

Efectividad de una intervención educativa en conocimientos sobre sexualidad responsable en mujeres con discapacidad intelectual

Effectiveness of an educational intervention regarding knowledge on responsible sexuality in women with intellectual disability

Juana Lupe Muñoz Callol^I; Maribel Pérez Peña^{II}; Yurima Rodriguez Peña^{II}; Eliecer Arevalo Turrueles^{III}

^I Universidad de Ciencias Médicas de Las Tunas. Cuba.

^{II} Policlínico "Dr. Gustavo Aldereguía Lima". Las Tunas. Cuba.

^{III} Hospital General "Dr. Ernesto Guevara de la Serna". Las Tunas. Cuba.

RESUMEN

Introducción: la discapacidad intelectual constituye un problema social en la salud reproductiva de la mujer.

Objetivo: evaluar la efectividad de una intervención educativa en conocimientos sobre sexualidad responsable de mujeres con discapacidad intelectual.

Métodos: estudio cuasiexperimental en el policlínico "Dr. Gustavo Aldereguía" durante 2010 y 2011. La muestra estuvo conformado por 114 mujeres con discapacidad intelectual ligera o moderada previo consentimiento familiar. La información se obtuvo mediante encuesta y entrevistas validadas por expertos. Se identificaron los factores de conducta sexual de riesgo, se diseñó y aplicó una intervención educativa con técnicas participativas y se evaluaron las acciones desarrolladas con los instrumentos iniciales.

Resultados: predominaron la paridad 1-2 hijos (47,3 %), la edad de inicio de relaciones sexuales de 15-19 años (42,9 %), déficit de conocimientos sobre uso e importancia de métodos de regulación de fecundidad y la implicación del cambio frecuente de pareja como conducta sexual de riesgo 106 (92,9 %). Las técnicas educativas permitieron modificar el nivel de conocimientos, que se evaluó de adecuado al concluir la intervención educativa (86,8 %) y se demostraron adecuadas prácticas de sexualidad (74,5 %).

Conclusiones: la intervención educativa fue efectiva al mejorar el nivel de conocimientos sobre sexualidad responsable en la esfera reproductiva y lograr estabilidad de la pareja sexual de la mujer con discapacidad intelectual.

Palabras clave: discapacidad intelectual; sexualidad; responsabilidad; patrones sexuales; planificación familiar.

ABSTRACT

Introduction: intellectual disability constitutes a social problem for female reproductive health.

Objective: to assess the effectiveness of an educational intervention regarding knowledge on responsible sexuality in women with intellectual disability.

Methods: quasiexperimental study at Dr. Gustavo Aldereguía Polyclinic in 2010 and 2011. The sample consisted of 114 women with mild or moderate intellectual disability, under family consent. We obtained the information by surveys and interviews validated by experts. We identified the factor of risky sexual behavior, designed and applied an educational intervention with participative techniques, and assessed the actions developed with the initial tools.

Results: parity 1-2 (47.3%), age at which they started sexual intercourse 15-19 years (42.9%), lack of knowledge about the use and importance of fecundity regulation methods and the implications of having multiple sexual partners as a risky sexual behavior 106 (92.9%) predominated. The educational techniques permitted modifying the level of knowledge, which we assessed as adequate when the educational intervention finished (86.8%), and adequate sexuality practices were proved (74.5%).

Conclusions: the educational intervention was effective when the level of knowledge about responsible sexuality in the reproductive sphere was improved and when stability was achieved of the women with intellectual disability and her sexual partner.

Key words: intellectual disability; sexuality; responsibility; sexual patterns: family planning.

INTRODUCCIÓN

La sexualidad es un proceso de aprendizaje que evoluciona a lo largo de la vida. Es un término amplio que abarca muchas facetas, incluye lo que se siente sobre el ser hombre o mujer, implica los papeles y expectativas que están asociadas a creencias y sentimientos e involucra conductas, interacciones y relaciones con las demás personas, sean del mismo o del sexo opuesto.¹⁻³

