

La sexualidad de los jóvenes con diversidad funcional intelectual: derechos y realidades

Las personas con diversidad funcional intelectual (PDFI) tienen derecho a tener la vida sexual y afectiva que deseen, a la integridad y propiedad de su cuerpo, y a recibir educación afectiva y sexual. El objetivo de este estudio ha sido reflexionar acerca del grado en que estos derechos se están cumpliendo en nuestro contexto. Para ello se ha realizado una serie de estudios en personas con edades y necesidades de apoyo diferentes. En total han participado 330 PDFI de entre 13 y 40 años y 444 personas sin diversidad (215 padres/madres, 129 profesionales y 100 personas de la población general). En las PDFI se ha obtenido información acerca de su comportamiento sexual, satisfacción sexual, calidad de vida, capacidad para detectar el riesgo de abuso sexual, prevalencia de abuso sexual y educación sexual. Muchos de estos aspectos también han sido preguntados a sus tutores y educadores evaluándose también en ellos y en la población general sus actitudes hacia la sexualidad de las PDFI. Los resultados muestran diferencias importantes entre los participantes según el grado de autonomía y autorregulación pero destaca su interés por la sexualidad en todos los grupos asociándose la satisfacción sexual a una mejor calidad de vida. El derecho a la integridad se ve cuestionado dada la elevada prevalencia del abuso hallada y por lo que respecta a la educación, en los más jóvenes los padres van tomando la iniciativa invirtiendo el patrón conservador propio de generaciones anteriores.

Palabras clave: sexualidad, diversidad funcional intelectual, actitudes, educación afectivo-sexual, abuso sexual.

1. Introducción

En los últimos años se ha producido un importante progreso tanto a nivel político como social en relación con la inclusión de las personas con diversidad funcional, si bien dicho progreso no se ha producido de forma homogénea en los distintos ámbitos del desarrollo. Así, el desarrollo afectivo-sexual de las personas con diversidad funcional intelectual (en adelante PDFI) sigue generando en la sociedad actitudes encontradas.

Las actitudes favorables a la normalización de la sexualidad en este colectivo ciertamente van en aumento, sobre todo entre la población más joven. Sin embargo se trata de un camino largo en el que siguen quedando muchos obstáculos a superar. No son pocos quienes todavía abogan por la represión de “los impulsos” fundamentando sus actitudes sobre ideas preconcebidas y no probadas -comúnmente conocidas como mitos- según las cuales las PDFI son incapaces de aprender a diferenciar entre lo público y lo privado, esto es, entre los comportamientos que, según nuestras normas sociales, pueden exteriorizarse sin problema y los que, por el contrario, pertenecen al ámbito de lo privado y por tanto, no deben realizarse en público tales como la masturbación. También piensan que las PDFI no solo muestran dificultades para identificar dichos comportamientos sino que tampoco son capaces

de aprender a inhibirlos, por todo lo cual consideran que es preferible no hablarles sobre sexualidad en la creencia de que, no mencionando el tema, se evita el problema pues por sí mismos no pensarían en la sexualidad si no les hablara alguien sobre ello. De este modo, y sin ser conscientes de la incoherencia, pueden apoyarse en mitos opuestos: el de la pulsión incontrolable, por un lado, junto al de la supuesta asexualidad por otro. Esta visión distorsionada dificulta un correcto abordaje a nivel educativo (Monjaime, 2016; Pask, Hughes, y Sutton, 2016; Pecora, Mesimov y Stokes, 2016). Cuando estas actitudes caracterizan a los padres y/o los profesionales que trabajan con ellos el resultado es la privación de sus derechos sexuales, educando bajo un paternalismo sobreprotector e infantilizante.

Pero las PDFI son poseedoras de unos derechos que se encuentran recogidos en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (ONU, 2006), Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de Naciones Unidas (2014) y en la Declaración Universal de los Derechos Sexuales aprobada por la Asamblea General de la Asociación Mundial de Sexología (1999). Los principales derechos que se recogen en estos documentos son, en primer lugar, el derecho a *tener la vida sexual y afectiva que deseen y sea posible*, según sus características personales, con la ayuda de la familia o tutores legales y los profesionales pertinentes. En segundo lugar, el derecho a la *integridad y propiedad de su cuerpo*, de forma que no sean instrumentalizados ni abusados sexualmente por nadie. Y, por último, el derecho a *recibir educación afectiva y sexual* en la familia y formación en los centros, colaborando familias y centros para que, por un lado, puedan aprender a defenderse de posibles abusos y a pedir ayuda cuando la necesiten y, por otro, puedan conocer su cuerpo, sus emociones, sentimientos y afectos, aprendiendo a relacionarse con los demás de forma adecuada.

Desgraciadamente ser beneficiario de un derecho no siempre garantiza su cumplimiento. El objetivo de este trabajo es presentar, sirviéndonos de una serie de estudios empíricos realizados en personas con edades y necesidades de apoyo diferentes, el modo y grado en que estos derechos se están haciendo efectivos.

2. Participantes

En el *primer estudio* participaron 12 menores, 5 chicos y 7 chicas, con edades comprendidas entre los 13 y los 17 años. Todos ellos asistían al aula de Comunicación y Lenguaje (CyL) de un centro ordinario de la ciudad de Castellón por requerir apoyos educativos por diferentes motivos siendo el más prevalente el Trastorno del Espectro del Autismo. El 70% tienen un CI inferior a 80 y el 30% un CI entre 80 y 90. Los identificaremos como *CyL13-17*, subrayando que están escolarizados en un centro ordinario. También fueron evaluados sus padres y sus profesores.

En el *segundo estudio* participaron 25 jóvenes de entre 16 y 21 años, 14 chicos (56%) y 11 chicas (44%) que estaban cursando un módulo de TVA (Transición a la Vida Adulta) en un Centro de Educación Especial de Castellón. Los identificaremos como *TVA 16-21*, para destacar que están cursando estudios reglados en un centro de educación especial. También fueron evaluados sus padres y sus profesores.

En el tercer estudio participaron 99 adultos con edades comprendidas entre los 21 y los 40 años, el 59,4% hombres (60) y el 38,6% mujeres

(39). Todas estas personas asisten diariamente a Centros Ocupacionales de la Comunidad Valenciana, siendo el 26,7% menores de 30 años y el 73,3% mayores de 31 años. Los identificaremos como *CO 21-40*. También fueron evaluados los profesionales que trabajan con ellos en los centros ocupacionales y sus padres.

