capacidades estaremos contribuyendo a aumentar sus conocimientos y a evitar ciertos riesgos a los que se exponen por dicho desconocimiento.

Palabras clave

Anticoncepción, discapacidad, sexualidad, educación sexual, discapacidad y sexualidad.

Abstract

The following work is focused on disabled people and how sexual education affect them.

Data from various studies and articles were collected to understand all the different points of view and all the results obtained from different studies done on the topic of interest.

People with disabilities have sexual desires, wish to marry and have their own family, and they would like to be autonomous to make their own decisions and to manage their own health.

Normally, people with disabilities receive much less information about sexual health education than the general population, which causes them to have a great lack of knowledge about this issue what increases their exposure to risks because they don't know about them.

With quality sexual education, which is adapted to the needs and abilities of handicapped people, we will be contributing to increase their knowledge in the topic, and thus, to help them avoiding the risks caused by the lack of knowledge in sex-related topics.

Key words

Birth-control, contraception, disabled persons, disability, sexuality, sexual behaviour, disabled AND sexuality, disabled AND contraception, disabled AND marriage.

Presentación

Las personas con discapacidad intelectual han estado gravemente estigmatizadas a lo largo de la historia por todas las sociedades.

Hoy día, aunque se ha superado este hecho en gran medida, sigue existiendo dicha estigmatización hacia ellos y hacia su discapacidad, privándoles muchas veces de sus derechos fundamentales.

Las personas con discapacidad, al igual que todo el mundo en la comunidad, tienen derecho a recibir una educación en salud sexual en la misma medida que el resto de la población.

De hecho, gracias a la educación sexual impartida a estas personas, se pueden evitar muchas conductas de riesgo y también enseñarles a ser autónomos con su propio cuerpo.

Antiguamente las personas con discapacidad eran aisladas, repudiadas, encerradas e incluso se les retiraba el derecho de tomar sus propias decisiones, de su libertad y su autonomía. Por supuesto nadie se podía plantear ni tan siquiera que tuvieran el derecho, incluso el deseo de poder tener una sexualidad plena, casarse o tener hijos.

Con el tiempo, esto ha ido cambiando y ahora las personas con estas enfermedades son más aceptadas en la sociedad, tienen más libertad para poder decidir acerca de sus planes, de su futuro. Se intenta que se integren en la sociedad, pero todavía no son del todo aceptadas, sobre todo por algunas personas.

A raíz de esto, me gustaría indagar acerca de los derechos que se otorga a estas personas respecto a su sexualidad y a su libertad de decisión respecto a ciertos temas relacionados con la misma.

Quisiera investigar acerca de las posturas de diferentes autores, de los resultados de diversos estudios realizados con personas con discapacidad y cómo viven su sexualidad, la educación sobre salud sexual que reciben y cómo se organiza y en qué se basa la misma.

Estado de la cuestión

Fundamentación

En el siguiente trabajo se va a tratar el tema de la sexualidad en personas discapacitadas.

Se comenzará con unas definiciones y conceptos acerca del tema a tratar y también se darán algunos datos epidemiológicos, así como los grados de discapacidad intelectual. También se hablará brevemente sobre la historia de la discapacidad intelectual.

A continuación el trabajo se centrará en aspectos concretos de la sexualidad: se hablará sobre la salud sexual y reproductiva y el desarrollo sexual, de la adolescencia en personas discapacitadas, se expondrán varios mitos y creencias existentes a día de hoy acerca de las personas con discapacidad y de la percepción corporal de los mismos, del amor y las relaciones en discapacitados, se hará referencia a la educación sexual, a la masturbación, las conductas de riesgo, el abuso sexual y delitos sexuales y de su prevención, se abordará el tema de los embarazos no deseados y de la anticoncepción y, por último, se hablará de las revisiones ginecológicas a pacientes discapacitadas, así como el manejo de su higiene personal referida a la menstruación y a la esterilización en los pacientes discapacitados.

El objetivo es analizar, a través de una revisión sistemática, el grado de educación sexual que se le ofrece a las personas discapacitadas y con enfermedades mentales, además de los métodos anticonceptivos usados por los mismos, el embarazo, la maternidad/paternidad, el riesgo de transmisión de Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS), etc.

Definiciones y conceptos

Salud mental: estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad.

Enfermedad o trastorno mental: es un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento de un individuo, que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental. Habitualmente los trastornos mentales van asociados a un estrés significativo o una discapacidad, ya sea social, laboral o de otras actividades importantes.

Historia de la discapacidad intelectual ⁽¹⁾:

Prehistoria y antigüedad: se cree que las personas discapacitadas eran abandonadas porque

eran una carga para el resto del grupo, sobre todo a la hora de desplazarse. Aun así, se intentaban métodos curativos con estas personas. Existe la teoría antropológica de “la población excedente”, por la cual cualquier persona que no sirviera para desarrollar trabajos necesarios para el grupo, sería eliminada.

Existen evidencias de que en el Antiguo Egipto se daba el infanticidio de niños con deficiencias.

Para los hebreos, el hecho de ser discapacitado era un pecado, por lo que estaban apartados de la vida religiosa.

En África Oriental en cambio, los utilizaban para ahuyentar a los demonios y en Malasia se les consideraba personas sabias.

En China se les aplicaba tratamientos y masajes a los que tenían discapacidad motriz.

En la Antigua Grecia, debido al gran culto a la belleza y perfección física, las personas discapacitadas tenían un papel muy relegado en su sociedad.

Edad Media: debido a la influencia del cristianismo, que al principio era una religión orientada sobre todo a los que no tenían privilegios, los discapacitados no estaban tan mal considerados como en otros lugares y épocas. Con la caída del Imperio Romano, se formaron muchos reinos y fue un periodo violento, por lo que también fue duro para las personas discapacitadas. Había persecución y rechazo de los que ellos consideraban deformes, anormales o defectuosos.

En Francia se construyeron recintos amurallados para esconder a los discapacitados.

En el siglo XIV las personas discapacitadas, sobre todo las que tenían defectos físicos, eran expuestas en zoológicos y circos para diversión o bien para hacer creer a la gente que el hecho de ser discapacitado era un castigo de Dios y que no cometieran pecados.

Más tarde se atribuyó la discapacidad al hecho de que las madres practicaban la brujería.

En el siglo XV aparecen las primeras instituciones psiquiátricas, impulsadas por Juan Gilberto Jofré.

Época Moderna: desde la llegada de los españoles a América, comenzó a darse la esclavitud, donde daba igual la condición de la persona, era válida siempre y cuando fuera útil para trabajar; de hecho eran más baratos los que tenían algún “defecto”.

En la reforma protestante, las personas discapacitadas fueron acusadas de estar “habitadas por el demonio”.

En Norteamérica les asignaban el papel de “tonto del pueblo”.

A partir del siglo XVI, los discapacitados intelectuales se internaban en asilos y manicomios sin recibir atención médica, aislándolos del resto de la sociedad.

En la Revolución Francesa se empezó a creer que, con ayuda, estas personas podrían vivir

perfectamente adaptados en la sociedad y que eran una responsabilidad de la comunidad.

Sociedad Industrial: debido a la industria capitalista, muchos trabajadores quedaron discapacitados (lisiados, mutilados...). En este contexto se empezó a usar el término "discapacidad" como la incapacidad para trabajar y proporcionar beneficio a la clase capitalista. Los discapacitados comenzaron a considerarse un problema social y se internaban en asilos, escuelas especiales e incluso en la cárcel. Estas instituciones tenían como objetivo "normalizar" a las personas discapacitadas. Estas personas ya nunca podrían trabajar, pues no se les permitiría.

Sociedad Actual: hoy día las personas con discapacidad viven mucho más integradas en nuestra sociedad, pero todavía están sometidas a excesivos prejuicios y estigmas, en algunas sociedades son también aisladas y repudiadas pero su situación ha mejorado notablemente.

Discapacidad intelectual (DI): la discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual) es un trastorno que comienza durante el período de desarrollo y que incluye limitaciones del funcionamiento intelectual como también del comportamiento adaptativo en los dominios conceptual, social y práctico ⁽²⁾.

Hay tres criterios para diagnosticar la discapacidad intelectual:

- Significativas limitaciones en el funcionamiento intelectual.
- Significativas limitaciones en la conducta adaptativa (habilidades conceptuales, sociales y prácticas).
- Comienzo antes de los 18 años. ⁽³⁾

La discapacidad intelectual tiene como característica un coeficiente intelectual (CI) menor a 70 y en algunos casos va acompañada de alteraciones físico-motoras y trastornos conductuales. La etiología se corresponde con factores genéticos y/o ambientales. Las personas con DI presentan dificultades de adaptación en las actividades de la vida diaria, socialización y comunicación ⁽⁴⁾.

Grados discapacidad intelectual: existen cuatro grados de discapacidad intelectual en función del coeficiente intelectual del individuo.

