



UNIVERSIDAD ABIERTA INTERAMERICANA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA Y RELACIONES HUMANAS
TESIS DE GRADO

*“Actitudes hacia la sexualidad de personas con discapacidad
intelectual en estudiantes de Psicología de la Universidad Abierta
Interamericana.”*

Alumno: Daniel Justo.

Director: Sebastián Gabini.

Título a obtener con la presentación de la tesis: Licenciatura en Psicología.

Diciembre de 2023.

Índice

<u>Resumen</u>	<u>4</u>
<u>1. Introducción</u>	<u>5</u>
<u>1.1 Objetivo general</u>	<u>8</u>
<u>1.2 Objetivos específicos</u>	<u>8</u>
<u>1.3 Relevancia</u>	<u>9</u>
<u>1.3.1 Relevancia teórica</u>	<u>9</u>
<u>1.3.2 Relevancia práctica</u>	<u>9</u>
<u>1.3.3 Relevancia social</u>	<u>9</u>
<u>2. Marco teórico</u>	<u>10</u>
<u>2.1 Derechos de la Personas con Discapacidad</u>	<u>10</u>
<u>2.2 Derechos Sexuales y procreación responsable</u>	<u>11</u>
<u>2.3 Historicidad de la discapacidad</u>	<u>12</u>
<u>2.4 Clasificación Internacional de Funcionamiento, Discapacidad y Salud</u>	<u>15</u>
<u>2.5 Las actitudes como facilitadoras o barreras de la integración</u>	<u>18</u>
<u>2.6 Contacto con Personas con Discapacidad y actitudes positivas.</u>	<u>20</u>
<u>2.7 Prejuicios en estudiantes y profesionales de la salud.</u>	<u>21</u>
<u>2.8 Estado actual de la Discapacidad</u>	<u>23</u>
<u>3. Método</u>	<u>25</u>

<u>3.1 Diseño</u>	<u>25</u>
<u>3.2 Participantes</u>	<u>25</u>
<u>3.3 Instrumentos</u>	<u>26</u>
<u>3.4 Procedimiento</u>	<u>27</u>
<u>4. Resultados</u>	<u>28</u>
<u>4.1. Análisis de datos</u>	<u>28</u>
<u>4.1.1 Actitud según Carrera</u>	<u>29</u>
<u>4.1.2 Actitud según contacto con PcD intelectual</u>	<u>30</u>
<u>4.1.3 Actitud según materias aprobadas</u>	<u>31</u>
<u>4.1.4 Actitud según la creencia religiosa</u>	<u>32</u>
<u>5. Discusión y Conclusión</u>	<u>38</u>
<u>6. Referencias</u>	<u>42</u>
<u>7. Anexos</u>	<u>48</u>
<u>7.1 Cuestionario de datos sociodemográficos</u>	<u>48</u>
<u>7.2 Cuestionario de actitudes hacia el ámbito de la sexualidad de las personas con discapacidad intelectual</u>	<u>53</u>

Resumen

La presente investigación tiene como objetivo principal analizar las actitudes hacia el ámbito de la sexualidad en personas con discapacidad, en estudiantes de Psicología de la UAI. También se indaga sobre el impacto que tiene el contacto con personas con discapacidad en las actitudes de los encuestados, las actitudes según cantidad de materias aprobadas y se compararon las actitudes con estudiantes de otras carreras. Para la realización de esta investigación se han recogido datos sociodemográficos y se ha utilizado el cuestionario de Actitudes hacia el Ámbito de la Sexualidad de las personas con Discapacidad Intelectual (ARSEXDI, 2013). La muestra consta de 100 participantes, 57 estudiantes de la carrera de Psicología y 47 estudiantes de otras carreras de la UAI. Los resultados han revelado que los estudiantes de la UAI (sede centro) suelen tener una actitud favorable hacia el ámbito de la sexualidad en personas con discapacidad intelectual. En cuanto al contacto con personas con discapacidad intelectual, no se ha observado un impacto en la actitud hacia el ámbito de la sexualidad de dicho grupo. La cantidad de materias aprobadas, sí resulta beneficioso a la actitud hacia la sexualidad en personas con discapacidad intelectual. Por último, los estudiantes de la carrera de Psicología, en comparación con estudiantes de otras carreras, tienden a manifestar actitudes más positivas hacia la sexualidad en personas con discapacidad intelectual.