En la actualidad existe confusión conceptual cuando se habla de sexualidad, en ocasiones se utiliza este término cuando se hace referencia a la genitalidad, o cuando se habla de relaciones c3itales, e incluso cuando se expresan sentimientos o afectos. En la sexualidad se pueden definir tres dimensiones diferentes, la dimensi3n relacional que hace referencia a todo lo que la sexualidad posee de interacci3n, de comunicaci3n, de encuentro, de expresi3n de afecto, sentimientos y emociones; la recreativa, que engloba todo lo que la sexualidad tiene de gratificante, placentero, fantasioso, ilusi3n, entre otros y la reproductiva, que se refiere a todos los aspectos de la procreaci3n, la dimensi3n de ser padres, y otras, todas íntimamente relacionadas, pero tambi3n diferenciabiles.⁴⁻⁸

La sexualidad en la dimensi3n de la persona es una parte integrante de la identidad y marca necesariamente la forma de interaccionar con los otros, respetar a los dem3s, la b3squeda de encuentro, comunicaci3n y relaci3n, estas actitudes se van a comportar de forma diferente en las personas con discapacidades intelectuales debido a sus característic3s biopsicosociales.⁹

La discapacidad intelectual es un estado en el cual el desarrollo de la mente es incompleto o se detiene, caracterizado por un funcionamiento general subnormal, especialmente acusado en el aspecto intelectual acompa3ado de alteraciones en la maduraci3n, el aprendizaje y la adaptaci3n social.¹⁰⁻¹²

De acuerdo con datos de la Organizaci3n Mundial para la Salud (OMS), se calcula que en el mundo aproximadamente entre el 3-10 % de la poblaci3n vive con discapacidad intelectual y de ellas m3s del 65 % es del sexo femenino, constituyendo un problema social de salud reproductiva. En los países subdesarrollados, alrededor del 25 % de la poblaci3n femenina presenta discapacidad intelectual, generados sobre todo por ausencia de atenci3n m3dica a las gestantes, nacimientos domiciliarios, inexistencias de programas de vacunaci3n, deficiencias nutricionales, enfermedades infecciosas del sistema nervioso, parasitismo masivo y la deprivaci3n sociocultural, a lo cual se le suma que el acceso a los servicios educativos de sexualidad es ínfimo por cuestiones econ3micas, polític3s estatales, culturas y creencias de la poblaci3n, lo cual incrementa el riesgo de conductas sexuales inadecuadas. Sin embargo, no dista mucho de algunos países desarrollados como Espa3a, Estados Unidos, donde a pesar de contar con programas establecidos para mejorar la sexualidad en este tipo de personas aun no son evidentes los resultados.^{8-10,13}

Durante mucho tiempo no se ha reconocido la sexualidad de la persona con discapacidad y aun en menor medida la sexualidad de la mujer con discapacidad, se la ha considerado como una eterna ni3a o llegando al polo opuesto como poseedora de instintos sexuales exacerbados, con lo cual siempre se ha intentando ocultar esta dimensi3n de su persona.^{5,7}

En el ámbito de la educaci3n sexual en las personas con discapacidad intelectual se forma una unidad educativa compuesta por la familia, el centro educativo y los centros

coordinadores de salud, siendo esencial que todos participen, colaboren de forma coordinada llegando a consensos sobre las medidas a tomar y acuerdos sobre las acciones a desarrollar con alienación de objetivos y con compromiso de corresponsabilización mutua en el tema para modificar las diferentes conductas de riesgo que se puedan evidenciar. Aunque, en no pocos casos la persona con discapacidad intelectual pasa su vida entre el centro educativo y el hogar familiar, teniendo por tanto un mayor impacto estos agentes en la educación. El acceso a otros canales de información y formación en muchos casos es restringido.^{12,13}

A nivel mundial no existen muchos estudios que abarquen la sexualidad en las personas con discapacidad intelectual, pero se ha evidenciado la discriminación que existe en este sentido al negarles toda posibilidad de satisfacer sus necesidades afectivas y sexuales. De igual forma se ha considerado que la falta de educación sexual en este grupo de riesgo ha condicionado los abusos sexuales, embarazos no planificados e incremento de las infecciones de transmisión sexual.^{12,13}

En Cuba se han desarrollado diversas estrategias desde el nivel educacional que incluye los programas de salud de forma integral con participación de la escuela y la familia, y constituye una prioridad en los servicios sanitarios, los centros de diagnóstico y orientación (CDO) establecidos en cada municipio del país unido al equipo básico de salud brindan asesoría y atención diferenciada a la mujer con discapacidad intelectual, son seguidas de forma individualizada en el riesgo preconcepcional donde se realizan una serie de acciones para el goce de una salud reproductiva y sexual plena a pesar de su incapacidad física o mental.