- Leve: CI entre 50-70. Es la más común (85% de la población). Las causas son ambientales o familiares. Tienen una lentitud en el desarrollo pero cuando llegan a adultos no tienen problemas en el desarrollo de su vida cotidiana.
- Moderada: CI entre 35-50. Está presente en un 10% de la población. Los individuos tienen problemas para desarrollar sus habilidades de comunicación. En la edad adulta suelen tener problemas.

- Grave: CI entre 20-35. Supone el 4% de los discapacitados intelectuales. No desarrollan el lenguaje comunicativo o lo desarrollan de manera muy escasa. En su adultez necesitan gran ayuda y supervisión.
- Profundo: CI por debajo de 20. Entre el 1-2% de los individuos con discapacidad intelectual. Existen graves problemas de conducta. Son dependientes totalmente para cualquier actividad. Normalmente se debe a la existencia de una enfermedad neurológica.

Epidemiología DI:

- La DI asociada a malformaciones afecta al 2-3% de la población. Sólo se identifica el origen de la misma en el 50% de los casos.
- Las causas genéticas y las causas exógenas tienen una frecuencia similar (desde el 17'4% hasta el 47'1%).
- Existe aproximadamente una prevalencia de 1'25 por cada 100 habitantes ⁽⁴⁾.

Sexualidad: la sexualidad es el conjunto de condiciones anatómicas, fisiológicas y psicológicas que caracterizan a cada sexo. También hace referencia al apetito sexual (como una propensión al placer carnal) y a los fenómenos emocionales y conductuales vinculados al mismo.

Para la OMS la sexualidad abarca tanto las relaciones sexuales como la intimidad, el erotismo y el placer y es experimentada a través de pensamientos, deseos, fantasías y acciones.

Esterilización: se trata de un método anticonceptivo permanente. La esterilización en mujeres se llama ligadura de trompas, mientras que en hombres se llama vasectomía.

- Vasectomía: consiste en ligar y posteriormente cortar los conductos deferentes a través del escroto (transportan los espermatozoides hasta la uretra) para que los espermatozoides no salgan de los testículos. Se suele realizar bajo anestesia local.
- Ligadura de trompas: las trompas de Falopio conectan los ovarios con el útero. Este procedimiento consiste en la sección y posterior ligadura de dichas trompas para que los óvulos no puedan llegar hasta el útero y para que los espermatozoides no puedan subir hacia las trompas y no se produzca la fecundación.

Anticoncepción: consiste en la utilización de métodos de forma transitoria para prevenir el embarazo. Al dejar de usarlos se recupera la fertilidad. Hay diferentes métodos anticonceptivos, los cuales difieren en su duración, efectividad y forma de actuación. Hay dos tipos principales de anticonceptivos:

- Métodos hormonales: compuestos por estrógenos y gestágenos que se introducen al

organismo para modificar su comportamiento habitual, impidiendo que se produzca la ovulación (además de otros cambios en el aparato reproductor femenino).

- Métodos barrera: impiden a los espermatozoides que lleguen hasta el útero, y a su vez hasta el óvulo que ha sido liberado.

Desarrollo del estado de la cuestión

La salud sexual y reproductiva es muy importante para la salud general de las personas, su buena autoestima y para su desarrollo social ⁽⁵⁾⁽⁷⁾⁽¹³⁾; también lo son las emociones y los sentimientos para el bienestar del ser humano ⁽⁶⁾. Al hablar de desarrollo sexual, estamos hablando de un proceso multidimensional, ligado con las necesidades humanas de ser querido, deseado y aceptado, dar y recibir afecto, compartir emociones y sentimientos ⁽⁸⁾⁽¹⁰⁾⁽¹¹⁾⁽¹⁴⁾. Está en un contexto donde se incluye la socialización de géneros y roles, relaciones y maduración física ⁽⁸⁾. Todos los seres humanos, discapacitados o no, somos seres sexuales ⁽⁹⁾⁽¹⁶⁾⁽¹³⁾. Normalmente a la persona discapacitada no se le reconocen los mismos aspectos de la sexualidad que a la población general, y sus conductas sexuales son percibidas como anormales y como signo de alarma y preocupación ⁽¹⁷⁾⁽¹¹⁾.

La adolescencia es un periodo importante, donde se hace la transición de la niñez a la etapa adulta ⁽¹²⁾. Además es una etapa donde se incrementa el conocimiento de la sexualidad y se ajusta la misma ⁽⁷⁾. Los adolescentes con discapacidades tienen las mismas inquietudes que los que no tienen ninguna discapacidad, tales como casarse, tener pareja, etc. ⁽¹⁵⁾. Un paso importante de la adolescencia es la independencia emocional de los padres y el autocuidado; los discapacitados tienen esto mucho más difícil debido a sus limitaciones ⁽¹⁵⁾.

Existen varios mitos en torno a las personas con discapacidad intelectual.

Uno de ellos, y quizá el más extendido, es que son asexuales, no les interesa el sexo y no son sexualmente activos, ni quieren serlo ⁽¹⁸⁾⁽¹¹⁾⁽²⁰⁾⁽⁸⁾; se asume que si ellos son discapacitados para un aspecto de su vida, lo serán para todos los demás ⁽⁹⁾.

Otra de las creencias es que son incapaces de controlar sus impulsos y deseos ⁽²³⁾⁽²⁶⁾⁽⁹⁾⁽²⁷⁾, por ello se les considera peligrosos ⁽²⁵⁾.

Por último, también existe el mito de que las personas discapacitadas son como niños y hay que protegerlos; se les ve como incapaces de mantener ninguna relación ⁽⁹⁾⁽¹⁷⁾.

Puesto que la sexualidad está altamente ligada a la imagen corporal ⁽²²⁾, debido a sus limitaciones, las personas discapacitadas tienen problemas muy a menudo con su percepción corporal, tienen una autopercepción negativa, vergüenza, culpa... ⁽¹¹⁾⁽²⁰⁾⁽¹⁰⁾.

Están continuamente inundados por imágenes de lo que la sociedad considera bello y deseable. El constructo social de masculinidad puede estar en detrimento para los hombres discapacitados, que tienen la expectativa de poseer un rol de fuerza e independencia. En el

caso de las mujeres, el cuerpo discapacitado se ve como desviado e inferior ⁽¹¹⁾.

Estas inseguridades a veces pueden estar debidas a inseguridades pasadas; cuando en el pasado han recibido un rechazo o cualquier experiencia negativa, van predispuestos a lo negativo ⁽²²⁾. El rechazo por parte de las personas de su edad se puede convertir en un asunto que les provoque inseguridad y malestar consigo mismos, llegando a pensar que nunca serán aceptados ⁽¹⁰⁾.

A veces la baja autoestima puede llevar a las chicas a mantener relaciones sexuales precoces y sin protección, para afirmar su feminidad, que desencadenen un embarazo no deseado o el contagio de alguna ETS. En algunos casos la cirugía puede ser una ayuda para mejorar su imagen en personas que tienen problemas ortopédicos ⁽¹⁰⁾.

En ocasiones los pacientes tienen sondajes, motivo por el cual se pueden sentir muy avergonzados y además es molesto a la hora de las relaciones, sumado al hecho de que se encuentra en lugares altamente relacionados con la sexualidad ⁽²²⁾. Cuando el paciente posee un sondaje vesical hay que tratar de enseñarle unos cuidados higiénicos y una preparación de cara a mantener relaciones sexuales. Se le puede entrenar para que la retire y la recolque después o bien enseñarle a acomodarla para que no suponga un impedimento. Además es útil también recomendar al paciente que hable del tema con su pareja para que sienta mayor seguridad y no se sienta avergonzado ⁽²⁰⁾.

Problemas tales como debilidad muscular, contracturas, dolores y otras condiciones también pueden limitar su sexualidad ⁽¹⁵⁾. En las mujeres también se presentan problemas como falta de lubricación, dolor en las caderas o rodillas, debilidad, etc. ⁽⁹⁾. Y en los hombres pueden aparecer problemas de disfunción sexual debido a la enfermedad en sí o a ciertas medicaciones ⁽¹⁰⁾.

Las personas con discapacidades también quieren amar y ser amadas. El amor es uno de los procesos más intrínsecamente interpersonales del ser humano. Las personas discapacitadas tienen mucho más difícil entablar relaciones personales que la población general, tienen expectativas irreales, familias sobreprotectoras y sus propias limitaciones.

Existen muy pocos estudios que analicen la relación entre el bienestar personal y aspectos relacionados con la satisfacción amorosa. En un estudio realizado en 2009 a personas discapacitadas, donde se les hizo preguntas en relación con aspectos amorosos, los resultados fueron los siguientes:

- La percepción global de sus vidas de las personas que tenían pareja era muy positiva.
- La percepción positiva de las relaciones íntimas afecta al bienestar de los encuestados.
- Puntuaciones positivas en amor y en bienestar emocional, estaban correlacionadas significativamente con una menor interferencia de las familias y una capacidad mayor de autodeterminación y autorresponsabilidad ⁽⁶⁾.

Las personas con discapacidades también se enamoran, quieren casarse y tener hijos ⁽²⁸⁾. Cuando una pareja de discapacitados quiere contraer matrimonio e independizarse, es importante tener en cuenta las ayudas que van a necesitar, dónde van a vivir y con qué ayudas y también evaluar las capacidades de ambos para encargarse de su autocuidado y del cuidado de sus hijos en caso de que los tengan ⁽²⁸⁾⁽¹⁴⁾⁽²⁶⁾.