En el cuarto estudio participaron 194 PDFI con edades comprendidas entre los 19 y los 40 años que viven en Viviendas Tuteladas, siendo hombres el 47% (44) y mujeres el 52,7% (49). Los identificaremos como *VT 19-40*. También fueron evaluados sus padres, los profesionales que trabajan con ellos en los centros ocupacionales a los que asisten así como un grupo de población general. El rango de edad mayoritario tanto de los padres como de la población general estuvo entre 52 y 66 años y el de los profesionales entre 36 y 51. Entre los padres y la población general el nivel de estudios mayoritario fue el de graduado escolar mientras que entre los profesionales fue el de educación secundaria. Los identificaremos como *PA* (padres), *PR* (profesionales) y *PG* (población general).

3. Instrumentos

Los instrumentos de evaluación aplicados en los diferentes estudios se especifican en la tabla 1:

Tabla 1. Instrumentos de evaluación utilizados en los cuatro estudios

	Estudio 1 CyL 13-17 (<i>n</i> _{DFI} =12) (<i>n</i> _{PA} =12) (<i>n</i> _{PR} =4)			Estudio 2 TVA 16-21 (<i>n</i> _{DFI} =25) (<i>n</i> _{PA} =25) (<i>n</i> _{PR} =7)			Estudio 3 CO 21-40 (<i>n</i> _{DFI} =99) (<i>n</i> _{PA} =78) (<i>n</i> _{PR} =18)			Estudio 4 VT 19-40 (<i>n</i> _{DFI} =194) (<i>n</i> _{PA} =100) (<i>n</i> _{PR} =100) (<i>n</i> _{PG} =100)			
	A	PA	PR	A	PA	PR	A	PA	PR	A	PA	PR	PG
ECS-A	X			X			X						
ECS-PR			X			X			X				
ECS-PA		X			X			X					
DRAS				X			X			X			
CUSEXDI							X			X			
INICO-FEAPS										X		X	
AUTOESTIMA										X			
ASEXDI											X	X	X
ARSEXDI										X	X	X	X
CUABSEX												X	

Nota: A: Autoinforme; PA: Implementado por padres; PR: Implementado por profesores/educadores de Centros Ocupacionales.

Los ECS son instrumentos de Evaluación del Comportamiento Sexual de las PDFI. Tienen tres versiones que evalúan la comprensión de la privacidad, el comportamiento sexual, la educación sexual y las preocupaciones en relación con la sexualidad. La primera consta de 39 ítems y debe ser cumplimentada por ellos mismos (ECS-A) (Gil-Llario, Ballester-Arnal, y Morell-Mengual, 2017); la segunda y la tercera que constan de 47 ítems deben ser respondidas por los padres (ECS-PA) (Gil-Llario, Elipe-Miravet, Giménez-García,

Bisquert-Bover y Castro-Calvo, en prensa) y los profesionales (ECS-PR) (Gil-Llario, et al., 2017) siempre según su conocimiento acerca de la PDFI. Se trata de formas paralelas en cuanto al contenido con la salvedad de que en el ECS-A el grado de conocimientos se pregunta directamente mediante una serie de cuestiones sobre higiene, respuesta sexual, etc. mientras que en las otras dos versiones se pregunta si el/la evaluador/a estima que la PDFI posee dichos conocimientos, habilidades o comportamientos.

Para evaluar el riesgo de abuso sexual se utilizó el DRAS o Cuestionario de Detección del Riesgo de Abuso Sexual (Gil-Llario, Ballester-Arnal, Morell-Mengual, Caballero-Gascón y Castro-Calvo, en prensa), que es un instrumento de 23 ítems con apoyo de imágenes que recoge información acerca de la capacidad para identificar los riesgos vinculados a lugares, contextos y/o personas, así como la aceptación del abuso por afecto y las habilidades para protegerse o denunciar en caso de abuso.

Con el fin de obtener información más detallada de su vivencia de la sexualidad utilizamos el CUSEXDI o Cuestionario sobre Sexualidad para personas con DI, que se aplica en forma de entrevista semiestructurada (Gil-Llario y Díaz-Rodríguez, 2013) y recoge información a través de 32 ítems acerca de la historia sexual, prácticas sexuales, satisfacción sexual y abuso sexual.

Para evaluar la calidad de vida nos servimos de la Escala INICO-FEAPS de Evaluación Integral de la Calidad de vida de Personas con DI (Verdugo, Arias, Gómez, Santamaría, Clavero y Tamarit, 2013). Consta de varios indicadores pero para este estudio únicamente se han utilizado tres: Relaciones Interpersonales, Bienestar Emocional y Desarrollo Personal. Tiene dos versiones paralelas, una de autoinforme y otra de heteroinforme que, en este caso, ha sido rellenada por los profesionales.

Con el objetivo de evaluar la autoestima se utilizó el instrumento de Rosenberg y para evaluar las actitudes hacia la sexualidad de las PDFI se utilizaron dos instrumentos diseñados por el equipo (en proceso de evaluación): el ASEXDIF o Escala de Actitudes hacia la Sexualidad en Personas con Diversidad Funcional (de 18 ítems, por ejemplo, “me parece bien que las personas con DI se besen o acaricien con otra persona”) y el ARSEXDIF (de 17 ítems) que se centra en el grado de tolerancia hacia las relaciones sexuales entre parejas de personas con diversos tipos de discapacidad (física, sensorial e intelectual).

Finalmente, para profundizar en las consecuencias del abuso sexual se aplicó el CUABSEX o Cuestionario sobre Abuso Sexual dirigido a profesionales (Gil-Llario y Díaz-Rodríguez, 2017). Consta de 18 ítems y recoge información acerca de la prevalencia real de abuso, así como de los indicios de secuelas físicas, psicológicas y sexuales del abuso sexual.

4. Resultados

La reflexión acerca del grado en que se están cumpliendo en nuestro contexto los derechos de las PDFI nos ha llevado a plantearnos una serie de cuestiones que intentaremos responder analizando algunos de los ítems de los instrumentos aplicados en los diferentes estudios que hemos llevado a cabo en los últimos años.

4.1. ¿Los jóvenes con DFI muestran interés por la sexualidad? ¿Cómo es la sexualidad de los jóvenes con DFI?