En la provincia de Las Tunas existe un incremento del inicio de relaciones sexuales desprotegidas y embarazos de alto riesgo obstétrico en las mujeres con discapacidad intelectual y unido a ello la sobreprotección familiar de estas pacientes y los tabúes sociales, existen perjuicios de hablar del tema de la sexualidad de forma libre y espontánea por el temor a despertar el interés en este aspecto tan sensible en el desarrollo de la vida humana, lo cual constituye un verdadero reto para la salud reproductiva de la mujer con discapacidad intelectual en la adecuada educación sexual y la necesidad de incrementar las acciones de salud en este sentido, basado en lo anteriormente expuesto, se realiza este estudio con la finalidad de evaluar los efectos de una intervención educativa en la sexualidad responsable de mujeres con discapacidad intelectual.

MÉTODOS

Se realizó un estudio cuasiexperimental de intervención educativa en el policlínico "Dr. Gustavo Aldereguía" de la provincia Las Tunas de enero de 2010 a diciembre de 2011.

La muestra estuvo conformado por 114 mujeres con discapacidad intelectual, ligera o moderada, diagnosticadas en el Centro de Diagnóstico y Orientación, previo consentimiento de la paciente y el familiar o tutor.

Las variables estudiadas fueron: edad de la primera relación sexual, paridad, necesidad de aprendizaje sobre sexualidad responsable, técnicas educativas desarrolladas, nivel de conocimientos sobre sexualidad después de la intervención y prácticas demostradas de sexualidad después de la intervención.

La investigación se estructuró en tres etapas: diagnóstica, de intervención y de evaluación.

Etapa diagnóstica

Para realizar la investigación se revisaron documentales iniciales en la literatura sobre aspectos referentes a salud reproductiva en la discapacidad intelectual y las diferentes acciones de promoción y educación sexual, así como la influencia de los gestores de salud y la familia en la calidad de vida de estas pacientes, esto permitió determinar las variables de interés de estudio. Se registraron los documentos establecidos en la consulta de riesgo preconcepcional del policlínico desde el punto de vista estadístico, lo que permitió acceder a las fichas individuales de pacientes, conformando el registro primario.

Con la información obtenida en la revisión documental se elaboró una encuesta de carácter anónimo que fue el instrumento de la investigación para caracterizar a las pacientes; así como la confección de un cuestionario con fines de entrevistas a profundidad para medir el grado de conocimientos sobre sexualidad. Ambos instrumentos fueron valorados por un comité de expertos, integrado por psicólogos, sexólogos y especialistas en ginecología y obstetricia. El grupo, además de aprobar los criterios e indicadores propuestos por los autores, establecieron los estándares para la evaluación de los diferentes aspectos referidos en el trabajo y los resultados de la atención médica.

Una vez validados los instrumentos, se brindaron instrucciones para su aplicación, se les explicó a los familiares o tutores de las pacientes en que consistían los mismos, se aplicaron siempre con el familiar presente teniendo en cuenta las características individuales de las pacientes.

Después se realizó un análisis descriptivo inicial que permitió identificar las necesidades de aprendizaje sobre el tema en cuestión en la muestra estudiada.

Etapas de intervención

Identificadas las necesidades de aprendizaje, se aplicó la intervención educativa a través de la implementación de un programa capacitador, el que consistió en orientar y explicar aspectos esenciales de educación sexual teniendo en cuenta los aspectos negativos determinados en la entrevista, así como se diseñaron materiales de orientación dirigidos al paciente y su familia sobre prácticas sexuales seguras en mujeres con discapacidad.

El diseño educativo se elaboró y se aplicó en coordinación con el departamento de educación y promoción de salud de la institución donde participaron psicólogos y sexólogos en su validación, una vez diseñado se sometió primero a la consideración individual del comité de expertos, consejo científico y al consenso colectivo, después de realizadas las modificaciones sugeridas, recomendaron iniciar su aplicación.

El programa educacional se impartió con una frecuencia de una hora y media semanal, se dividió la muestra en 5 grupos para poder realizar los encuentros docentes.

Durante esta etapa a los pacientes y familiares se les realizó un seguimiento del cumplimiento de las orientaciones y de la evolución clínica del paciente.