Cuando existe un embarazo deseado de una persona discapacitada, hay que tener en cuenta que va a requerir de más cuidados que una persona sin discapacidad ⁽⁹⁾, que posiblemente tengan problemas económicos ⁽²⁶⁾ y que, además, en función de la discapacidad de la madre y/o padre, el bebé puede tener también alguna discapacidad ⁽¹⁶⁾.

Curiosamente, los hombres con discapacidad están más apoyados por sus familias a la hora de contraer matrimonio y de tener descendencia que las mujeres con la misma condición ⁽⁵⁾. Normalmente las personas discapacitadas alegan ser tímidos a la hora de encontrar pareja o no saben cómo hacerlo ⁽⁵⁾, además de que tienen menos oportunidades de encontrarla que la población general y, cuando tienen pareja, les resulta más complicado mantener la relación. Es común que estas personas tengan una idea poco realista e idealizada acerca de las relaciones de pareja ⁽²⁹⁾.

Se realizó un estudio para ver las actitudes de la gente hacia las relaciones de las personas discapacitadas y los resultados fueron que hay mucha más aceptación cuando la discapacidad es física que cuando es intelectual ⁽²⁵⁾.

Muy a menudo, las personas con discapacidad tienen conceptos erróneos acerca de la sexualidad debido a que no reciben una correcta educación sexual y aprenden por su cuenta (internet...). El bajo nivel de educación en estos aspectos se considera un riesgo para estas personas ⁽²⁹⁾.

Los hombres discapacitados tienen más conocimientos referidos a la sexualidad que las mujeres discapacitadas ⁽⁷⁾.

En ocasiones, hay creencia de que las personas discapacitadas no necesitan aprender educación sexual, debido a la falsa creencia de que son asexuales ⁽³¹⁾⁽²³⁾⁽¹⁷⁾, incluso hay profesionales que defienden esto, escudándose en el argumento de que a ellos nunca les ha preguntado un paciente por este tema ⁽³²⁾. También hay padres que se oponen a ello, pues piensan que al impartirles educación sexual, se les está “empujando” a que inicien la actividad sexual ⁽³⁰⁾⁽¹⁷⁾⁽¹³⁾. Existe además una creencia de que, repartir anticonceptivos de barrera (preservativos) entre los jóvenes, les va a llevar a ser sexualmente activos ⁽³³⁾. Sin embargo, las investigaciones realizadas sugieren que la educación sexual ni activa la conducta sexual ni la restringe, sino que aporta conocimiento, reduce las conductas de riesgo, etc. ⁽¹⁴⁾.

Por esto es muy importante tratar con estas personas la educación sexual que empiece en la niñez y continúe en la etapa adulta, ya que tienen mucho menos acceso a la información que otras personas que no tienen discapacidad ⁽¹⁵⁾; alrededor de un 80% de una muestra de

pacientes discapacitados, alegaron no haber recibido nunca ningún tipo de información adecuada o bien era difícil de entender ⁽³⁰⁾.

Además, el ser humano está "programado" para dar respuesta a sus objetivos a través de la educación recibida durante su vida y, por otro lado, impartir educación sexual a personas discapacitadas es la mejor manera de luchar contra la discriminación a la que se han visto y se ven sometidos aún hoy día ⁽¹⁴⁾.

También es importante adecuar dicha información a los conocimientos y las capacidades de a quienes va dirigida y tiene que estar coordinada entre las diferentes fuentes de información: padres, escuela, servicios de salud... ⁽¹⁷⁾⁽¹⁰⁾. Tiene que ser una información clara y básica para disminuir su ansiedad por el desconocimiento y ayudar a establecer una buena relación paciente-educador ⁽²⁰⁾ y estar adaptada a cada paciente en particular y respetando sus tiempos ⁽²⁰⁾. Normalmente su pensamiento les hace complicado entender ciertos conceptos ⁽²⁷⁾.

Ya de por sí, el tema de la sexualidad es complicado de tratar en ocasiones, más aún si hay que hacerlo con personas discapacitadas ⁽²⁷⁾. Los discapacitados sufren ansiedad al no ser entendidos o comprendidos y tienen miedo de no poder tomar decisiones por sí mismos ⁽³¹⁾. Otras veces los pacientes están mal o escasamente informados debido a que están institucionalizados en lugares donde no se considera importante ni necesaria la educación sexual ⁽³³⁾.

Es muy importante el rol de la enfermera en la educación sexual desde la niñez ⁽¹⁴⁾⁽⁸⁾, introduciendo a los niños en anatomía masculina y femenina, desarrollo psicosexual de cada uno y siguiendo durante toda la adolescencia y la juventud ⁽⁸⁾. El personal sanitario tiene que encargarse de la protección de las personas discapacitadas en este aspecto ⁽³³⁾. Es necesario que la enfermería conozca las necesidades de las personas discapacitadas para que puedan amoldarse a las mismas ⁽³⁰⁾. El profesional debe atraer la confianza del paciente y mantener una actitud positiva y proactiva y buscar los mejores momentos y lugares para hablar del tema con la persona ⁽²⁰⁾. Para poder ofrecer una educación sexual efectiva, es importante saber primero el nivel de conocimientos de base que tiene la persona y partir desde ahí, enseñando cosas nuevas y corrigiendo conceptos equivocados ⁽²⁶⁾.

Por lo general, los educadores mantienen una actitud mucho más abierta que la de los padres; el 50% de las familias mantienen una actitud cerrada, el 40% una actitud pasiva y el 10% una actitud abierta ⁽²⁷⁾. La educación en casa, en la escuela y en los servicios sanitarios son diferentes pero complementarias y a ninguna se puede renunciar ⁽¹⁴⁾.

El objetivo de la educación sexual es favorecer la conducta sexual y afectiva positiva, libre y responsable, conseguir la maduración personal, formando a la persona para un comportamiento adecuado en las relaciones sociales y personales ⁽¹⁴⁾.

Todas las personas con discapacidad intelectual deben tener acceso a una información fiel

acerca de sexualidad, contracepción, ETS, abusos sexuales, abusos de sustancias...⁽¹⁰⁾. La educación sexual ayuda a prevenir e incluso evitar bastantes problemas relacionados con la sexualidad, como por ejemplo las conductas apropiadas en cada situación, las conductas de riesgo frente a ETS, el abuso y los delitos sexuales, embarazos no deseados y anticoncepción⁽²⁹⁾⁽²⁰⁾⁽¹³⁾⁽²¹⁾.

Hay ciertas conductas que los niños y adolescentes con discapacidad intelectual no saben distinguir bien el contexto de la situación, esto pasa por ejemplo con la masturbación. Esto es algo que no se ve bien pero la mayoría de ellos la practican. El verdadero problema aparece cuando lo hacen en lugares públicos, lo hacen de manera que pueden causarse daños,⁽¹⁶⁾ en definitiva, cuando no tienen la capacidad de distinguir entre los comportamientos que son públicamente aceptables⁽⁸⁾. Deben aprender un comportamiento adecuado, saber lo que es aceptable tocar y lo que no⁽²¹⁾ y respetar a las demás personas⁽²⁶⁾. Es necesario poder hablar de este tema con la persona y hacerle ver que sólo sería aceptable hacerlo en unas condiciones de privacidad⁽²⁷⁾.

A través de la educación de la salud sexual se debe abordar el tema del riesgo de contraer ETS y su prevención. Se pueden hacer campañas para el uso del preservativo, en especial para los adolescentes que son un grupo de mayor riesgo⁽²⁶⁾.

Aquellas personas que son sexualmente activas deberían entrar en un programa de cribado de ETS y aconsejarles el uso de métodos anticonceptivos que protejan de las mismas. Se debe instruir en el uso del preservativo⁽¹⁰⁾. A veces es difícil poder captar a las personas discapacitadas que tienen ETS, pues no tienen facilidad de acceso sin ayuda a las clínicas y los familiares en ocasiones ocultan que mantienen relaciones sexuales⁽¹⁶⁾.

En un estudio en 2014 donde entrevistaron a jóvenes con discapacidades, descubrieron que el primer encuentro sexual de la mayoría de ellos había sido no planificado y sólo el 34% de ellos había utilizado algún tipo de contraceptivo en aquella ocasión. El 58% de los sexualmente activos tenía múltiples parejas sexuales, el 19% tenía relaciones con parejas ocasionales y el 20'8% de los varones había contratado los servicios de una trabajadora sexual en los últimos 12 meses. El 23'5% del total de entrevistados tenía precedentes de alguna ETS⁽¹²⁾.

Los adolescentes con discapacidades son más propensos a participar en conductas sexuales de riesgo, debido a que tienen menos conocimientos⁽¹⁵⁾. Además, las mujeres discapacitadas que son sexualmente activas, suelen tener más parejas sexuales esporádicas. Hay otro factor que aumenta mucho el riesgo; en ciertas zonas se tiene la creencia de que manteniendo relaciones sexuales con una mujer virgen es posible curarse del VIH, por lo que se aprovechan de las mujeres discapacitadas⁽¹⁹⁾⁽²⁴⁾.