Palabras claves: Actitudes, Sexualidad, Discapacidad.

1. Introducción:

Una de las principales barreras para la inclusión e integración de las personas con discapacidad son las actitudes y expectativas negativas que las personas tienen hacia ese colectivo. Aun en la actualidad, las personas con discapacidad (PcD) continúan padeciendo distintos tipos de discriminación vinculadas a prejuicios y actitudes negativas (Polo et al. 2011). Ya desde hace unos años a esta parte que la concepción de discapacidad se centra en las restricciones sociales más que en la deficiencia personal. Según la Clasificación Internacional de Funcionamiento, de la discapacidad y la salud (CIF), Discapacidad es el término genérico que incluye déficits, limitaciones y restricciones e indica los aspectos negativos de la interacción entre el individuo (con una condición de salud dada) y sus factores contextuales (factores ambientales y personales) (Organización Mundial de la Salud, 2001). Bajo este mismo marco teórico, las actitudes son las consecuencias observables, prácticas, ideologías, valores, normas, creencias reales y creencias religiosas. Estas actitudes median e influyen en el comportamiento y vida social del individuo en todos los ámbitos, y pueden producir tanto prácticas positivas como negativas.

Un aspecto central en la vida de las personas, y que está presente en todas las etapas de la vida, es la sexualidad (OMS, 2014). En el 2006, con la Convención Internacional sobre los derechos de las PcD, se remarca el derecho a gozar del más alto nivel posible de salud sin discriminación por motivos de discapacidad. A pesar

de ello, las PcD continúan teniendo dificultades a la hora de acceder y ejercer los derechos sexuales y reproductivos. La sexualidad de las PcD sigue siendo un tema tabú, negado socialmente, cargado de prejuicios y mitos (INADI, 2012).

La persistencia de prejuicios y actos de discriminación se convierten en evidencia que la integración de PcD a actividades sociales no han mostrado mejoras en la inclusión y participación, especialmente en lo relativo a relaciones interpersonales y autoestima por el hecho de afrontar el riesgo al rechazo (A. Palacios, 2008.). En ese sentido, diversos estudios (Delgado, A. et al, 2015) afirman que tanto la formación, como el contacto con PcD, favorecen a actitudes más positivas hacia las PcD. Tanto el contacto estructurado, como la información permiten tener un acercamiento a la realidad de la discapacidad, generando así expectativas más ajustadas y a eliminar barreras y prejuicios (Gartrell, 1986). Aun así, el contacto con PcD sin más, no es suficiente para un cambio de actitud. La mejora, también va asociada a un mayor conocimiento de la discapacidad.

Esto último revela la importancia de continuar el desarrollo del conocimiento y la producción de estudios sobre el tema. No solo es importante acumular estudios sobre la temática, sino que cada trabajo aporta, indefectiblemente, revisión teórica y divulgación sobre la temática, problematizando la naturalización de derechos básicos vulnerados en una población postergada como la de las PcD.

Por otro lado, revisar las actitudes de futuros agentes de salud, como lo son los y las estudiantes de psicología, visibiliza los prejuicios y estereotipos que operan a la hora de una intervención, así como también los conocimientos que se poseen en el ámbito de la sexualidad en PcD.

Intervenir en la sexualidad no solo es intervenir en el cuidado del cuerpo y la reproducción, sino también se interviene sobre los vínculos, las relaciones interpersonales. La sexualidad es un aspecto central en la vida de todas las personas que incluye, además de sexo, identidad, género, erotismo, placer, intimidad, pensamientos, deseos, fantasías, creencias, actitudes, entre otras cosas (OMS, 2014) Así pues, revisar las actitudes de estudiantes de Psicología en esta área, puede brindarnos futuros profesionales comprometidos en forjar una sociedad con menos prejuicios.