Los jóvenes, en todos los grupos que hemos evaluado, muestran interés por la sexualidad desde tempranas edades (ver tabla 2), y dicho interés se va incrementando con la edad siendo superior en los grupos que cuentan con un mayor grado de autonomía, igual que ocurre en la población general (Gil-Llario, Morell-Mengual, Ballester-Arnal y Díaz-Rodríguez, 2017). Su orientación sexual también presenta proporciones semejantes a las que encontramos en la población general. Muestran un elevado interés por tener pareja; de hecho, muchos la han tenido y a entre el 20% y el 40% les preocupa no tenerla. Es importante destacar que un 30% de quienes viven en viviendas tuteladas han tenido pareja, aunque sus padres no se lo permitían.

Por lo que se refiere a su respuesta sexual, y sobre todo en los más jóvenes, la excitación, ya sea consciente o durante el sueño, es baja si bien los porcentajes de masturbación son normales y van creciendo con la edad hasta convertirse en comportamientos habituales a partir de los 20 años (ver tabla 2).

Tabla 2. Interés por las relaciones sexuales y respuesta sexual

	CYL 13-17	TVA 17-21	CO 21-40	VT 19-40
¿Has sentido atracción sexual por alguien?	60%	50%	75%	97,8%
¿Te gustan las personas del otro sexo?	80%	64,3%	62%	96,7%
¿Te gustan las personas de tu mismo sexo?	5%	21,4%	38%	3,2%
¿Has tenido pareja?	40%	40%	66%	97,8%
¿Tus padres te dejan/dejarían tener pareja?	--	--	66%	66,7%
¿Te preocupa que nadie se enamore nunca de ti?	37,5%	20%	40%	--
¿Cuáles de estas respuestas sexuales te pasan a ti? Excitación genital (sentir erecciones si eres chico/sentirse húmeda si eres chica)	20%	32%	40%	--
Sueños húmedos (encontrar semen en la cama al despertarse o recordar un sueño erótico)	30%	16%	40%	--
¿Crees que las otras personas te miran raro porque creen que tus conductas tienen contenido sexual cuando en realidad no lo tienen?	60%	8%	20%	--
¿Te has masturbado alguna vez?	40%	36%	77,3%	91,4

4.2. ¿Qué prácticas sexuales realizan?

Las prácticas sexuales que realizan con sus parejas son mucho más frecuentes y variadas entre quienes viven en Viviendas Tuteladas preponderando el sexo vaginal seguido del sexo oral, dado el grado de autonomía y libertad que se produce en esos contextos en comparación con los jóvenes que viven en la unidad familiar y asisten a Centros Ocupacionales donde los porcentajes son menores (ver tabla 3). Entre estos últimos, aunque la práctica mayoritaria también es el sexo vaginal, los niveles de sexo anal son superiores a los del grupo VT 19-40. Quienes viven en Viviendas Tuteladas también muestran un abanico mayor de métodos anticonceptivos posiblemente debido a que sus tutores aceptan la realidad de las parejas y ponen las medidas oportunas para evitar embarazos no deseados, pero el preservativo que puede prevenir también las ITS es más utilizado por los jóvenes de CO.

Tabla 3. Prácticas sexuales y contracepción

	CO 21-40	VT 19-40
¿Has realizado besos y caricias con alguna pareja?	5,5%	97,8%
¿Has realizado sexo oral con alguna pareja?	24,4%	80,6%
¿Has realizado sexo vaginal con alguna pareja?	45,3%	87,1%
¿Has realizado sexo anal con alguna pareja?	24,4%	8,6%
¿Utilizas preservativo?	56,4%	39,8%
¿Utilizas parche?	--	22,6%
¿Utilizas DIU?	--	2,15%
¿Te ponen una inyección anticonceptiva?	--	3,2%

4.3. ¿Están satisfechos con su sexualidad? Y en caso contrario ¿afecta esto a su calidad de vida?

Muchas PDFI presentan un elevado número de problemas de salud mental no identificados por lo que se les prescribe psicofármacos con mayor frecuencia que a la población general (Schalock, Borthwick-Duffy, Bradley, Buntix, Coulter, Craig et al., 2010). Autores como Hall (2010) consideran que gran parte de estos problemas de salud mental que disminuyen su calidad de vida, se debe a su dificultad para desarrollar relaciones íntimas satisfactorias. Por este motivo evaluamos la relación entre la calidad de vida y la satisfacción sexual en el grupo VT 19-40 por ser el que mayor actividad sexual muestra.

Como podemos observar en la tabla 4, existe una elevada y significativa correlación entre la satisfacción sexual y los tres indicadores de calidad de vida (bienestar emocional, relaciones interpersonales y desarrollo personal)

Tabla 4. Análisis de correlación entre satisfacción sexual, calidad de vida, autoestima y actividad sexual

	BEA	BEP	RIA	RIP	DPA	DPP	SS	AE	PS
BEA									
BEP	316***								
RIA	545***	21***							
RIP	245***	065	256***						
DPA	432***	130**	402***	118*					
DPP	251***	057	278***	046	150***				
SS	645***	369***	444***	264***	326***	324***			
AE	358***	218***	257***	144***	127**	188***	579***		
PS	410***	283***	265***	204***	225***	237***	681***	515***	

p<.01 *p<.000;

Nota: **BEA**: Bienestar emocional Autoinformado; **BEP**: Bienestar emocional informado por Profesional; **RIA**: Relaciones interpersonales Autoinformado; **RIP**: Relaciones interpersonales informado por Profesionales; **DPA**: Desarrollo personal Autoinformado; **DPP**: Desarrollo Personal informado por Profesionales; **SS**: Satisfacción Sexual; **AE**: Autoestima; **PS**: Prácticas sexuales.

así como con la autoestima y la actividad sexual. Y en estas valoraciones coinciden tanto las PDFI como los profesionales. La satisfacción sexual se relaciona positiva y significativamente en especial con el bienestar emocional ($r=.645^{***}$), la actividad sexual ($r=.681^{***}$) y la autoestima ($r=.579^{***}$).

Seguidamente nos pareció interesante comparar los grupos con niveles altos y bajos de bienestar emocional (percentil superior a 75 e inferior a 25 respectivamente) para ver en qué se diferenciaban y pudimos comprobar que tanto en hombres como en mujeres la diferencia está en la autoestima, en el grado de actividad sexual, pero sobre todo en la satisfacción sexual (ver tabla 5).