El abuso sexual es uno de los más importantes motivos por los cuales las personas con discapacidad contraen ETS⁽¹⁴⁾.

En ocasiones, el contagio de ETS es debido al desconocimiento de las mismas. En un estudio realizado en 2008, el 68% de las personas entrevistadas (discapacitadas) creían que la anticoncepción oral protegía de las ETS ⁽²⁴⁾.

Las personas con discapacidades son mucho más propensas a recibir abusos sexuales que las no discapacitadas ⁽⁸⁾⁽³⁴⁾⁽¹⁵⁾⁽²⁴⁾. Esto ocurre en parte por la falta de educación sexual ⁽³⁴⁾. En un 40% de los casos el abuso es cometido por algún familiar ⁽¹⁰⁾⁽²⁴⁾.

En un estudio de 2015 donde se entrevistó a mujeres discapacitadas y se les preguntó si habían sufrido abusos sexuales en alguna ocasión, todas dijeron haber tenido experiencias negativas respecto a este tema alguna vez en sus vidas; y estaban de acuerdo en que debían incluirse lecciones sobre protección ante agresiones sexuales en la educación sexual impartida a mujeres con discapacidades ⁽⁵⁾.

El consentimiento para mantener relaciones sexuales está descrito como un proceso complejo y difícil. Las personas discapacitadas identifican el abuso sexual con un amplio rango de conductas no deseadas, por ejemplo, cuando dan su consentimiento para un tipo de actividad sexual pero después hay manipulación e intentos de coaccionar a la persona para conseguir otras actividades ⁽²⁹⁾. Para poder dar su consentimiento, la persona debe entender en qué consiste una relación sexual, el posible riesgo de embarazo y de transmisión de enfermedades, etc. ⁽¹⁶⁾.

Normalmente las personas discapacitadas que sufren algún tipo de abuso no lo notifican ⁽²⁹⁾⁽⁸⁾⁽³⁴⁾. Aproximadamente un 80% de las mujeres discapacitadas han sido víctimas de abusos sexuales alguna vez en su vida, y menos de la mitad de ellas buscaron asistencia legal o de los servicios sanitarios ⁽⁸⁾⁽¹⁵⁾⁽¹⁶⁾. A veces no buscan ayuda por miedo o bien porque no saben qué conducta sexual es adecuada y cuáles no lo son, es decir, por desconocimiento ⁽¹⁶⁾.

Hay que enseñar a estas personas a proteger su privacidad y su cuerpo y a reportar las violaciones y abusos sexuales cuando éstos ocurran ⁽⁸⁾.

El personal sanitario tiene que estar alerta para detectar y reconocer lesiones posiblemente asociadas a los abusos sexuales como por ejemplo cambios en el patrón del sueño, en el patrón intestinal o vesical, del apetito, etc. ⁽⁸⁾⁽¹⁵⁾.

En ocasiones es la persona discapacitada la que comete abusos ⁽²⁴⁾, normalmente hacia otras personas discapacitadas. Los posibles factores que les llevan a hacerlo son haber sido víctima de abusos sexuales en el pasado, no saber cuál es el comportamiento sexual adecuado o dificultad para comprender las normas ⁽¹⁶⁾. Los individuos han de saber qué conductas no son aceptadas socialmente ⁽²⁶⁾.

Con la educación sexual se pretende prevenir estos problemas. Hay que enseñar a la persona a desarrollar una libertad en su sexualidad siempre respetando los compromisos y obligaciones que se tienen con los demás ⁽¹⁴⁾.

Normalmente la discapacidad como tal no afecta a la fertilidad de los individuos ⁽²⁴⁾⁽⁸⁾.

En algunas ocasiones, el tener hijos es visto por las mujeres discapacitadas (consciente o inconscientemente) como una prueba de que son normales y tienen los mismos procesos que todo el mundo ⁽¹⁰⁾.

A la hora de tener hijos, las mujeres discapacitadas necesitan más asistencia que las personas no discapacitadas, además de mucho apoyo familiar ⁽³⁴⁾.

Siempre hay que incluir en los programas de educación para la salud para personas discapacitadas el consejo sobre embarazo ⁽⁸⁾ y, consecuentemente, sobre contracepción ⁽¹⁰⁾⁽²⁷⁾⁽⁹⁾⁽⁸⁾.

Los métodos contraceptivos de barrera no suelen ser la mejor opción para personas discapacitadas, pues son más complicados de utilizar y requieren conocimientos y habilidades para saber colocarlos ⁽¹⁰⁾⁽²⁷⁾⁽¹⁶⁾⁽⁸⁾. La ventaja que presentan los preservativos es la protección frente a ETS ⁽²⁷⁾. Pero también hay que tener en cuenta que con frecuencia se presentan alergias al látex ⁽⁹⁾⁽¹⁵⁾ y hay que saber las alternativas que se pueden ofrecer ⁽⁹⁾.

La píldora anticonceptiva no es tampoco una buena elección, ya que exige un grado de responsabilidad y compromiso que a estas personas les resulta más difícil adquirir ⁽²⁷⁾. Aunque en otro estudio se presenta la creencia de que, con una buena asistencia ⁽¹⁶⁾, las mujeres discapacitadas pueden llegar a saber cómo utilizar la píldora anticonceptiva de manera adecuada para conseguir una buena efectividad ⁽³⁴⁾.

El dispositivo intra-uterino (DIU) presenta la ventaja de que no requiere participación activa del sujeto, por lo que es más complicado que existan descuidos o fallos ⁽²⁷⁾.

El anticonceptivo más usado en mujeres discapacitadas es el acetato de medroxiprogesterona de depósito que se aplica con inyecciones intramusculares, aunque es importante tener en cuenta que produce una pérdida de la densidad mineral ósea ⁽¹⁰⁾⁽¹⁶⁾⁽⁸⁾.

A la hora de proporcionar al paciente información sobre los métodos anticonceptivos hay que tener en cuenta que ciertos medicamentos que puede que el individuo esté utilizando interfieren con algunos de los métodos anticonceptivos ⁽¹⁵⁾⁽¹⁶⁾.

Las mujeres discapacitadas, igual que todas las demás, necesitan realizarse revisiones ginecológicas, las cuales deberán adaptarse a las necesidades de cada mujer ⁽¹⁰⁾.

En ocasiones resulta más complicado realizar estas revisiones, debido a sus dificultades ⁽¹⁰⁾.

A la hora de llevar a cabo la exploración, muchas veces tendrán que hacerse ajustes respecto a la posición, para que la paciente se encuentre cómoda dentro de unos límites ⁽¹⁰⁾⁽¹⁵⁾⁽⁸⁾. Incluso en ocasiones deberá recurrirse a la sedación de la paciente, bien por agitación, bien porque experimente demasiado dolor ⁽¹⁰⁾.

También habrá que facilitar en la medida de lo posible que pueda estar con ella alguien de su confianza ⁽¹⁰⁾⁽¹⁵⁾⁽⁸⁾.

Es importante explicar a la paciente lo que se le va a hacer e incluso enseñarle los instrumentos que se van a utilizar para que se encuentre más segura ⁽¹⁵⁾.

Se debe hacer una historia de la paciente teniendo en cuenta datos importantes como la menarquia, y las características de su menstruación, tales como la duración de la misma, cuánto duran sus ciclos, si hay alguna anormalidad en el flujo, si existe dismenorrea, etc. ⁽¹⁰⁾. En estas revisiones se intentará que la paciente adquiera unos conocimientos relacionados con su higiene personal (centrados en la menstruación) y las capacidades para llevar a cabo estos cuidados de la manera más independiente posible ⁽¹⁰⁾⁽³⁴⁾.

La mayoría de las mujeres discapacitadas no están bien informadas ni preparadas acerca de la menstruación y en ocasiones se asustan ⁽²⁷⁾, pero normalmente aprenden a tener un cuidado de su higiene de forma exitosa ⁽³⁴⁾⁽¹⁶⁾⁽²⁴⁾.

Esta educación estará basada en la mejora de su higiene íntima, enseñando a la paciente a utilizar dispositivos de higiene personal, a lavarse de forma adecuada, etc. También incluirá, en casos donde no sea posible mantener una higiene adecuada, métodos para la supresión de la menstruación, como terapia hormonal y, en último extremo, la esterilización ⁽¹⁰⁾⁽³⁴⁾. Los métodos para la supresión de la menstruación serán también utilizados cuando sea la mujer la que los pida ⁽³⁴⁾⁽¹⁶⁾. Además, se enseñará a la mujer a llevar un control de sus menstruaciones ⁽²⁷⁾.

En ocasiones, y sólo cuando todos los demás métodos han sido descartados, se recurre a la esterilización ⁽²⁴⁾⁽¹⁵⁾⁽¹⁶⁾⁽³⁶⁾.