Etapas de evaluación

Al final de la intervención se aplicó nuevamente el test inicial para comparar y evaluar los conocimientos adquiridos por las pacientes con los mismos criterios de evaluación solo que en esta última etapa se evaluaron las prácticas demostradas de sexualidad considerándolas adecuadas cuando la paciente mantuviera relaciones sexuales estables, manifestara de forma verbal las medidas para protegerse contra las infecciones ginecológicas y regulara la natalidad con la utilización de métodos anticonceptivos, sobre todo el uso del preservativo, sino fueron evaluadas de no adecuadas.

Para analizar la información obtenida se aplicó la técnica de análisis de contenido, dirigida a interpretar las informaciones contenidas en el documento bajo la óptica establecida en los objetivos de la investigación. El análisis, dirigido a revelar la esencia del material analizado, permite captar ideas fundamentales, seguir su génesis, establecer la lógica en que se fundamentan y sopesar las consecuencias.

La información fue registrada en una base de datos del Software EXCELL de forma sistemática. Los resultados se expusieron en tablas y se les determinó valor porcentual para su mejor comprensión e interpretación.

Para la realización del estudio se obtuvo el consentimiento informado de las personas que participaron, se les explicó los objetivos de la investigación y la posibilidad de salir del mismo si fuese su deseo.

RESULTADOS

Al relacionar las mujeres con discapacidad intelectual según paridad y edad de primera relación sexual, como se observa en la [tabla 1](#), predominaron las que han tenido de 1-2 hijos (47,36 %) e iniciaron las relaciones sexuales entre 15-19 años de edad (42,98 %).

Tabla 1. Distribución porcentual de mujeres según paridad y edad de primera relación sexual

Edad de primera relación sexual (años)	Paridad							
	0		1-2		3 y más		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
< 15	3	2,63	16	14,03	12	10,52	31	27,19
15-19	24	21,05	23	20,17	2	1,75	49	42,98
20-24	15	13,15	15	13,15	4	3,50	34	29,82
Total	42	36,84	54	47,36	18	15,78	114	100,0

Se constata en la [tabla 2](#) las mujeres con discapacidad intelectual según necesidad de aprendizaje sobre sexualidad responsable, donde 106 casos (92,98 %) demostraron déficit de conocimientos sobre la utilización de métodos anticonceptivos, sus ventajas y precauciones y la baja percepción del riesgo del cambio frecuente de pareja.

Tabla 2. Distribución porcentual de mujeres según necesidad de aprendizaje sobre sexualidad responsable

Necesidad de aprendizaje	No.	% (n=114)
Utilización de métodos anticonceptivos	106	92,98
Comprensión de las ventajas y precauciones de los anticonceptivos	106	92,98
Percepción del riesgo del cambio frecuente de pareja	106	92,98
Medidas para prevenir las infecciones ginecológicas	98	85,96
Violencia doméstica y sexual	83	72,80
Relación de pareja y patrones afectivos	78	68,42
Cambios puberales	63	55,26

En la [tabla 3](#) se aprecia distribución porcentual de las mujeres con discapacidad intelectual según técnicas educativas desarrolladas para vulnerar los problemas identificados donde se desarrollaron técnicas educativas como sociodramas y juegos de roles con la participación de 114 casos (100,0 %).

Tabla 3. Distribución porcentual de mujeres según técnicas educativas desarrolladas para vulnerar los problemas identificados

Técnicas educativas	No.	%
Sociodramas	114	100
Juegos de roles	114	100
Intervención familiar	98	85,96
Consejería cara a cara	63	55,26

En la [tabla 4](#) se observa distribución porcentual de las mujeres con discapacidad intelectual según nivel de conocimientos adquiridos y prácticas de sexualidad responsable después de intervenir, alcanzándose un nivel de conocimientos adecuado sobre aspectos de sexualidad en 99 casos (86,84 %), con prácticas de sexualidad adecuadas en 85 pacientes (74,56 %).

Tabla 4. Distribución porcentual de mujeres según nivel de conocimientos adquiridos y prácticas de sexualidad responsable después de intervenir

Nivel de conocimientos	Prácticas de sexualidad responsable				Total	
	Adecuadas		Inadecuadas			
	No.	%	No.	%	No.	%
Adecuado	75	65,78	24	21,05	99	86,84
Inadecuado	10	8,77	5	4,38	15	13,15
Total	85	74,56	29	25,43	114	100,0

DISCUSIÓN

Una de las dificultades encontradas para la realización de este trabajo ha sido la escasez de estudios sobre educación sexual, más concretamente, programas de intervención que hayan sido llevados a la práctica en la discapacidad intelectual.