Tabla 5. Análisis diferenciales entre PDFI con bajo y alto bienestar emocional en cuanto a satisfacción sexual, prácticas sexuales y autoestima

	HOMBRES		MUJERES			
	Bajo B.Em.	Alto B.Em.	Bajo B.Em.	Alto B.Em.		
	(N=40)	(N=39)	(N=37)	(N=42)		
	X (DT)	X (DT) [†]	X (DT)	X (DT) [†]		
Autoestima	23.32 (6.97)	28.46 (3.38)	-4.14 ^{***}	21.0 (67.8)	28.8 (3.76)	-5.34 ^{***}
Satisfacción sexual	3.02 (1.20)	6.35 (1.85)	-9.48 ^{***}	2.27 (1.08)	6.68 (2.02)	-11.9 ^{***}
Prácticas sexuales	3.02 (1.04)	4.07 (.95)	-4.65 ^{***}	2.57 (1.21)	4.25 (.74)	-7.10 ^{***}

^{***}p<.001;

Nota: Bajo B.Em.: Puntuación inferior al percentil 25 en bienestar emocional; Alto B.Em.: Puntuación superior al percentil 75 en bienestar emocional.

Es importante destacar, sin embargo, que solo el 41,4% de los participantes se considera satisfecho sexualmente.

4.4. ¿Cuál es la dimensión de la prevalencia del abuso sexual entre las PDFI?

Las PDFI muestran niveles de vulnerabilidad frente al abuso sexual particularmente altos (Gil-Llario, Morell-Mengual, Díaz-Rodríguez y Ballester-Arnal, 2018; Straetmans, Van Schroyen, Lantman-de Valk, Schellevis y Dinant, 2007). Y posiblemente estas cifras puedan ser todavía superiores a lo esperado dada la dificultad de identificar el número real de víctimas de abuso. En el estudio realizado sobre las PDFI que vivían en Viviendas Tuteladas (VT 19-40), de un total de 194 participantes, 9 (4,6%) dijeron haber sido víctimas de abuso sexual (6 chicas y 3 chicos) pero se constató, consultando los expedientes y/o preguntando a los profesionales que trabajan con ellos, que había existido un abuso documentado en 51 casos (25 chicos y 26 chicas), es decir, en el 26,3% de la muestra y un porcentaje semejante se halló en el grupo CO 21-40 (27%).

Analizando en mayor profundidad la experiencia de quienes habían sido víctimas de abuso sexual, vemos que el grupo que viven en la unidad familiar recuerda la experiencia de forma menos traumática (solo el 12% señala que le hicieron daño frente al 86,4% del grupo de Viviendas Tuteladas). Este

último grupo lo denunció en mayor medida (54% vs 17%), lo que quizá da a entender que fue más consciente de que era un abuso y contó con una red de apoyo menos sólida porque mientras el grupo CO 21-40 lo pudo contar a sus padres, educadores e incluso a amigos, el VT 19-40 solo pudo apelar a los educadores y en un 18% de los casos la respuesta que obtuvo fue una riña. En unos y otros, sin embargo, persisten emociones de enfado o miedo en relación con la sexualidad desde que se produjo la agresión (ver tabla 6). En el grupo VT 19-40 se evaluó en profundidad las posibles secuelas de estas agresiones comparando a las víctimas de abuso sexual con sus compañeros que no habían sido víctimas. Los resultados indican en el grupo de víctimas una prevalencia de miedo a estar solos significativamente superior a la del grupo que no había sido víctima de abuso (30% vs 11,1%, $\chi^2= 17.121^{***}$), así como mayor aislamiento social (21,2% vs 5,8%; $\chi^2=18.634^{***}$), autolesiones (50,1% vs 7,4%; $\chi^2= 117.350^{***}$) e intentos de suicidio (18,1% vs 4,8%; $\chi^2= 12.224^{***}$).

Tabla 6. Experiencia de abuso sexual

	CO 21-40	VT 19-40
¿Te hizo daño?	12%	86,4%
¿Se lo dijiste a alguien?	17%	54,4%
Madre	52,6%	9%
Padre	21,1%	9%
Educador	42,1%	27,7%
Amigo	10,5%	4,5%
¿Cómo reaccionó?		
Te riñó	5,6%	18,2%
Te dijo que no te preocuparas	88,9%	27,3%
No se lo creyó	5,6%	7,3%
¿Desde entonces sientes miedo, enfado, rabia, etc., cuando sale el tema del sexo?	58,3%	40,9%

4.5. ¿Son capaces de detectar los indicadores de riesgo de abuso sexual?

La causa de que muchas PDFI no denuncien cuando son víctimas de abuso sexual no siempre está en el temor a las consecuencias de hacerlo. En muchos casos, no lo hacen sencillamente porque no son conscientes de que tales comportamientos constituyan un abuso. En la tabla 7 se ofrecen las respuestas obtenidas a algunos ítems del DRAS. En primer lugar, por lo que respecta a los límites corporales de privacidad, en el grupo que asiste a un centro de Educación Especial vemos que existe una mayor confusión que en el caso de quienes van al Centro Ocupacional (48% vs 16% en cuanto a permitir que otros vean mis zonas íntimas), tal vez debido a que frecuentemente reciben el apoyo de educadores en actividades como ir a la piscina o incluso al lavabo.

Por lo que se refiere a la aceptación del abuso por venir de una persona cercana y querida, vemos bajos niveles en ambos grupos a excepción de los

compañeros en el grupo de los centros ocupacionales, lo que debe alertar de este peligro ya que el 33% lo considera aceptable, coincidiendo también en la consideración de que el abuso no puede venir de alguien que te quiere (40% y 51% respectivamente). Este es un dato preocupante ya que sabemos que los abusos sexuales suelen provenir principalmente de las personas cercanas. Y lo mismo ocurre con la sensación de seguridad asociada a contextos públicos como la calle o el centro ocupacional (ver tabla 7) donde ambos grupos no perciben riesgo. Sí difieren, sin embargo, mostrando menor capacidad para identificar el riesgo los más jóvenes: lugares oscuros y solitarios (36% vs 69%) o alguien que ofrece un regalo (32% vs 79%) y lo mismo ocurre en cuanto a la reacción ante el abuso en la que los jóvenes señalan en menor medida que lo correcto sería denunciar el hecho (48% vs 87%).

Especial mención tienen, para finalizar, los dos últimos ítems ya que, aunque las cifras no son elevadas, son preocupantes. Una cuarta parte de los mayores y un 12% de los menores piensan que lo mejor sería no contárselo a nadie. Y un 4% y un 10% afirma que aunque no quisieran tendrían que permitir el abuso. Estos datos subrayan, por un lado, la importancia de poner en marcha iniciativas de educación afectivo-sexual centradas en la identificación de los indicadores de riesgo del abuso entre los más jóvenes, pero sobre todo alertan de un miedo que denotaría la presencia de un abuso ya existente, lo que nos debería llevar a extremar la vigilancia de indicios de abuso en esta población.