A su vez, de hace un tiempo a esta parte, la discapacidad es entendida como la restricción social que se ejerce sobre personas con afecciones permanentes. De esta manera, la actitud de los actuales y futuros profesionales nunca debe ser parte de esa restricción. Una actitud sesgada, negativa y/o restrictiva no hace más que robustecer la barrera de acceso a los derechos de las PcD. Solo una actitud actualizada, positiva y facilitadora puede comenzar a garantizar el acceso a los derechos para PcD.

A su vez, revisar las actitudes, en buena medida, es revisar creencias y conocimientos. En ese sentido, esta información también puede dar luz a

necesidades del cuerpo teórico de la carrera de Psicología en la Universidad Abierta Interamericana.

1. Objetivo general.

Analizar y comparar las actitudes hacia el ámbito de la sexualidad de personas con discapacidad intelectual en estudiantes de Psicología con estudiantes de otras carreras de la UAI.

1.2 Objetivos específicos:

- Analizar y comparar las actitudes hacia la sexualidad en personas con discapacidad intelectual en estudiantes de Psicología con respecto a estudiantes de otras carreras.
- Analizar y comparar las actitudes hacia el ámbito de la sexualidad en estudiantes de UAI según tengan o no contacto con una persona con discapacidad intelectual.
- Analizar y comparar las actitudes hacia el ámbito de la sexualidad en estudiantes de UAI según materias aprobadas.
- Analizar y comparar información relevante surgida del cuestionario sociodemográfico y actitud hacia el ámbito de la sexualidad de PcD intelectual.

1.3. Relevancia

1.3.1. Teórica

Este estudio podrá brindar información sobre la situación actual en cuanto a las actitudes hacia la sexualidad en PcD intelectual en estudiantes de Psicología.

1.3.2. Práctica

Las actitudes guían la conducta de las personas por lo que estos datos acerca de las actitudes de las y los estudiantes de Psicología, podrían informar acerca del contexto de creencias actual que poseen los estudiantes de Psicología como futuros profesionales de la salud mental.

1.3.3. Social

Los derechos sexuales y reproductivos de las personas con discapacidad siempre han sido postergados, desestimados u omitidos a lo largo de la historia. Producir nuevas conciencias acerca de este derecho vulnerado en muchas PcD, es de relevancia en una sociedad más integrada.

2. Marco teórico

2.1 Derechos de las personas con discapacidad: Convención Internacional sobre los derechos de las personas con discapacidad.

El 13 de diciembre de 2006, la ONU promulgó la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. En su artículo 25, se establece que las PcD tienen derecho a gozar del más alto nivel posible de salud sin discriminación por motivos de discapacidad. Para el cumplimiento de ésta, los Estados parte se comprometen a proporcionar a las PcD, programas y atención de la salud gratuitos o a precios asequibles de la misma variedad y calidad, incluso en el ámbito de la salud sexual y reproductiva. También se le exige a los profesionales de la salud que presten a las PcD atención de la misma calidad que a las demás personas sobre el consentimiento libre e informado, entre otras formas mediante la sensibilización respecto de los derechos humanos, la dignidad, la autonomía y las necesidades de las PcD a través de la capacitación y promulgación de normas éticas para la atención de la salud en ámbitos públicos y privados.

El objetivo principal de la Convención, es asegurar el uso del principio de no discriminación en cada uno de los derechos, para que puedan ser ejercidos en igualdad de oportunidades por las PcD. En otras palabras, la Convención enfatiza que las PcD tienen los mismos derechos que cualquier otra persona.

2.2 Salud sexual y procreación responsable.

A nivel local la ley 25.673, sancionada el 31 de octubre del año 2002, crea el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación responsable en el ámbito del Ministerio de Salud de la Nación. Allí se expresa que todas las personas tenemos derecho a disfrutar de una vida sexual saludable y placentera, sin presiones ni violencia, ejercer la orientación sexual libremente y sin sufrir presiones ni violencia. Decidir si tener o no tener hijos, cuándo y con quién tenerlos, el número de hijos y el espaciamiento entre sus nacimientos. Recibir atención gratuita de nuestra salud sexual y reproductiva, obtener el método anticonceptivo que más se adapta a cada necesidad, criterio y creencia. Acceder gratis a los métodos anticonceptivos en hospitales, centros de salud, obras sociales y prepagas y acceder a la atención con garantía de intimidad, igualdad y no discriminación en los servicios de salud.