Siempre se ha considerado candidatas a las personas discapacitadas para la esterilización quirúrgica. Los padres tienen una alta preferencia por dicho método, pues no sólo se soluciona el asunto de la menstruación, sino también los embarazos no deseados ⁽²⁴⁾.

No obstante, no podemos plantearnos la esterilización de la persona discapacitada si no se demuestra que es en su propio beneficio ⁽¹⁴⁾⁽³⁴⁾⁽¹⁸⁾, para lo cual tendrá que intervenir la justicia en aquellos casos donde la persona no sea capaz para decidir por sí misma ⁽³⁶⁾⁽⁸⁾⁽¹⁸⁾⁽²⁷⁾. No obstante, en caso de que el paciente se niegue a someterse a dicha intervención, aunque haya sido autorizado legal y médicamente, no se realizará ⁽³⁶⁾. No puede ser realizada para facilitar la vida de los cuidadores ⁽¹⁴⁾⁽¹⁸⁾. Realizar una esterilización involuntaria a alguien es una grave violación de los derechos humanos ⁽³⁶⁾.

Los motivos por los que padres y cuidadores se plantean la esterilización de sus hijos comprende diversos motivos, por ejemplo, existe la falsa creencia de que esto les protegerá de futuros abusos sexuales ⁽³⁵⁾; también se quiere evitar embarazos no deseados ⁽¹⁸⁾⁽³⁵⁾.

En otros casos, los padres pretenden alejar a sus hijas de un mundo profanado, tratan de impedir mediante la esterilización que ellas puedan tener relaciones sexuales ⁽³⁵⁾.

Existe también el miedo de que una mujer discapacitada pueda dar a luz a un niño que también tenga discapacidad; o bien que no la tenga pero la mujer no pueda hacerse cargo de su cuidado ⁽³⁵⁾.

En algunos países se realizaban esterilizaciones a todos los discapacitados mentales cuando

llegaban a la pubertad ⁽²⁷⁾.

Estados Unidos fue el primer país donde, hacia 1900, se realizó la esterilización con fines eugénicos, forzando a las personas discapacitadas a someterse a dicha intervención con el pretexto de que era lo mejor para proteger a la sociedad. Actualmente las indicaciones para realizar una intervención con el fin de esterilizar a la persona discapacitada son las mismas que para el resto de la población ⁽³⁷⁾.

Encontramos otro ejemplo similar en Alemania, donde, con el régimen nazi se llevó a cabo la esterilización de entre 300.000 y 400.000 personas, bajo la "Ley para la Prevención de la Progenie con Enfermedades Hereditarias", aprobada en 1933. Esta ley fue derogada más tarde, en 1946 ⁽³⁷⁾.

Justificación

La elección de este tema y modalidad para el Trabajo de Fin de Grado de Enfermería se ha basado principalmente en los problemas que presentan las personas con discapacidad intelectual a la hora de recibir una educación sexual suficiente y adecuada a sus necesidades. Se ha querido hacer un recorrido por varios ámbitos que están incluidos dentro de la educación sexual y analizar en qué punto se encuentra cada uno.

Durante muchos años las personas discapacitadas han sido discriminadas y relegadas a un segundo plano en nuestra sociedad; pero con el paso del tiempo se ha ido produciendo una inclusión paulatina de estas personas. Aunque todavía queda mucho camino por recorrer, se ha reconocido que su necesidad de educación sexual es igual a la de todas las demás personas aunque adaptada a sus capacidades y a sus necesidades personales.

En este ámbito el papel de los profesionales de enfermería puede llegar a ser muy importante, ofreciendo información veraz, contrastada y adaptada a las personas con discapacidad; desde la educación individual hasta el desarrollo de proyectos educativos en grupos más numerosos.

Protocolo de revisión sistemática

Objetivos

Los objetivos en los que se ha centrado la revisión sistemática son los siguientes:

- Analizar el grado de conocimiento acerca de la sexualidad que posee en general la gente con discapacidades, centrándose sobre todo en la discapacidad intelectual.
- Observar las carencias respecto a esa educación en sexualidad y salud sexual en dichos individuos.
- Determinar los puntos que sería necesario reforzar en la educación sexual que se imparte a estas personas para que desarrollen su sexualidad de la forma más natural y segura posible.

Pregunta de revisión

Pacientes: Personas con discapacidades, especialmente discapacidad intelectual.

Intervención: Enseñanza a las personas con discapacidad intelectual acerca de educación de la salud sexual, sexualidad y todo lo que ello implica (anticoncepción, protección frente a las ETS, etc.).

Comparación: Se comparará la intervención con el hecho de la no intervención. Es decir, se comparará que beneficios existen realizando la intervención y cuáles, si los hay, al no realizarla.

Resultados (Outcomes): Los resultados que se pretenden medir para establecer o no la eficacia de la intervención son los siguientes:

- Incidencia de contagio de Enfermedades de Transmisión Sexual en personas con discapacidad intelectual que han recibido educación sexual frente a las que no la han recibido.
- Incidencia de embarazos no planificados en personas con discapacidad intelectual que han recibido educación sexual frente a las que no la han recibido.
- Capacidad para elegir un método anticonceptivo fiable y adecuado para ellos en las personas con discapacidad intelectual que han recibido educación sexual frente a las que no la han recibido.

- Incidencia de abusos sexuales en personas con discapacidad intelectual que han recibido educación sexual frente a las que no la han recibido.
- Capacidad para el manejo autónomo de la higiene íntima en mujeres con discapacidad intelectual que han recibido educación sexual frente a las que no la han recibido.

Criterios de inclusión de estudios

Los artículos escogidos son de los años 2000 hasta 2016.

Además, se han escogido artículos que tuvieran como participantes o sujetos de estudio a personas con discapacidad, la mayoría intelectual. También se han recopilado datos sobre estudios donde los participantes no fuesen personas discapacitadas pero si se tratara acerca de ellas, por ejemplo para ver qué visiones se tienen sobre las mismas; o bien de familiares o cuidadores dando su opinión y sus puntos de vista.

Se han buscado artículos donde el tema principal fuese la sexualidad en este tipo de personas, sobre todo enfocándolo hacia la salud de la misma (embarazos, transmisión de ETS...).

Otro de los requisitos importantes era el idioma; se han utilizado artículos en inglés, español, francés y portugués.

Los criterios de exclusión para los artículos incluyen:

- Fechas anteriores al año 2000.
- Estudio que no se centra en la discapacidad intelectual (con alguna excepción).
- El que no se abordase el tema de la sexualidad ni de la salud sexual.
- Estudios con resultados ambiguos o que no tuvieran una conclusión definida.
- Artículos que no estuvieran en ninguno de los idiomas referidos anteriormente.

Para la selección de estudios se ha utilizado el "Programa de lectura crítica CASPe. Leyendo críticamente la evidencia clínica" ⁽³⁸⁾; donde se plantean 10 preguntas como apoyo para decidir si se va a utilizar o no un artículo determinado (ver anexo II).

Metodología

Estrategia de búsqueda

Los artículos han sido buscados principalmente en las bases de datos Medline, PubMed y SciELO.

Se ha llevado a cabo una búsqueda con diferentes palabras clave (birth-control, contraception, disabled persons, disability, sexuality, sexual behaviour, anticoncepción, discapacidad, sexualidad, educación sexual) y términos cruzados (disabled AND sexuality, disabled AND contraception, disabled AND marriage).

Los idiomas buscados para los artículos han sido el inglés y el español, utilizando también algunos en francés y portugués.

La búsqueda de artículos se ha realizado durante los meses de diciembre (de 2016) y febrero (de 2017); y la revisión se ha efectuado desde enero de 2017 hasta marzo del mismo año.

Se han excluido todos los artículos que fueran anteriores a unas fechas determinadas, que no pertenecieran al tema que se quería tratar, etc. (ver criterios de inclusión y exclusión de estudios).

Selección de estudios

La selección de los estudios se ha realizado mediante una lectura de los mismos para excluir los que no eran válidos para la revisión sistemática e incluir los que parecían serlo para la posterior evaluación crítica mediante métodos más exhaustivos y trabajosos.

Evaluación crítica

La evaluación crítica se ha realizado mediante una lectura más profunda de cada artículo seleccionado durante la anterior etapa.

Se han revisado a conciencia cada uno de los artículos para descartar los que, por cuestiones de fecha, idioma o cualquier otra circunstancia, no eran válidos y, posteriormente, se ha utilizado el "Programa de lectura crítica CASPe. Leyendo críticamente la evidencia clínica" ⁽³⁸⁾ para determinar de forma precisa si el artículo elegido es finalmente válido para llevar a cabo la revisión o no.

Extracción de datos

La extracción de datos se ha ido haciendo paralelamente a la evaluación crítica.

Conforme se iban analizando los artículos para determinar si eran o no válidos, se han ido

extrayendo los datos más relevantes para la revisión, analizando cuáles eran los datos más frecuentes así como anotándolos a la vez que se filtraban por diferente temática, para después, a la hora de llevar a cabo su síntesis, fuera más sencilla la misma al estar los datos agrupados.

Síntesis de resultados

La síntesis se ha llevado a cabo a partir de los datos extraídos en la fase anterior.