Tabla 7. Indicadores de riesgo de abuso sexual

	TVA 16-21	CO 21-40
No pasa nada si permito que la gente vea mis zonas íntimas	48%	16%
Mi padre/madre me cuida mucho, por eso está bien que tenga relaciones sexuales con él/ella si me lo pide	4%	5%
Mi profesor/a me cuida mucho, por eso está bien que tenga relaciones sexuales con él/ella si me lo pide	4%	10%
Mis compañeros del centro me tratan muy bien, así que está bien que tenga relaciones sexuales con ellos si me lo piden	8%	33%
Mi tío/a me quiere mucho, así que está bien que tenga relaciones sexuales con él/ella si me lo pide	8%	6%
La gente que conozco (mis profesores o mi novio), no serían capaces de abusar de mí	40%	51%
Es imposible que alguien abuse sexualmente de mí		
en la calle	24%	42,1%
en casa	36%	63%
en un lugar público, como por ejemplo el centro ocupacional	32%	55%
Es más fácil que se produzcan abusos sexuales cuando estoy por la noche en un lugar solitario	36%	69%
Si un hombre al que no conozco me invitara a algo o me ofreciera un regalo debería desconfiar	32%	79%
Si un extraño me persiguiera, debería correr hacia un lugar solitario donde no haya nadie	24%	32%
Si abusaran de mí debería ir a contárselo a la policía	48%	87%
Si me tocaran y no quisiera es mejor que no se lo cuente a nadie	12%	24%
Si alguien me tocara y no quisiera tendría que permitírselo de todas formas	4%	10%

4.6. ¿Demandan educación afectivo-sexual? ¿Tienen suficientes conocimientos? ¿Conocen la diferencia entre lo público y lo privado?

Los resultados anteriores nos abocan a la cuestión de la educación afectivo-sexual. Como podemos ver en la tabla 8, las cifras indican niveles de formación cercanos a un 60% en los más mayores pero todavía bajos (entre el 30 y el 40%) en los menores de 21 años, si bien la demanda por su parte es muy elevada. Los más jóvenes han aprendido lo que saben de sexualidad de sus padres y profesores y estos porcentajes van descendiendo con la edad, lo que parece un claro indicador de mejora de actitudes hacia la sexualidad por parte de las nuevas generaciones. Sin embargo, no aparecen diferencias entre los grupos en cuanto a quién les ayudó a comprender la diferencia entre lo público y lo privado prevaleciendo ligeramente los padres sobre los profesores en todos los grupos de edad.

Hemos extraído un par de ítems del ECS-A sobre conocimientos acerca de higiene o reproducción, para obtener datos que fueran más allá de la mera autopercepción y hemos podido comprobar que el grupo que se caracteriza por poseer más ideas equivocadas es el escolarizado en un centro de educación especial. Tanto los adolescentes que están en un centro ordinario y asisten al aula de Comunicación y Lenguaje (*CyL 13-17*) como los más mayores que van a centros ocupacionales (*CO 21-40*) comprenden la importancia de lavarse los genitales para evitar infecciones o que para tener hijos hay que hacer el amor (70% y 90% vs 40% de los *TVA 16-21*) y que masturbándose no se puede quedar embarazada una mujer (20% y 12% frente a 48%), si bien hay que destacar que en todos los grupos se muestran creencias erróneas que justifican la importancia de educarles en estos aspectos (ver tabla 8).

Tabla 8. Educación afectivo-sexual

	CyL 13-17	TVA 16-21	CO 21-40
¿Te han dado clases sobre educación sexual?	40%	32%	59%
¿Te gustaría que te dieran clase sobre qué es la sexualidad, cómo actuar en situaciones íntimas, etc.?	60%	44%	84%
¿Quién te enseñó lo que sabes sobre sexualidad?			
Mis padres	60%	32%	11%
Mis profesores	70%	36%	41%
Mis amigos	10%	4%	13%
¿Cómo aprendiste la diferencia entre lo público y lo privado?			
me la enseñaron mis padres	50%	40%	43%
me la enseñaron mis profesores	40%	36%	37%
vi cómo lo hacían los otros	10%	4%	18%
por mí mismo	30%	20%	48%
¿Por qué crees que es necesario lavarse los genitales?			
Para evitar infecciones	50%	20%	85%
¿Para tener un hijo qué hay que hacer?			
Masturbarse	20%	48%	12%
Hacer el amor	70%	40%	90%
Estar mucho tiempo con tu novio/a	40%	16%	48%

Sin embargo, si bien las cosas están cambiando, en muchas ocasiones los padres y/o los educadores se muestran reticentes a que los jóvenes con DFI reciban educación afectivo-sexual por lo que debemos explorar a qué se deben dichas reticencias si queremos que se impliquen en su educación.

4.7. ¿Cuáles son las principales preocupaciones de los padres y profesionales?

En la selección de ítems que hemos escogido del ECS-PR y del ECS-PA sobre las preocupaciones que padres y profesionales tienen por lo que se refiere a la sexualidad de estos jóvenes, queda patente que lo que más les preocupa es que sean malinterpretados y se les atribuyan intenciones que no tienen. También les preocupa su capacidad de autorregulación (por ejemplo es un porcentaje muy bajo el que busca privacidad para masturbarse) pero en términos generales piensan que son capaces de diferenciar entre lo público y lo privado. Piensan que son conscientes de las normas sociales en cuanto a no desnudarse en público, no tocar sus zonas íntimas en público, etc. (porcentajes entre el 70% y el 90%), e indican porcentajes muy bajos en cuanto a realizar estos comportamientos en público. Sin embargo no creen que sean capaces de distinguir entre los comportamientos apropiados en relación con las personas hacia las que se sienten atraídos (los porcentajes descienden por debajo del 40%). Y seguramente por este motivo les preocupa que no encuentren un/a compañero/a sentimental. En este sentido, cabe destacar que esta preocupación es mayor en los padres y profesores de los más jóvenes (70/90%) y menor en los que asisten a TVA (36/35%) probablemente debido a que los menores están escolarizados en centros ordinarios por lo que son vistos de forma más normalizada por sus padres y profesores (ver tabla 9).