Así pues, todas las personas tienen derecho a disfrutar de una vida sexual elegida, sin violencia, riesgos ni discriminación.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014) la sexualidad se define como:

“...un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida. Abarca al sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se vivencia y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales. La sexualidad puede incluir todas

estas dimensiones, no obstante, no todas ellas se vivencian o se expresan siempre. La sexualidad está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales (OPS & OMS, 2014).”

Vale destacar, que la autonomía es el eje de todos los derechos reconocidos en la Convención sobre los derechos de las PcD. De este modo, la autonomía se encuentra estrechamente relacionada a la sexualidad, en tanto supone constituirse como sujeto capaz de elegir sobre la propia vida en todos los aspectos. Los Derechos Sexuales se configuran en torno a la toma de decisiones en el ámbito público (elegir y/o ser elegida/o), pero además significa tomar decisiones autónomas sobre el propio cuerpo, la vida y también, en la reproducción.

2.3 Discapacidad: historicidad de definición de discapacidad.

En lo relativo a la discapacidad, se puede afirmar que es un concepto que ha variado en el transcurrir de la historia. Palacios, A. (2008) realiza un recorrido exhaustivo de la discapacidad a lo largo de los tiempos. Allí distingue tres modelos de tratamiento, a saber:

1. Modelo de Prescindencia.
2. Modelo rehabilitador.
3. Modelo social.

El primer modelo, supone que el origen de la discapacidad es religioso, y que las personas con discapacidad se consideran innecesarias ya que no contribuían a las

necesidades de la comunidad, y que son el producto del enojo de los dioses. En consecuencia, la sociedad decide prescindir de estas personas, ya sea a través de la aplicación de políticas eugenésicas, o ya sea aislándolas en un espacio destinado para anormales y pobres.

El modelo rehabilitador, considera que las causas que originan la discapacidad no son religiosas, sino científicas, es decir que la discapacidad son limitaciones individuales de las personas. Por un lado, aquí se relaciona la discapacidad con la salud o enfermedad. Y por otro, la discapacidad ya no es consideración de inutilidad o improductividad, siempre y cuando, sean rehabilitadas o normalizadas. En ese sentido, ciertas situaciones pasan a ser consideradas modificables. Este modelo se centra en la recuperación de la persona (dentro de sus posibilidades).

La consolidación y plasmación de este modelo se da en los inicios del siglo XX. Al finalizar la Primera Guerra Mundial, muchos hombres resultaron heridos de por vida; y también se incrementaron notablemente los accidentes laborales. El mutilado era una persona a quien le faltaba algo, ya fuera un órgano, un sentido o una función. Asimismo, la educación especial se convierte en una herramienta ineludible en dicho camino de recuperación o rehabilitación. Dentro de las prácticas habituales, aparece un fenómeno que lo caracteriza: la institucionalización. En efecto, las respuestas sociales se basaron en una actitud paternalista, centrada en los déficits de las personas.

Por último, el Modelo Social, no considera ni la religión ni la ciencia como causa de origen, sino que, mayormente, son causas sociales. Este modelo tiene su basamento en valores propios de los derechos humanos, la dignidad humana, la igualdad, la inclusión social, la libertad personal, vida independiente, no discriminación, accesibilidad universal y normalización del entorno.