En su trabajo "Sexualidad y deficiencia mental" *Crespo*¹² señala que la persona con discapacidad mental requiere de un sistema de enseñanza que le guíe individualmente en lo que respecta a su educación sexual, para que pueda aprender a comportarse como hombre o como mujer, según sus limitaciones y necesidades particulares, y esto lo aprende mejor si se comprende a sí mismo y si entiende sus relaciones con los demás.

Coincidiendo con lo referido, *López de Castro y cols.*¹¹ y un informe emitido por el Sistema de Salud en México¹² manifiestan que es muy frecuente que en el ámbito familiar donde se desarrolla la mayor parte de los valores humanos se oculte todo lo relacionado con la sexualidad por miedo a excitar interés, retardar las manifestaciones del instinto sexual, aminorar su angustia o eludir responsabilidades en las respuestas o actuaciones. Las personas con discapacidad manifiestan emociones e impulsos sexuales similares a los de los demás miembros de la sociedad; pero, como es lógico, con menos conocimientos, lo que dificulta las posibilidades de resolver los diversos problemas e inquietudes que en este sentido pueden surgir.

Las familias y el personal especializado muchas veces dedican más tiempo a la educación y rehabilitación en sentido general, pero no tanto a la educación de la sexualidad, olvidándose de tratar sobretodo en los adolescentes las cuestiones fundamentales de la vida social en pareja. Por otro lado, en datos estadísticos se ha evidenciado una tendencia al incremento de la paridad y del inicio de las relaciones sexuales en estas féminas como consecuencia de la desinformación de la familia sobre métodos de planificación familiar.¹⁰⁻¹²

El inicio de cualquier relación sexual se considera adecuado cuando se realice a partir de la madurez de los órganos sexuales, debido a todas las consecuencias biológicas que repercuten negativamente en la vida reproductiva de la mujer.¹³

En su estudio, *Freire*¹³ señala la disyuntiva que existe entre la tenencia de hijos y la práctica sexual de estas pacientes, señalándose cómo la sociedad en ocasiones repudia las actividades sexuales de los mismos, se les trata como personas asexuadas prohibiéndoles en muchos hogares las relaciones de pareja y la tenencia de hijos.

Coincidimos con los hallazgos de este estudio, donde el inicio cada vez más precoz de las relaciones sexuales trae consigo el aumento de la paridad. Las acciones educativas en este grupo de riesgo deben iniciar desde el momento en que se diagnostica la afección, preparar a la familia para enfrentar los retos que se le avecinan, haciéndole saber los derechos en sexualidad que tienen estas personas e identificar oportunamente cualquier situación que conlleve a conductas sexuales riesgosas debido a mitos y tabúes sociales, se hace necesario establecer un vínculo muy estrecho con la familia, la escuela y los decisores de salud en función de incrementar las acciones educativas en cuanto al momento adecuado del inicio de las relaciones sexuales y la regulación de la fecundidad, no se comparte el criterio de que se les obligue a la esterilización definitiva y a enajenarlas del medio social en que se desarrollan.

En el estudio realizado por *Morales y cols.*¹ se plantea que los programas de educación sexual dirigidos a las personas con discapacidad mental deben ir encaminados a ayudarlos a entenderse sexualmente, para que así tomen decisiones responsables que les permitan prevenir problemas sociales, tales como: los embarazos no deseados, la prevención de las infecciones de transmisión sexual, las consecuencias del embarazo precoz, y estas acciones educativas deben impartirse con la misma calidad como la

que necesitan las personas normales, sin menospreciar la preparación de los tutores como principal vía de comunicación directa de estas pacientes.

Por su parte, *Mañas*⁴ exhorta al incremento de las acciones educativas sobre los beneficios del uso de los métodos anticonceptivos, promocionando el uso del preservativo por todas las ventajas que posee: evita los embarazos, disminuye el riesgo de las infecciones de transmisión sexual y evita el cáncer cérvico-uterino, señala la necesidad de identificar cualquier manifestación de violencia doméstica debido a la vulnerabilidad que tienen estas pacientes a ser sexualmente maltratadas, hace énfasis en el papel protagónico de la familia para abrir el diálogo oportuno, elevar el grado de percepción del riesgo del cambio frecuente de pareja con el ejemplo de los padres y tutores, ya que muchos de las pacientes con discapacidad intelectual reproducen patrones de conducta basado en lo que son capaces de ver y aprender.