Tabla 9. Preocupaciones de padres y profesionales y comprensión de la privacidad

	CyL13-17		TVA 16-21	
	PR %	PA %	PR %	PA %
¿Está preocupado/a porque:				
otra persona pueda malinterpretar su conducta como si tuviera un contenido sexual, no intencionado?	66.7	90	66.7	64
tenga ideas equivocadas acerca del sexo?	80	90	84	78.3
por si no encuentra un/a compañero/a sentimental?	70	90	36	35
Busca privacidad si se masturba	30	30	40	33
Es consciente de las normas sociales acerca de:				
desnudarse en privado	90	60	80	64
no tocar las zonas íntimas de su cuerpo en público	80	70	80	72
no dejar que otros toquen las zonas íntimas de su cuerpo	80	70	72	72
¿Cree que entiende qué es un comportamiento aceptable y qué no lo es respecto a una persona en la que está sentimentalmente interesado?	40	40	24	44
¿Ha tocado las zonas privadas de su cuerpo en público?	12.5	12.5	20	20
¿Ha tocado inadecuadamente a otra persona (ej: intentos de besar o acariciar, tocar zonas íntimas de otra persona)?	12.5	25	12	12

Un último comentario a destacar es la diferencia en prácticamente todos los aspectos analizados entre padres y profesores, mostrándose mucho más preocupados los primeros en los dos grupos de edad evaluados. Los profesores tienen más elementos de juicio al poder comparar con otros chavales lo que les permite valorar los riesgos de forma tal vez menos angustiada que los padres. Y si bien es cierto que los padres más jóvenes muestran actitudes mucho más tolerantes y receptivas hacia la educación afectivo-sexual, este breve recorrido por los principales retos a los que se dirige la normalización de la sexualidad en las PDFI requiere que nos detengamos brevemente a hacer una fotografía del panorama actual por lo que a este tema se refiere. Así pues, a continuación vamos a comparar las actitudes de padres, profesionales y población general hacia la sexualidad de las PDFI observando el grado de tolerancia que muestran hacia las parejas de personas con diversidad funcional de distinto tipo: física, sensorial o intelectual.

4.8. ¿Qué actitud muestran los padres, profesionales y población general hacia la sexualidad de las PDFI?

Del mismo modo que ocurría en lo referente a las preocupaciones de padres y profesionales, en el último estudio en el que también se ha preguntado a la población general podemos constatar que existen diferencias estadísticamente significativas entre estos tres grupos por lo que se refiere a las actitudes ($F=226.72^{***}$) siendo el grupo de padres/madres ($X=49.06$; $DT=5.07$) el que muestra actitudes significativamente más desfavorables hacia la sexualidad de las PDFI en comparación tanto con el grupo de profesionales ($X=65.64$; $DT=2.47$) como con el grupo de la población general ($X=65.07$; $DT=9.23$) (ver tabla 10). Estos dos grupos, profesionales y población general, no difieren entre sí en cuanto a actitudes. Estos resultados coinciden con los obtenidos en estudios similares (Morell-Mengual, Gil-Llario, Díaz-Rodríguez y Caballero-Gascón, 2017).

Por lo que respecta a la tolerancia hacia que las PDFI tengan relaciones sexuales vemos que los tres grupos muestran diferencias significativas entre sí en todas las condiciones, esto es, cuando las relaciones se establecen entre una pareja formada por dos personas con discapacidad intelectual, sensorial y física (ver tabla 10), en la línea de lo hallado en otros estudios (Caballero-Gascón, Gil-Llario, Morell-Mengual, Fernández-García y Gil-Juliá, 2017), y lo mismo ocurre cuando solo un miembro de la pareja es discapacitado. La gradación entre los tres grupos ubica entre los más progresistas a los profesionales, seguidos de la población general, siendo los padres el grupo más conservador (ver tabla 10). Cabe destacar también que se producen mejores valoraciones cuando las parejas solo tienen una persona con diversidad funcional que cuando ambas lo son, independientemente del tipo de discapacidad.

5. Conclusiones

El análisis del estado de la cuestión a la luz de las últimas investigaciones llevadas a cabo en nuestro contexto nos permite reflexionar acerca de la medida en que se están cumpliendo los derechos sexuales de las personas con diversidad funcional intelectual.

Tabla 10. **Análisis diferenciales en cuanto a las actitudes hacia las relaciones entre personas con distintos tipos de diversidad funcional**

	PA	PR	PG	F	Post hoc
	X (DT)	X (DT)	X (DT)		
ASDI	49.06(5.1)	65.64(2.5)	65.07(9.2)	226.72***	1<2, 1<3
RS 2 DInt	17.34(2.4)	32.79(2.7)	25.28(9.1)	187.93***	1<2, 1<3, 2>3
RS 1 DInt	15.65(1.8)	38.45(3.1)	36.20(13.6)	240.77***	1<2, 1<3, 2>3
RS 2 DSen	16.99(2.8)	34.08(1.9)	27.78(8.3)	279.28***	1<2,1<3,2>3
RS 1 DSen	15.47(1.8)	39.35(2.7)	39.96(12.5)	349.01***	1<2, 1<3
RS 2 DFís	18.41(2.5)	34.09(2.0)	23.91(10.04)	161.06***	1<2, 1<3, 2>3
RS 1 DFís	13.80(1.8)	42.09(2.8)	31.82(13.2)	328.91***	1<2, 1<3, 2>3

***p<.001;

Nota: **PG**: población general; **PA**: padres y madres; **PR**: profesionales; **ASDI**: Actitudes hacia la sexualidad de las personas con discapacidad intelectual; **RS 2 DInt**: Actitudes hacia las relac. sex. entre parejas formadas por dos personas con discapacidad intelectual, **RS 1 DInt**: Actitudes hacia las relac. sex. entre parejas formadas por una persona con discapacidad intelectual y otra sin discapacidad intelectual; **RS 2 DSen**: Actitudes hacia las relac. sex. entre parejas formadas por dos personas con discapacidad sensorial; **RS 1 DSen**: Actitudes hacia las relac. sex. formadas por una persona con discapacidad sensorial y otra persona sin discapacidad sensorial; **RS 2 DFís**: Actitudes hacia las relac. sex. entre parejas formadas por dos personas con discapacidad física; **RS 1 DFís**: Actitudes hacia las relac. sex. entre parejas formadas por una persona con discapacidad física y otra persona sin discapacidad física.

El primero del que hablábamos es el *derecho a experimentar la vida sexual que deseen y que sea posible*. Según hemos tenido ocasión de comprobar, su grado de interés por la sexualidad, y en concreto por tener pareja, es elevado. Los tipos de prácticas sexuales que suelen realizar son semejantes a los que realiza la población general (Gil-Llario y cols, 2018), sobre todo en los grupos de mayor autonomía tanto por edad como por menor necesidad de apoyo. Sin embargo, en algunos casos no se les permite tener pareja. Cabe destacar también que, a pesar de que en general se considera que sí son capaces de diferenciar entre lo público y lo privado, se sigue temiendo que su comportamiento no sea el adecuado.