La noción de persona con discapacidad desde el modelo social se basa en las limitaciones de la propia sociedad. Este modelo, realiza una distinción entre lo que comúnmente se denomina “deficiencia” y lo que se entiende por discapacidad. La deficiencia viene a ser la condición del cuerpo y de la mente, mientras que discapacidad son las restricciones sociales que se experimentan. La deficiencia — o diversidad funcional— sería esa característica de la persona consistente en un órgano, una función o un mecanismo del cuerpo o de la mente que no funciona, o que no funciona de igual manera que en la mayoría de las personas. En cambio, la discapacidad estaría compuesta por los factores sociales que restringen, limitan o impiden a las personas con diversidad funcional, vivir una vida en sociedad. Esta distinción permitió la construcción de un modelo que fue denominado “social” o “de barreras sociales” de discapacidad. De este modo, si en el modelo rehabilitador la discapacidad es atribuida a una patología individual, en el modelo social se interpreta como el resultado de las barreras sociales y de las relaciones de poder, más que de un destino biológico ineludible.

Al poner el énfasis en los factores sociales, las soluciones deben dirigirse hacia la sociedad y teniendo muy en cuenta el contexto social en el que se desarrolla la vida de todas las personas. Aquí el objeto de cambio es la sociedad y no las personas con “deficiencias”, es así que, tanto el diseño como la accesibilidad deben estar bajo el paraguas de la universalidad.

La Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, define como discapacidad a aquellas personas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al relacionarse con diversas barreras, quedan impedidas de su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con los demás.

En consonancia con las definiciones anteriormente mencionadas, este estudio se basará en la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) (OMS, 2001).

2.4 CIF: un lenguaje “universal” del funcionamiento humano.

La CIF es una clasificación de componentes de salud. Dicha clasificación está basada en un modelo integral del funcionamiento, la discapacidad y la salud. Consta de tres componentes esenciales. El primero de ellos, funciones y estructuras corporales, tiene que ver con las funciones fisiológicas/psicológicas y los elementos anatómicos, y es su ausencia o alteración lo que concebimos como deficiencias en las funciones y las estructuras. El segundo componente, la actividad, refiere a la ejecución individual de tareas y las dificultades que tiene una persona para

realizarlas, son las limitaciones. La participación, que es el tercer componente, refiere al desenvolvimiento de las situaciones sociales, y los problemas que el individuo experimenta en tal desenvolvimiento constituyen las restricciones.

Los tres componentes están integrados bajo los términos *funcionamiento* y *discapacidad* y dependen tanto de la condición de salud como de su interacción con los factores personales y ambientales. *Discapacidad* es el término genérico que incluye déficits, limitaciones y restricciones e indica los aspectos negativos de la interacción entre el individuo (con una condición de salud dada) y sus factores contextuales (factores ambientales y personales). Por el contrario, *funcionamiento* es el término genérico que incluye función, actividad y participación, indicando los aspectos positivos de esa interacción. Son las dos caras de una misma moneda dependiente de la condición de salud y de la influencia de los factores contextuales.

Estos últimos representan el trasfondo total, tanto de la vida de un individuo como de su estilo de vida. Incluyen los factores ambientales y personales.

Los factores ambientales constituyen el ámbito físico, social y actitudinal en el que las personas viven y desarrollan sus vidas. Los factores son externos a los individuos y pueden tener una influencia negativa o positiva en el desempeño/realización del individuo como miembro de la sociedad, en la capacidad del individuo o en sus estructuras y funciones.

Los factores ambientales están organizados en dos niveles:

- Nivel Individual: contexto/entorno inmediato del individuo, incluyendo espacios tales como el hogar, lugar de trabajo o escuela. En este nivel están incluidas las propiedades físicas y materiales del ambiente con las que el individuo tiene que enfrentarse, así como el contacto directo con otras personas tales como la familia, amigos, compañeros y desconocidos.
- Nivel Social: estructuras sociales formales e informales, servicios o sistemas globales existentes en la comunidad o la cultura, que tiene efecto en los individuos. Este nivel incluye organizaciones y servicios relacionados con el entorno laboral, actividades comunitarias, agencias gubernamentales, servicios de comunicación y transporte, redes sociales informales y también leyes, regulaciones, reglas formales e informales, actitudes e ideologías.

Estos factores ambientales interactúan con los componentes de *estructuras y funciones corporales*, y con los componentes de *actividades y participación*.