Los datos habían sido agrupados en función de su relevancia para el estudio y también por bloques temáticos.

Una vez analizados todos los datos anteriormente extraídos, se ha ido comparando unos con otros y viendo las diferencias y similitudes de los diferentes estudios seleccionados.

Se ha procedido a realizar su resumen detallado y a sacar las conclusiones de los resultados obtenidos.

Limitaciones

Las limitaciones encontradas para la realización de la revisión sistemática han sido varias, empezando por la escasez de tiempo, ya que al ser un tiempo limitado, hay que apurarse en conseguir los estudios más fiables y útiles para llevar a cabo una revisión lo más profesional posible en ese lapso predeterminado.

Otra de las limitaciones a las que ha habido que hacer frente es a la escasa práctica en términos de investigación. La recopilación de datos ha sido un trabajo duro y sacrificado, de igual manera que encontrar y saber distinguir los estudios válidos de los que no lo son.

También la falta de conocimientos acerca del tema escogido ha sido un obstáculo para la realización del trabajo.

Cronograma

Diciembre 2016 hasta Febrero de 2017: búsqueda de estudios en las diferentes bases de datos referidas anteriormente en la metodología.

Enero – Febrero de 2017: lectura de los artículos para realizar la selección de estudios, necesaria para la posterior evaluación crítica de los mismos.

Enero – Marzo de 2017: evaluación crítica de los estudios filtrados en la fase anterior (selección de estudios).

Febrero – Marzo de 2017: extracción de datos de los artículos que se iban filtrando anteriormente para comenzar la síntesis de los resultados.

Marzo de 2017: síntesis de resultados y revisión sistemática de los mismos. Se realiza el estado de la cuestión. Conclusión de los artículos analizados.

Marzo – Abril de 2017: revisión del trabajo.

Bibliografía

1. Andrés-Valencia, L. Breve historia de las personas con discapacidad: De la opresión a la lucha por sus derechos. 2014.
2. Asociación Americana de Psiquiatría. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5. 5ª ed. Arlington: American Psychiatric Association; 2014.
3. Navas P, Verdugo MA, Gómez LE. Diagnóstico y clasificación en discapacidad intelectual. *Psychosocial Intervention*. 2008; 17(2).
4. González-García R, Oliva-López Y, Dueña-Bravo FC, Medina-Marrero EJ. La discapacidad intelectual en Minas de Matahambre, una caracterización clínico-epidemiológica. *Rev Ciencias Médicas*. 2014; 18(2).
5. Yueh-Ching C, Zxy-Yann JL, Cheng-Yun P. Attitudes toward male and female sexuality among men and women with intellectual disabilities. *Women & Health*. 2015; 55: 663-678.
6. Arias B, Ovejero A, Morentin R. Love and emotional well-being in people with intellectual disabilities. *Span J Psychol*. 2009; 12(1): 204-216.
7. Jahoda A, Pownall J. Sexual understanding, sources of information and social networks; the reports of young people with intellectual disabilities and their non-disabled peers. *J Intellect Disabil Res*. 2014; 58(5): 430-441.
8. Murphy NA, Elias ER. Sexuality of children and adolescents with developmental disabilities. *Newsl Am Acad Pediatr*. 2006; 118(1): 398-403.
9. Neufeld JA, Klingbeil F, Bryen DN, Silverman B, Thomas A. Adolescent sexuality and disability. *Phys Med Rehabil Clin N Am*. 2002; 13: 857-873.
10. Greydanus DE, Omar HA. Sexuality issues and gynecologic care of adolescents with developmental disabilities. *Pediatr Clin N AM*. 2008; 55: 1315-1335.
11. Esmail s, Darry K, Walter A, Knupp H. Attitudes and perceptions towards disability and sexuality. *Disabil Rehabil*. 2010; 32(14): 1148-1155.
12. Kassa TA, Luck T, Kinde S, Riedel-Heller S. Sexuality and sexual reproductive health of disabled young people in Ethiopia. *Sex Transm Dis*. 2014; 41(10): 583-588.
13. Tice CJ, Harnek-Hall DM. Sexuality education and adolescents with developmental disabilities: assessment, policy and advocacy. 2008; 7(1): 47-62.
14. Abel F, Casas-Rodríguez L, García-Dávila L, Lage-López F, Molina-Sánchez C, Plumed-Moreno CA, Ramos-Rivera P, Terán-Prieto A. Personas con discapacidad intelectual, manual de educación afectivo-sexual. 2ª ed. Madrid: Fundación Juan Ciudad; 2007.

15. Murphy N, Young PC. Sexuality in children and adolescents with disabilities. *Dev Med Child Neurol*. 2005; 47: 640-644.
16. Eastgate G. Sexual health for people with intellectual disability. *Salud Publica Mex*. 2008; 50(2): 255-259.
17. Caricote-Agreda E. La sexualidad en la discapacidad intelectual. *Educere*. 2012; 16(55): 395-402.
18. Baxter P. Disability and sexuality. *Dev Med Child Neurol*. 2008; 50: 563.
19. Groce NE. HIV/AIDS and people with disability. *Lancet HIV*. 2003; 361: 1401-1402.
20. García-Arrigoni P, Nastri M. Sexualidad en adolescentes con discapacidades motoras. *Arch Argent Pediatr*. 2011; 109(5): 447-452.
21. Greydanus DE, Rimsza ME, Newhouse PA. Adolescent sexuality and disability. *Adolesc Med State Art Rev*. 2002; 13(2): 223-247.
22. Rotta-Soares AH, Nunes-Moreira MC, Costa-Monteiro LM. Jovens portadores de deficiência: sexualidade e estigma. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2008; 13(1): 185-194.
23. Anderson P, Kitchin R. Disability, space and sexuality: Access to family planning services. *Soc Sci Med*. 2000; 51: 1163-1173.
24. Conod L, Servais L. Sexual life in subjects with intellectual disability. *Salud Publica Mex*. 2008; 50 (2): 230-238.
25. Hasson-Ohayon I, Hertz I, Vilchinsky N, Kravetz S. Attitudes toward the sexuality of persons with physical versus psychiatric disabilities. *Rehabil Psychol*. 2014; 59(2): 236-241.
26. Katz G, Lazcano-Ponce E. Sexuality in subjects with intellectual disability: an educational intervention proposal for parents and counselors in developing countries. *Salud Publica Mex*. 2008; 50(2): 239-254.
27. Insa-Ballester E. El desarrollo de la sexualidad en la deficiencia mental. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*. 2005; 19(3): 327-343.
28. Quilliam S. A low IQ couple wanting children. *Trade Journals*. 2001: 359.
29. Eastgate G, Scheermeyer E, Van-Driel M, Lennox N. Intellectual disability, sexuality and sexual abuse prevention: a study of family members and support workers. *Aust Fam Physician*. 2012; 41(3): 135-139.
30. Black K. Disability and sexuality, holistic care for adolescents. *Paediatr Nurs*. 2005; 17(5): 34-37.
31. Cooper E. Disability, sexuality and access to services. *J Fam Plann Reprod Health Care*. 2003; 29(3): 123.
32. Thompson D. "Disabled people aren't interested in sex...". *J Fam Plann Reprod Health Care*. 2003; 29(3): 125-126.

33. Mall S, Swartz L. Sexuality, disability and human rights: strengthening healthcare for disabled people. SAMJ. 2012; 102(10): 792-793.
34. Eastgate G. Sex, consent and intellectual disability. Aust Fam Physician. 2005; 34(3): 163-166.
35. Dupras A. La stérilisation de la personne handicapée mentale comme processus de sacralisation. Gynécol Obstét Fertil. 2001; 29: 908-912.
36. Biesaat M. Sterilization of mentally retarded individuals informed consent in guidelines in the Netherlands. Med Law. 2001; 20: 507-514.
37. Roy A, Roy A, Roy M. The human rights of women with intellectual disability. J R Soc Med. 2012; 105: 384-389.
38. Cabello, J.B. por CASPe. Plantilla para ayudarte a entender una Revisión Sistemática. En: CASPe. Guías CASPe de Lectura Crítica de la Literatura Médica. Alicante: CASPe; 2005. Cuaderno I. p.13-17.

Anexos

Anexo I. Tablas de los artículos

Love and emotional well-being in people with intellectual disabilities ⁽⁶⁾ .	Año/Autores: Arias B, Ovejero A, Morentín R. Love and emotional well-being in people with intellectual disabilities. Span J Psychol. 2009; 12(1): 204-216.
	Objetivos del estudio: analizar un modelo teórico del amor en personas con discapacidad intelectual y analizar su percepción del amor y de las relaciones amorosas.
	Participantes/Sujetos de estudio: 376 personas entre 18 y 71 años con discapacidad intelectual, de diferentes centros de Castilla y León (Burgos, Palencia, Salamanca y Valladolid).
	Método/Instrumentos de evaluación: Construyeron una escala específica ya que no existía ninguna: <i>Escala específica para evaluar el amor en personas con discapacidades intelectuales</i> . Los datos se analizaron con análisis descriptivo, análisis comparativo y análisis reduccional.
	Elementos evaluados: - Evaluación global del amor. - Bienestar emocional. - Satisfacción (general, amorosa y sexual). - Rol e importancia de la familia Resultados/Conclusiones: - La percepción del amor y de las relaciones fue muy positiva. - No se encontraron diferencias entre los participantes que tenían pareja y los que no. - La menor interferencia de la familia (en la relación amorosa) está asociada a mayor bienestar emocional.