La vivencia de la sexualidad de las PDFI está determinada por el grado en que sus tutores y educadores confían en su capacidad para autorregularse y para discernir lo “correcto”, es decir, aquello que no pueden hacer en público. Pero, aunque sepan que conocen cómo actuar, no por ello confían en que, llegado el momento, sean capaces de hacerlo. Por supuesto que la intensidad de los apoyos que requieren es un elemento clave en este proceso de construcción de la confianza, pero existe otra variable a resaltar y radica en las actitudes hacia la sexualidad en general y hacia la de las PDFI en particular que tengan estos tutores. En el estudio hemos visto cómo los padres se mostraban como el grupo más conservador comparados con los profesionales y la población general, pero hemos de subrayar que el rango de edad de los padres de este estudio era elevado dado que eran padres de los PDFI más mayores. Cuando analizamos las valoraciones de los padres de los más jóvenes este patrón se invierte, convirtiéndose en principales educadores, en referentes, y apareciendo como preocupaciones más relevantes que sean comprendidos por los demás y que puedan sentirse

aceptados y queridos por una pareja, como querría cualquier padre/madre para su hijo/a.

Así pues, la intersección entre el grado de autonomía y autorregulación (diferencial en función de la edad y de la necesidad personal de apoyos), de un lado, y el grado de confianza en sus habilidades de autorregulación así como de aceptación de la sexualidad (actitudes positivas hacia la sexualidad de las PDFI) de otro, es lo que determinará la materialización del derecho a la vivencia satisfactoria y saludable de la sexualidad. Y como hemos podido comprobar, la satisfacción sexual, la autoestima y la calidad de vida son variables que correlacionan y, nos atreveríamos a decir, que se potencian entre sí.

El segundo derecho se refiere a la *integridad y propiedad de su cuerpo*. La cuestión relativa a la prevalencia sigue siendo una asignatura pendiente. Hemos podido comprobar cómo muchas PDFI no son conscientes de los indicadores de riesgo de abuso relacionados con lugares o situaciones peligrosas ni tampoco perciben ningún riesgo cuando se trata de personas cercanas y queridas. Y aun cuando son capaces de identificar el abuso consideran que es mejor no decírselo a nadie. Sienten que las personas que les quieren nunca van a abusar de ellos y dado que lamentablemente sabemos que la mayor parte de los casos de abuso son causados por personas cercanas, la invisibilidad de las cifras reales de abuso sexual es desgraciadamente un hecho. En nuestro estudio mostrábamos la diferencia entre quienes decían haber sido víctimas de abuso y de quienes se tenía constancia documentada de él. Y aun sabiendo que de muchos casos desconocemos la constatación, el porcentaje pasaba de un 4,6% a algo más de la cuarta parte de la muestra. Para ellos es especialmente difícil conocer cuáles son los límites de su intimidad puesto que en muchos casos son apoyados en sus actividades de higiene (ducha, ir al lavabo, etc.) o lúdicas (piscina, etc.) siendo tocados y vistos por personas cercanas diariamente. De manera que el abuso sexual es un hecho alarmante no solo por la frecuencia y clandestinidad con la que se produce sino también y, sobre todo, por las secuelas que ocasiona. Muchas de las personas que han sido víctimas de abuso desarrollan sentimientos de miedo, autolesiones e incluso intentos de suicidio que deterioran gravemente su calidad de vida. El derecho a la integridad y propiedad de su cuerpo es una responsabilidad más nuestra que suya. A continuación, hablaremos de la importancia de la educación que permitirá prevenir en cierta medida el abuso, pero siendo un colectivo tan vulnerable y en muchos casos tan dependiente, son las personas que les rodean quienes deben entrenarse en la identificación de indicios si queremos que, efectivamente, se cumpla este derecho tan fundamental.

El tercer derecho que identificábamos en la introducción es el derecho a *recibir educación afectiva y sexual*. Las PDFI muestran carencias tanto por lo que se refiere a aspectos conceptuales como, sobre todo, a habilidades. Carecen de habilidades sociales por lo que no realizan contactos adecuados con las personas con las que quieren ligar por lo que en ocasiones se comportan de modo inadecuado presionándolas o persiguiéndolas consiguiendo el efecto contrario al deseado. Además, en muchos casos no se les ha dado la oportunidad de generar sus propias actitudes sobre la base de información correcta y ajustada a su capacidad de comprensión por lo que “heredan” las actitudes de las personas que les rodean, ya sean buenas o no tan buenas, es decir, ya les sean favorables o no. Pero lo más grave de todo es que no les es fácil distinguir, como antes señalábamos, lo aceptable de lo que no lo es de manera que se convierten en víctimas no solo de

abuso sexual sino también de violencia de género aceptando situaciones de maltrato dentro de la pareja como un hecho normal.

Hemos tenido ocasión de comprobar cómo paulatinamente se va incrementando el número de iniciativas dirigidas a proporcionar educación afectivo-sexual a este colectivo, pero solo estamos en el principio del camino. Se trata de una necesidad de primer orden que solo un porcentaje pequeño ha visto satisfecha y, en muchos casos, de forma puntual. La sobreprotección que frecuentemente se hace con la mejor de las intenciones, a menudo les priva de la oportunidad de aprender no solo a protegerse sino también, y sobre todo, a vivir la sexualidad de forma saludable y plena.

La confluencia de todas estas circunstancias motivó el diseño del programa de educación afectivo-sexual **SALUDIVERSEX** (Gil-Llario, Caballero-Gascón, Ballester-Arnal y Escalera, 2019) cuyo objetivo es mejorar la salud sexual y, en esa medida, la calidad de vida de las PDFI, y capacitarles para la autoprotección ante los intentos de abuso sexual. Es un programa de educación afectivo-sexual dirigido a personas con diversidad funcional intelectual cuyo objetivo es mejorar su salud sexual mediante una acción conjunta integrada por tres componentes. En primer lugar, proporcionándoles *información* básica que mejore el conocimiento de sí mismos (desarrollo sexual, higiene, orientación sexual, etc.), los límites entre lo público y lo privado, las pautas para iniciar y finalizar relaciones interpersonales que incluyan interacciones sexuales, y los mecanismos de protección ante el abuso sexual así como la violencia de género en el contexto de la pareja. En segundo lugar, contribuyendo al desarrollo de *habilidades y estrategias* dirigidas al autocuidado (autoerotismo, prácticas de sexo seguro, habilidades de identificación de amenazas hacia la integridad y riesgo de abuso sexual, etc.).