A su vez, los factores personales constituyen el trasfondo particular de la vida de un individuo y de su estilo de vida. Están compuestos por características del individuo que no forman parte de una condición o estado de salud. Estos factores pueden incluir el sexo, la raza, la edad, otros estados de salud, la forma física, los estilos de vida, los hábitos, los estilos de enfrentarse a los problemas y tratar de resolverlos, el trasfondo social, la educación, la profesión, las experiencias actuales y pasadas, los patrones de comportamiento globales y el tipo de personalidad, los aspectos psicológicos personales y otras características. Todas ellas, tanto en

conjunto como individualmente, pueden desempeñar un papel en la discapacidad a cualquier nivel.

2.5 Las actitudes como facilitadoras o barreras de la integración.

Como se dijo anteriormente, la discapacidad está definida como el resultado de una compleja relación entre la condición de salud de una persona y sus factores personales, y los factores externos que representan las circunstancias en las que vive esa persona. A causa de esta relación, los distintos ambientes pueden tener efectos diferentes en un individuo con una condición de salud. Un entorno con barreras, o sin facilitadores, restringirá la actividad y la participación del individuo; mientras que otros entornos que sean más facilitadores pueden incrementarlo. La sociedad puede dificultar el desempeño/realización de un individuo, tanto porque crea barreras (ej. edificios inaccesibles) o porque no proporcione elementos facilitadores (ej. baja disponibilidad de dispositivos de ayuda).

En consonancia con las definiciones que propone la CIF, las actitudes son “*las consecuencias observables de las costumbres, prácticas, ideologías, valores, normas, creencias reales y creencias religiosas*”. Dichas actitudes median e influyen en el comportamiento y vida social del individuo en todos los ámbitos, y pueden generar prácticas positivas como negativas.

En tanto estas actitudes sean positivas (facilitadores), promueven la actividad y participación de las PcD en diferentes ámbitos (reducción de discapacidad). No así son las actitudes que funcionan de barrera en la participación de las PcD, que,

originadas en prejuicios, mitos, estereotipos y miedos, provocan una restricción en la participación (aumento de discapacidad).

Las barreras actitudinales son creencias que parten de prejuicios, mitos y miedos, las cuales se reflejan en las prácticas que ejercen los y las profesionales de la salud. Algunos mitos entorno a la sexualidad de las PcD son que son asexuadas o que tienen una sexualidad irrefrenable; que no necesitan tener relaciones sexuales, solo necesitan cariño; que son infantiles, que son indeseables, que no son atractivos/as; que no pueden o no deben tener hijos/as; que no son objeto de abuso o por el contrario son siempre objeto de abuso dado que no pueden ejercer su consentimiento; que las PcD que están institucionalizadas no deben tener relaciones sexuales; y que las parejas de las PcD deben ser siempre PcD (INADI 2015)

Las actitudes y expectativas negativas hacia las PcD constituyen una de las principales barreras para la inclusión e integración (Martínez, et al 2015). Según S. Cerisuelo (2016), son varios los estudios realizados al respecto en diversos colectivos sociales: profesores, profesionales de la salud, estudiantes, familiares y cuidadores de PcD y población en general. Todos coinciden en concluir que tanto profesores como estudiantes, muestran actitudes positivas hacia la discapacidad. Sin embargo, las actitudes hacia las PcD varían según discapacidad y grado de discapacidad. Disminuye la actitud hacia la sexualidad si la discapacidad es intelectual, no así si es una discapacidad física. Lo mismo sucede ante discapacidades severas o leves. Por su lado, R. Surirá (2011) relaciona la edad de

los docentes y su actitud a la sexualidad en PcD, y observó que los docentes de secundaria, seguidos de los de ciclo superior muestran actitudes más negativas al compararlos con los docentes de primaria.

En cuanto a los estudiantes, una investigación llevada a cabo por Franco et al. (2012) afirma que, independientemente de la especialidad del estudio, las actitudes relacionadas con los derechos sexuales en PcD son positivas. A pesar de ello, cuando se consultan aspectos más concretos como el matrimonio, la maternidad/paternidad, la crianza y la capacidad de tomar decisiones respecto a la propia sexualidad, las actitudes de todos los estudiantes se vuelven menos positivas. También señala que los estudiantes del último año, manifiestan menos actitudes conservadoras.