Intellectual disability, sexuality and sexual abuse prevention: A study of family members and support workers ⁽²⁹⁾ .	Año/Autores: Eastgate G, Scheermeyer E, Van-Driel M, Lennox N. Intellectual disability, sexuality and sexual abuse prevention: a study of family members and support workers. Aust Fam Physician. 2012; 41(3): 135-139.
	Objetivos del estudio: Analizar el apoyo de los cuidadores de personas con discapacidad intelectual (DI) en temas de sexualidad, relaciones y prevención de los abusos.
	Participantes/Sujetos de estudio: 28 familiares y cuidadores formales de personas con discapacidad intelectual.
	Método/Instrumentos de evaluación: Entrevistas semiestructuradas y grupos guiados. Todo ello fue grabado y posteriormente transcrito.
	Elementos evaluados: - Visiones sobre la sexualidad. - Relaciones en personas con discapacidad. - La industria del sexo. - Explotación y abuso sexual. - Conocimientos y educación sobre sexualidad. - Apoyo de las relaciones sexuales. - Problemas de salud sexual. - Paternidad.
	Resultados/Conclusiones: Se apoyan las necesidades y derechos sexuales de los DI. Las personas con DI suelen sufrir la soledad, tienen muy pocas oportunidades de establecer relaciones sociales. La vulnerabilidad a la explotación se ve aumentada con las tecnologías. Hay una gran preocupación de que el DI tenga un hijo al que no pueda criar. Los familiares son más restrictivos que los cuidadores formales.

Attitudes toward male and female sexuality among men and women with intellectual disabilities ⁽⁵⁾ .	Año/Autores: Yueh-Ching C, Zxy-Yann JL, Cheng-Yun P. Attitudes toward male and female sexuality among men and women with intellectual disabilities. Women & Health. 2015; 55: 663-678.
	Objetivos del estudio: Explorar las actitudes hacia la sexualidad de hombres y mujeres discapacitados y ver las diferencias respecto a la misma entre ambos sexos.
	Participantes/Sujetos de estudio: Personas con discapacidad (56 hombres, 44 mujeres).
	Método/Instrumentos de evaluación: Una investigación con métodos mixtos: una entrevista para identificar las actitudes de los participantes; después se harán grupos guiados para interpretar dichos resultados.
	Elementos evaluados: - Características de los participantes (edad...). - Diferencia entre las actitudes de los participantes masculinos y femeninos.
	Resultados/Conclusiones: Las personas con discapacidad tienen escasas oportunidades de desarrollar su vida sexual. Además, las mujeres son más propensas a pensar que no serán madres y que no encontrarán pareja que los hombres.

Sexuality and sexual reproductive health of disabled Young people in Ethiopia (12).	Año/Autores: Kassa TA, Luck T, Kinde S, Riedel-Heller S. Sexuality and sexual reproductive health of disabled young people in Ethiopia. Sex Transm Dis. 2014; 41(10): 583-588.
	Objetivos del estudio: Explorar y entender el estado de la salud sexual y reproductiva y sus factores asociados de jóvenes con discapacidad.
	Participantes/Sujetos de estudio: 426 jóvenes con discapacidad de Etiopía.
	Método/Instrumentos de evaluación: Entrevista transversal realizada a los participantes. Los datos se recogieron por unos entrevistadores usando un cuestionario pre-testado y se analizaron con un Software de análisis predictivo.
	Elementos evaluados: - Edad, motivo y uso de método contraceptivo en primera relación sexual. - Nº de parejas sexuales en el último año. - Antecedentes de ETS. - Antecedentes de gestación (deseada y no deseada). - Número y motivo de abortos.
	Resultados/Conclusiones: La mayoría tuvo su primera relación entre los 15 y 19 años y fue un encuentro no planeado, sólo el 34'8% usó algún contraceptivo. El 55'6% de mujeres ha tenido al menos una gestación; el 70% eran no planeadas. El 55% de las mujeres que han estado embarazadas han tenido un aborto y el 68'2% de los mismos fue inducido.

The human rights of women with intellectual disability ⁽³⁷⁾ .	Año/Autores: Roy A, Roy A, Roy M. The human rights of women with intellectual disability. J R Soc Med. 2012; 105: 384-389.
	Objetivos del estudio: Determinar las posturas ante la esterilización en diferentes países.
	Participantes/Sujetos de estudio: Mujeres con discapacidad intelectual.
	Método/Instrumentos de evaluación: Revisión sistemática de varios artículos y documentos. Se realizó una búsqueda literaria en Medline y Google con diferentes términos (learning disability, intellectual disability, sterilization, hysterectomy, contraception...) y cada artículo fue leído por dos personas y posteriormente puesto en común.
	Elementos evaluados: La legislación acerca de la esterilización de personas con discapacidades intelectuales en diferentes países: Reino Unido, EEUU, Canadá, Australia, Alemania, Bélgica, Escandinavia, Japón, China, Sudáfrica, India, Taiwán.
	Resultados/Conclusiones: Aunque la esterilización en personas con discapacidad no es muy utilizada, algunos países sí que la siguen aplicando (no sólo en países en desarrollo). El tema de la higiene menstrual se puede abordar sin necesidad de operaciones. Muchos países regulan este tipo de prácticas por medio de los estatutos que cumplen con la Declaración Universal de los Derechos Humanos.

El desarrollo de la sexualidad en la deficiencia mental ⁽²⁷⁾ .	Año/Autores: Insa-Ballester E. El desarrollo de la sexualidad en la deficiencia mental. Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado. 2005; 19(3): 327-343.
	Objetivos del estudio: Determinar el grado de conocimientos acerca de la salud sexual que poseen los individuos con discapacidad intelectual y en qué medida resuelven sus necesidades afectivo-sexuales.
	Participantes/Sujetos de estudio: Individuos con deficiencias mentales.
	Método/Instrumentos de evaluación: La autora ha realizado la revisión sistemática de diferentes artículos y documentos, utilizando diferentes términos para su búsqueda: sexualidad, deficiencia mental, educación afectiva y educación sexual.
	Elementos evaluados: Se habla de los mitos acerca de la sexualidad de las personas discapacitadas, del desarrollo de su sexualidad y maduración sexual, diferencias respecto a las personas sin discapacidad y diferencias entre los diferentes grados de discapacidad de los individuos. También se abordan temas como el control de natalidad, etc.
	Resultados/Conclusiones: Existen muchos mitos acerca de estas personas, el más extendido es que son asexuales. Normalmente las personas con discapacidad intelectual tienen su maduración sexual más tarde que las personas sin discapacidad. Es muy importante instruir a las personas discapacitadas en temas de salud sexual.

Sexuality issues and gynecologic care of adolescents with developmental disabilities ⁽¹⁰⁾ .	Año/Autores: Greydanus DE, Omar HA. Sexuality issues and gynecologic care of adolescents with developmental disabilities. <i>Pediatr Clin N AM</i> . 2008; 55: 1315-1335.
	Objetivos del estudio: Se quiere analizar la educación sobre salud sexual que reciben los adolescentes con discapacidad, así como los cuidados ginecológicos ofrecidos a las mujeres discapacitadas.
	Participantes/Sujetos de estudio: Personas con discapacidades del desarrollo.
	Método/Instrumentos de evaluación: Se ha realizado la revisión sistemática de diferentes artículos y documentos, utilizando diferentes términos para su búsqueda (developmental disabilities, sexuality, gynecology, sexuality education) y, posteriormente, se ha realizado el documento final con las conclusiones extraídas.
	Elementos evaluados: El artículo aborda el tema de los problemas que se les plantean a los padres de personas con discapacidades, del abuso sexual, educación sexual, los cuidados ginecológicos a mujeres con discapacidades, y la contracepción.
	Resultados/Conclusiones: El abuso sexual es, desafortunadamente, una situación que se da para las personas con discapacidades, hay que enseñarles a poder evitarlo. Es también muy necesario proporcionar una educación sexual a las personas con discapacidades, pues hay mucha falta de información al respecto y, por ese motivo, se producen ciertas situaciones que pueden poner en riesgo a la persona. Respecto a los cuidados ginecológicos es importante que siempre se explique a la persona lo que se le va a realizar, permitir que haya alguien de su confianza en el momento de la revisión y buscar la postura más adecuada para que la paciente esté cómoda.