En este estudio se evidencia la baja percepción que tenían las pacientes sobre el uso y ventaja de los métodos anticonceptivos y del cambio frecuente de pareja, estos aspectos constituyen un factor vulnerable para el incremento de las Infecciones de Transmisión Sexual, el embarazo, así como los desórdenes en su sexualidad. La educación sexual es un elemento de la educación en general, que busca cumplir con un objetivo de carácter formativo, creando en el individuo, sea niño, joven o adulto, una serie de actitudes, valores y comportamientos ante su propio cuerpo, hacia la realidad de su sexo, así como de su rol actual y futuro. De ahí que educar sexualmente implica completar el desarrollo integral del individuo, se evita que se forme una imagen distorsionada, negativa o falsa sobre el sexo y su sexualidad, y contribuye a evitar futuros problemas relacionados con este aspecto.

Los temas o contenidos de los programas de educación sexual están determinados por diversos aspectos, entre otros: la concepción teórica que se tenga sobre la educación sexual, los valores, información y actitudes que se pretendan promover, los objetivos o propósitos del programa, los destinatarios, los recursos y técnicas de enseñanza disponibles, el tiempo y lugar donde se llevará a cabo la planificación, etc. Una de las técnicas educativas muy usadas en este sentido son el *Role play* y *sociodrama*. El role play sirve para practicar las nuevas habilidades sociales con la finalidad de explorar resultados en situaciones sociales sin que haya consecuencias.⁷⁻⁸

En la literatura revisada se exponen las características de conducta sexual de las personas con discapacidad intelectual, planteándose que la persona con retraso mental leve explora, adapta y controla sus impulsos sexuales como el resto de las personas. Responde a la educación de su sexualidad por las modalidades verbales comunes, igualmente a la orientación o la terapia en caso de necesitarla. Es un desconocedor ingenuo sobre el intercurso sexual, pero desea por lo general la relación sexual, entra en ella con facilidad sin anticipar las consecuencias. Tiene esas necesidades antes de aprender el control necesario, antes de aprender la expresión social adecuada de las mismas. Trata de satisfacer esas necesidades siendo a veces abusivos con su pareja o dejándose abusar de ella.^{12,13}

Los individuos con diagnóstico de retraso mental moderado pueden llegar a manifestar una demora en el desarrollo de sus caracteres sexuales secundarios. Puede pensarse en una inmadurez biológica, pero ocurre también que el comportamiento psicosexual y en general adaptativo no es inicialmente accesible al sujeto deficitario. Funciona a nivel de reforzamientos primarios, los más primitivos. Pudiera responder a educación sexual y a la orientación, pero se prefiere emplear técnicas de modificación de conducta. Algunas personas con diagnóstico de retraso mental moderado pueden desarrollar habilidades para relaciones de amor y de cuidado en la pareja; lo que incluye la vida sexual. Otros, solo esporádicamente se involucran en relaciones sexuales. Pero todos sienten si se autoestimulan sexualmente.^{12,13}

Es por ello que es muy común que las mujeres discapacitadas sean tan vulnerables y marginadas socialmente, es oportuno desde la labor educativa e intervención familiar frenar estas conductas que se promueven en el medio social actual. En este estudio, con las intervenciones realizadas con las pacientes discapacitadas, se logró una participación de la familia en algunos momentos de la capacitación, esto se realizó con doble intención, lograr que las mujeres discapacitadas cooperaran con la investigación y que recibieran el apoyo familiar en este sentido. La mayoría de las discapacitadas demostraron al final conocimientos de cómo protegerse de las infecciones ginecológicas, refirieron la necesidad de estar con una sola pareja, de mejorar los lazos familiares en tema de comunicación, así como el uso de métodos anticonceptivos a través de la consulta de planificación familiar.