Y, en tercer lugar, potenciando el desarrollo de *actitudes* saludables hacia la vivencia y la expresión de la sexualidad en lo referente a la relación de pareja, las prácticas sexuales, la orientación sexual, etc.

La promoción de la salud sexual de las PDFI, por las implicaciones en su calidad de vida, es un objetivo prioritario en el que participan cada vez más profesionales tanto del ámbito aplicado como del académico por lo que si bien los cambios sociales no se producen de forma rápida, las perspectivas de futuro por lo que se refiere a la consecución de sus derechos, no parecen desalentadoras.

Referencias bibliográficas

Asociación Mundial de Sexología (1999). *Declaración Universal de los Derechos Sexuales*. Asamblea General de la Asociación Mundial de Sexología.

Caballero-Gascón, L., Gil-Llario, M.D., Morell-Mengual, V., Fernández-García, O. y Gil-Juliá, B. (2017). "Actitudes de la población general hacia las relaciones sexuales de las personas con diversidad funcional: variables moduladora". *International Journal of Developmental and Educational Psychology* 1 (3),103-110.

Gil-Llario, M.D.; Ballester-Arnal, R; Morell-Mengual, V. (2017). "Evaluación de la sexualidad de personas con diversidad funcional en el marco de un programa de educación afectivo-sexual." *3rd International Congress of Clinical and Health Psychology on Children and Adolescents*. Ponencia en simposium. Sevilla. Publicado en Libro de actas. ISBN: 84-217-2848-5832.

Gil-Llario, M.D., Elipe-Miravet, M., Giménez-García, C., Bisquert-Bover, M. y Castro-Calvo, J. (en prensa). "Validación de un instrumento de evaluación del comportamiento sexual de personas con discapacidad intelectual para padres (ECS-PA)". *International Journal of Developmental and Educational Psychology*

- Gil-Llario, M.D., Fernández-García, O., Castro-Calvo, J., Caballero-Gascón, L. y Ballester-Arnal, R.** (en preparación). Validation of an instrument to assess attitudes towards the sexuality of people with intellectual disability (ASEXID).
- Gil-Llario, M.D., Caballero-Gascón, L. y Ballester-Arnal, R.** (en preparación). Validation of an instrument to assess attitudes towards the sexual relations between people with intellectual disability (ARSEXDIF).
- Gil-Llario, M.D., Ballester-Arnal, R., Morell-Mengual, V., Caballero-Gascón, L. y Castro-Calvo, J.** (en prensa) "Development and Psychometric Properties of the Detection of Sexual Abuse Risk Screening Scale (DSARss)". *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*.
- Gil-Llario, M.D. y Díaz-Rodríguez, I.** (2013). *Análisis del comportamiento sexual, así como de las necesidades y los deseos sexuales de un colectivo de discapacitados intelectuales adultos*. Publicaciones de la Universitat de València.
- Gil-Llario, M.D., Caballero-Gascón, L., Ballester-Arnal, R. y Escalera, C.** (2019) *PROGRAMA SALUDIVERSEX*. Madrid: Ed. Pirámide
- Gil-Llario, M.D. y Díaz-Rodríguez, I.** (2017). CUABSEX (Cuestionario sobre abuso sexual dirigido a profesionales) en *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 doctoral: Universitat de València.
- Gil-Llario, M.D., Elipe-Miravet, M., Giménez-García, C., Bisquert-Bover, M. y Castro-Calvo, J.** (en prensa). "Validación de un instrumento de evaluación del comportamiento sexual de personas con discapacidad intelectual para padres (ECS-PA)". *International Journal of Developmental and Educational Psychology*.
- Gil-Llario, M.D., Morell-Mengual, V., Ballester-Arnal, R. y Díaz-Rodríguez, I.** (2017) "The experience of sexuality in adults with intellectual Disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 62(1), 72-80.
- Gil-Llario, M.D., Morell-Mengual, V., Díaz-Rodríguez, I. y Ballester-Arnal, R.** (2018). "Prevalence and sequelae of self-reported and other-reported sexual abuse in adults with intellectual disability". *Journal of Intellectual Disability Research*, 63 (2), 138-148.
- Hall, E.** (2010). "Spaces of social inclusion and belonging for people with intellectual disabilities". *Journal of Intellectual Disability Research*, 54(s1), 48-57.
- Monjaime, M.** (2015). *Sexualidad sin barreras: derechos sexuales y reproductivos de las personas con discapacidad*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo (INADI).
- Morell-Mengual, V., Gil-Llario, M.D., Díaz-Rodríguez, I. y Caballero-Gascón, L.** (2017). "Actitudes de padres, profesionales y población general hacia la sexualidad de las personas con discapacidad física e intelectual". *International Journal of Developmental and Educational Psychology* 1 (3), 173-184.
- Naciones Unidas** (2014). *Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Guía de formación*. Disponible en http://www.ohchr.org/Documents/Publications/CRPD_TrainingGuide_PTS19_sp.pdf.
- ONU (2006)**. Convención internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su Protocolo Facultativo aprobados en la Asamblea General de las Naciones Unidas el 13 de diciembre de 2006.
- Pask, L., Hughes, T. L. y Sutton, L. R.** (2016). "Sexual knowledge acquisition and retention for individuals with autism". *International Journal of School & Educational Psychology*, 4(2), 86-94.
- Pecora, L. A., Mesibov, G. B. y Stokes, M. A.** (2016). "Sexuality in high-functioning autism: A systematic review and meta-analysis". *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 46(11), 3519-3556.
- Schalock, R., Borthwick-Duffy, S., Bradley, V., Buntinx, W., Coulter, D., Craig, E.** et al. (2010). *Intellectual disability: Definition, classification, and systems of supports* (11.ª ed.). Washington DC: American Association on Intellectual and Developmental Disabilities.
- Straetmans, J. M., Van Schroyentlein Lantman-de Valk, H. M., Schellevis, F. G. y Dinant, G. J.** (2007). "Health problems of people with intellectual disabilities: the impact for general practice". *British Journal of General Practice*. 57, 64-6.
- Verdugo, M.A., Gómez, L.E., Arias, B., Santamaría, M., Clavero, D. y Tamarit, J.** (2013) "Evaluación de la calidad de vida en personas con discapacidades intelectuales o del desarrollo: la Escala INICO-FEAPS". *Siglo Cero*, 44(3), N° 247, 6-20.