Sexual understanding, sources of information and social networks; the reports of young people with intellectual disabilities and their non-disabled peers ⁽⁷⁾ .	Año/Autores: Jahoda A, Pownall J. Sexual understanding, sources of information and social networks; the reports of young people with intellectual disabilities and their non-disabled peers. J Intellect Disabil Res. 2014; 58(5): 430-441.
	Objetivos del estudio: Comparar los conocimientos sobre sexualidad entre personas discapacitadas y no discapacitadas, de dónde obtienen dicha información y valorar sus círculos sociales.
	Participantes/Sujetos de estudio: 60 participantes en total, adolescentes (entre 16 y 21 años). 30 con discapacidad intelectual media y 30 sin discapacidad.
	Método/Instrumentos de evaluación: 1. Conocimientos sexuales: se valora con la Escala de Conocimientos Sexuales, Experiencia y Necesidades y con la de Evaluación de Conocimientos Sexuales. 2. Fuentes de información percibidas: mediante un cuestionario semi-estructurado. 3. Círculos sociales: se evalúa con la "Adolescent Version of the Convoy Mapping Procedure".
	Elementos evaluados: - Conocimientos sobre sexualidad y entendimiento de la misma. - Fuentes de información percibidas. - Círculos sociales.
	Resultados/Conclusiones: Dentro del grupo de no discapacitados, las mujeres tienen más conocimientos que los hombres, al contrario de lo que pasa en el de discapacitados. Ambos grupos tienen inquietudes diferentes. Los no discapacitados utilizan más fuentes de información, tienen más relaciones sociales y más afecto por sus amigos, los discapacitados tienen el mismo nivel de afecto a familiares y amigos y tienen menos apoyo.

Sexuality of children and adolescents with developmental disabilities ⁽⁸⁾ .	Año/Autores: Murphy NA, Elias ER. Sexuality of children and adolescents with developmental disabilities. Newsl Am Acad Pediatr. 2006; 118(1): 398-403.
	Objetivos del estudio: Se habla de problemas de la pubertad, contracepción, desarrollo psicosexual, abuso sexual y educación sexual específicamente en niños y adolescentes con discapacidades y sus familias.
	Participantes/Sujetos de estudio: Niños y adolescentes con discapacidades del desarrollo.
	Método/Instrumentos de evaluación: Revisión sistemática de varios artículos y documentos, utilizando diferentes palabras clave (sexuality, developmental disabilities, precocious puberty, sexual abuse) y posterior conclusión de la lectura.
	Elementos evaluados: -Pubertad y consideraciones psicosociales. -Problemas del abuso sexual. -Educación sexual. -El rol de los pediatras.
	Resultados/Conclusiones: Es muy importante proporcionar educación sobre sexualidad y sobre salud sexual a todos los niños y adolescentes, independientemente de sus capacidades, pues todos tienen las mismas necesidades.

Attitudes toward the sexuality of persons with physical versus psychiatric disabilities ⁽²⁵⁾ .	Año/Autores: Hasson-Ohayon I, Hertz I, Vilchinsky N, Kravetz S. Attitudes toward the sexuality of persons with physical versus psychiatric disabilities. Rehabil Psychol. 2014; 59(2): 236-241.
	Objetivos del estudio: Estudiar las actitudes hacia las relaciones de personas con discapacidad física y discapacidad mental.
	Participantes/Sujetos de estudio: 193 estudiantes universitarios.
	Método/Instrumentos de evaluación: Se les da una proporción una viñeta aleatoria donde hay diferentes posibilidades (relación sexual o no de una persona sin discapacidad, con discapacidad física o con discapacidad mental).
	Elementos evaluados: - Edad de los participantes. - Género. - Educación. - Creencias. - Parentesco con alguien discapacitado.
	Resultados/Conclusiones: Hubo más actitudes negativas hacia las relaciones donde un individuo tiene una discapacidad mental que una discapacidad física.

Sex, consent and intellectual disability ⁽³⁴⁾ .	Año/Autores: Eastgate G. Sex, consent and intellectual disability. Aust Fam Physician. 2005; 34(3): 163-166.
	Objetivos del estudio: Tratar asuntos clave relacionados con la sexualidad y la discapacidad intelectual.
	Participantes/Sujetos de estudio: Personas con discapacidades intelectuales.
	Método/Instrumentos de evaluación: Se tratan casos clínicos prácticos mediante diferentes viñetas que muestran diferentes asuntos acerca de la sexualidad y la discapacidad intelectual.
	Elementos evaluados: - Manejo de la menstruación. - Abuso sexual. - Contracepción. - Consentimiento para tratamiento médico.
	Resultados/Conclusiones: Todas las mujeres necesitan apoyo para saber evitar el abuso sexual, necesitan ayuda para escoger métodos contraceptivos, las mujeres discapacitadas deben ser incentivadas a ser lo más autónomas posible en el cuidado de su higiene íntima. Y toda la información que les es ofrecida debe estar adecuada a sus capacidades.

Jovens portadores de deficiência: sexualidade e estigma ⁽²²⁾ .	Año/Autores: Rotta-Soares AH, Nunes-Moreira MC, Costa-Monteiro LM. Jovens portadores de deficiência: sexualidade e estigma. Ciência & Saúde Coletiva. 2008; 13(1): 185-194.
	Objetivos del estudio: Se pretende ampliar la discusión sobre discapacidad y sexualidad, centrándose en las expectativas, deseos, creencias y experiencias de jóvenes con discapacidad.
	Participantes/Sujetos de estudio: Personas discapacitadas.
	Método/Instrumentos de evaluación: Se analiza la calidad de vida de jóvenes discapacitados en dos sitios de referencia: Brasil y Estados Unidos.
	Elementos evaluados: - Sexualidad y cuidado. - Sexualidad, imagen corporal y características desacreditativas. - Sexualidad en personas con necesidades especiales desde la perspectiva de la violencia. - Sexualidad y cuestiones sobre información médica.
	Resultados/Conclusiones: A veces los jóvenes discapacitados llevan dispositivos que les pueden resultar incómodos a la hora de mantener relaciones, hay que enseñarles a manejarse con ellos. También tienen muchas inseguridades referidas a su imagen corporal. Hay que enseñar a los jóvenes con discapacidades a que aprendan a evitar las situaciones violentas y de abuso.

Anexo II. Hojas de criterios de selección de estudios

Apartado A: ¿Los resultados de la revisión son válidos?

Preguntas "de eliminación".

1. ¿Se hizo la revisión sobre un tema claramente definido? (Opciones: Si, No, No sé).

PISTA: Un tema debe ser definido en términos de:

- a. La población de estudio.
- b. La intervención realizada.
- c. Los resultados ("outcomes") considerados.

2. ¿Buscaron los autores el tipo de artículos adecuado? (Opciones: Si, No, No sé).

PISTA: El mejor "Tipo de estudio" es el que:

- a. Se dirige a la pregunta objeto de la revisión.
- b. Tiene un diseño apropiado para la pregunta.

Preguntas detalladas.

3. ¿Crees que estaban incluidos los estudios importantes y pertinentes? (Opciones: Si, No, No sé). PISTA: Busca:

- a. Qué bases de datos bibliográficas se han usado.
- b. Seguimiento de las referencias.
- c. Contacto personal con expertos.
- d. Búsqueda de estudios no publicados.
- e. Búsqueda de estudios en idiomas distintos del inglés.

4. ¿Crees que los autores de la revisión han hecho suficiente esfuerzo para valorar la calidad de los estudios incluidos? (Opciones: Si, No, No sé). PISTA: Los autores necesitan considerar el rigor de los estudios que han identificado. La falta de rigor puede afectar al resultado de los estudios.

5. Si los resultados de los diferentes estudios han sido mezclados para obtener un resultado "combinado", ¿era razonable hacer eso? (Opciones: Si, No, No sé). PISTA: Considera si:

- a. Los resultados de los estudios eran similares entre sí.
- b. Los resultados de todos los estudios incluidos están claramente presentados.
- c. Están discutidos los motivos de cualquier variación de los resultados.

Apartado B: ¿Cuáles son los resultados?

6. ¿Cuál es el resultado global de la revisión? PISTA: Considera:

- a. Si tienes claros los resultados últimos de la revisión.
- b. ¿Cuáles son? (Numéricamente, si es apropiado).

- c. ¿Cómo están expresados los resultados? (NNT, odds ratio, etc.).
7. ¿Cuál es la precisión del/los resultado/s? PISTA: Busca los intervalos de confianza de los estimadores.

Apartado C: ¿Son los resultados aplicables en tu medio?

8. ¿Se pueden aplicar los resultados en tu medio? (Opciones: Si, No, No sé). PISTA: Considera si:
- a. Los pacientes cubiertos por la revisión pueden ser suficientemente diferentes de los de tu área.
 - b. Tu medio parece ser muy diferente al del estudio.
9. ¿Se han considerado todos los resultados importantes para tomar la decisión? (Opciones: Si, No, No sé).
10. ¿Los beneficios merecen la pena frente a los perjuicios y costes? (Opciones: Si, No). Aunque no esté planteado explícitamente en la revisión, ¿qué opinas?

Copiado de: Cabello, J.B. por CASPe. Plantilla para ayudarte a entender una Revisión Sistemática. En: CASPe. Guías CASPe de Lectura Crítica de la Literatura Médica. Alicante: CASPe; 2005. Cuaderno I. p.13-17 ⁽³⁸⁾.