Dentro de los temas más discutidos en este trabajo fue el referido a los derechos de las personas con discapacidad intelectual donde se establece que deben recibir una preparación como adulto responsable con garantía de calidad de vida, protección contra abusos sexuales, que expresen sus impulsos sexuales y que estos sean socialmente aceptados de la misma manera que se hace con las demás personas, que su cuerpo no sea objeto de maltrato y su sexualidad no se use como forma de explotación, así como la información que se le brinde por padres y maestros le sea dada de forma coherente y respetando en todo momento sus necesidades específicas, que les permita hacerse responsables de su conducta sexual sin causarse problemas a sí mismo o a otros.

Se concluye que la intervención educativa fue efectiva al mejorar el nivel de conocimientos sobre sexualidad responsable en la esfera reproductiva y lograr estabilidad de la pareja sexual de la mujer con discapacidad intelectual.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Morales Martínez G, López Ramírez E. Actitudes hacia la sexualidad de las personas con discapacidad intelectual. Med. Clin. (Bar). 2011;4(18):24-32.
2. Barzaga M, López C, Atencio S. Consejería de educación a familias de personas discapacitadas. En: Familia y Desarrollo Humano. Madrid: Editorial MAPFRE; 2007. p. 399-421.
3. Red Latinoamericana de Organizaciones no Gubernamentales de Personas con Discapacidad y sus Familias (RIADIS). La situación de las personas con discapacidad en América Latina y el Caribe [sitio en Internet]. 2008 [citado 14 Ene 2010]. Disponible en: <http://www.riadis.net/documentos-historia/situacion-discapacidad-america-latina-y-caribe/>
4. Mañas Viejo C. Mujeres y diversidad funcional (discapacidad): construyendo un nuevo discurso. Rev. Sexol. (Mex). 2009;13(12):9-20.
5. Martínez-Salanova Sánchez E. Cine y discapacidad. Cine sobre mujeres y hombres con diversidad funcional [serie en Internet]. 2008 [citado 20 Dic 2008];36(22):[aprox. 3 p.]. Disponible en: http://www.uhu.es/cine.educacion/cineyeducacion/temas_discapacidad.htm
6. Naciones Unidas. Los derechos y la dignidad de las personas con discapacidad [sitio en Internet]. 2010 [citado 12 Ene 2010]. Disponible en: <http://www.un.org/spanish/disabilities/>
7. Dolores Izuzquiza G. Tú y yo aprendemos a relacionarnos. Programa para la enseñanza de habilidades sociales en el hogar. Fundacion Prodis. Down España. [serie Internet]. 2009 [citado 15 Feb 2010];23(12):[aprox. 4 p.]. Disponible en: http://www.sindromedown.net/adjuntos/cPublicaciones/32L_hsocialesfamilias1.pdf
8. Down Syndrome: eMedicine Pediatrics: Genetics and Metabolic Disease. Chen H. [serie Internet.] 2009 [citado 1 Ago 2009]:[aprox. 5 p.]. Disponible en: <http://www.emedicine.medscape.com/article/943216-overview>
9. Educar la sexualidad de las personas con Síndrome de Down. Propuestas de orientación [Internet]. Amor Pan JR. Fundación Iberoamericana Down21. 2007 [citado 20 Dic 2008]. Disponible en: http://www.down21.org/educ_psc/sexualidad/sexualidad.htm.e-México
10. Los Hermanos de las Personas con Síndrome Down [Internet]. México: Sistema Nacional e-México [actualizado 24 Feb 2004; citado 20 Dic 2008]:[aprox. 2 p.]. Disponible en: http://www.207.249.10.121/wb2/eMex/eMex_5ff5

11. López de Castro F, Lombardía Prieto J. Novedades y anticoncepción hormonal. Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud. 2005;29(3):57-68.
12. Crespo G. Sexualidad y deficiencia mental: algunos datos de Afanias. En AA. VV. Sexualidad en personas con minusvalía psíquica. Ponencias de la Primera Conferencia Nacional. Madrid: Instituto Nacional de Servicios Sociales; 1993.
13. Freire B, Gómez J. Estudio sobre la sexualidad del deficiente mental. En AA. VV. Sexualidad en personas con minusvalía psíquica. Ponencias de la Primera Conferencia Nacional Madrid: Instituto Nacional de Servicios Sociales. 1993.

Recibido: 2015-06-16.

Aprobado: 2016-02-03.

Correspondencia:

Juana Lupe Muñoz Callol. Licenciada en enfermería. Universidad de Ciencias Médicas de Las Tunas. Cuba. E-mail: juanalupe@ltu.sld.cu