En el universo de profesionales, las mujeres manifiestan actitudes más favorables hacia las PcD, independientemente de la profesión, el rango o el estatus, en comparación con los hombres (Sahin y Akyol, et al 2010).

2.6 Contacto con PcD y actitudes positivas.

Según estudios, tanto el contacto como el no contacto con PcD influyen en actitudes positivas y negativas. En ese sentido, un estudio de Araya y cols. (2014), señala que el contacto o experiencia con la discapacidad aumentan las actitudes positivas y mejora el grado de sensibilización. También se observó más actitudes positivas en profesionales que poseían entrenamiento y experiencia en el tratamiento de PcD, como así también quienes tienen contacto social o casual con

este colectivo (Cooper et al.,2003). Aún más, estudios posteriores (Alcedo y col.2013) también analizan estos conceptos, y constatan que el contacto estructurado y la información permiten acercarse a la realidad de las PcD de manera más adecuada, con expectativas más ajustadas, y contribuyen a eliminar barreras y prejuicios.

En un estudio nacional, (M. Muratori, et al 2010) se encontró que la presencia del contacto con personas con discapacidad genera diferencias en la implicación personal ya que quienes tienen contacto manifiestan una predisposición favorable a interactuar y aceptar a las personas con discapacidad en diversas situaciones, ya sea laboral, personal como sociales. Asimismo, se detectó que el tener contacto con personas con discapacidad posibilita una percepción de la persona que se acerca a la normalidad, evitando caer en etiquetajes estereotipados y negativos.

En un estudio de J. Moreno y cols. (2006) también se señala el impacto que ejerce el contacto con PcD, dado que corroboran una actitud más positiva hacia ese colectivo, que aquellos que no tienen ese contacto.

2.7 Prejuicios en estudiantes y profesionales de la salud.

Varios estudios sobre actitudes cuentan con la participación de estudiantes universitarios relacionados con las ciencias de la salud y se vuelven fundamentales en la medida que son ellos los que, directa o indirectamente serán quienes estén en contacto con ese colectivo y serán quienes intervendrán sobre las PcD. Estos estudios revelan que las mujeres tienen actitudes más positivas hacia las PcD, en

comparación con los hombres (Polo S., 2006). En ese sentido, Tervo et al. (2002) concluye que las mujeres, en comparación con los hombres, están en desacuerdo con que los tratamientos de rehabilitación sean demasiado costosos. Por otro lado, estudiantes de recreación, sociología, trabajo social y educación, en comparación con otras áreas de estudios, expresan actitudes más favorables hacia las PcD (Martínez et al.,2011).

En estudios llevados a cabo en España que analiza la temática de las actitudes en estudiantes del área de la salud, muestran actitudes positivas hacia PcD. Asimismo, quienes mencionaron haber tenido contacto previo con PcD mostraron actitudes más positivas. La razón del contacto más frecuente de los encuestados obedecía a una relación familiar con las PcD. Es posible que las actitudes positivas expresadas estén relacionadas con un contacto cercano y profundo (Polo et al.,2011).

Por su parte, en un estudio realizado a 258 estudiantes de siete escuelas de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, se encontraron diferencias en las actitudes en función de las escuelas. En las escuelas de Fonoaudiología y Nutrición presentaron una tendencia a calificar negativamente a las PcD. En cambio, los estudiantes de Terapia Ocupacional mostraron actitudes positivas, sobre todo en “implicación social”, “derechos reconocidos/vulnerados” y “asunción de roles” (Mella y González,2007).

Aun con todo lo mencionado, puede que las respuestas que se generan tengan algún sesgo, dado que las personas pueden sentirse menos dispuestas a reconocer

sus actitudes negativas hacia un colectivo vulnerado (Marini, 2012). Para reducir este sesgo, es importante tener en cuenta que la discriminación puede revelarse en otros ejes de análisis. Boyle et al (2010) encuestaron a 584 estudiantes de carreras afines al área de la salud para conocer sus actitudes hacia PcD intelectual, y si bien muestran una actitud positiva hacia las PcD intelectual, sus puntuaciones de acuerdo en afirmaciones como “tratar este tipo de pacientes es un desperdicio de dinero”, “los pacientes de este tipo me irritan”, “es poco lo que puedo hacer por este tipo de pacientes” y “siento espacial compasión por este tipo de pacientes”, tienen particular significancia.

2.8 Estado actual de la Discapacidad.

Según datos oficiales (OMS, 2021) en el mundo hay más de 1000 millones de PcD, aproximadamente el 15% de la población mundial. La prevalencia de las discapacidades va en aumento debido al envejecimiento de las poblaciones y al incremento de las enfermedades crónicas. La discapacidad afecta de forma desproporcionada a las mujeres, adultos mayores y pobres.

La Organización Mundial de la Salud considera la discapacidad como un problema mundial de salud pública, una cuestión de derechos humanos y una prioridad para el desarrollo. La prevalencia es más elevada en los países de ingresos bajos, en ese contexto discapacidad y pobreza se refuerzan y perpetúan mutuamente. La pobreza aumenta la probabilidad de deficiencias debido a la malnutrición, la mala atención de salud o condiciones peligrosas de vida, trabajo y

traslado. La discapacidad, además, puede traducirse en un nivel de vida inferior o abocar a la persona a la pobreza porque priva de acceso a la educación, al empleo y a un salario que trae aparejado un mayor nivel de gastos.

Las PcD afrontan obstáculos generalizados para acceder a los servicios de salud y académicos, sumado a que tienen un menor grado de participación en la economía y tasas más altas de pobreza que las personas sin discapacidad. Además, existe más del doble de probabilidades que declaren que las instalaciones de los centros de salud donde son atendidas y las competencias de sus proveedores de salud son insuficientes para resolver sus necesidades. Casi el triple de probabilidades de que refieren episodios de negación de asistencia sanitaria y el cuádruple de probabilidades de que afirmen que alguna vez se las ha tratado mal.

A nivel nacional, según datos del censo 2010, se mantiene la proporción del 15% de PcD en relación a la población mundial. A su vez, de la población total de PcD, el 54% son mujeres, mientras que el 46% corresponde a varones.

En cuanto al tipo de dificultad, los datos muestran, en orden, que la más prevalente es la dificultad motora, seguida por la dificultad visual, la auditiva y la mental-cognitiva.

3. Método

3.1 Diseño

La presente investigación se trata de un estudio cuantitativo, con un diseño no experimental, de temporalidad transversal, de tipo descriptivo-comparativo.

3.2 Participantes

La muestra fue seleccionada adoptando un muestreo no probabilístico de tipo intencional. La cual está conformada por 100 estudiantes de la UAI, 57 estudiantes de Psicología y 43 estudiantes de otras carreras, todos de Sede Centro. El 66% de la muestra son mujeres y el 34% restante son hombres. Con un promedio de edad de 28.9 años ($M=27.50$ años; $DS= 8.1$). El 43% de la muestra refirió estar trabajando en relación de dependencia, mientras que el 41% reportó ser estudiante, 14 % monotributistas y el restante 2%, refirió ser desocupado. Respecto a la creencia religiosa, el 31% son católicos, 28% ateos, 21% agnósticos, 13% evangélicos y el 7% restante refirió otras religiones. La mayoría de los sujetos (64%) cuentan con estudios universitarios incompletos, seguidos por aquellos que tienen estudios universitarios completos (16%), el resto ha reportado otros niveles educativos.

Finalmente, los criterios de inclusión son: ser estudiante de la carrera de Psicología y otras carreras, en la UAI, que estén cursando en Sede Centro.

Y el criterio de exclusión es que no sean estudiantes de la UAI.

3.3 Instrumentos

Primeramente, se utilizó un cuestionario de datos sociodemográficos. Los datos extraídos de dicho instrumento, recoge datos sociodemográficos de los participantes, edad, género, nivel de estudios alcanzados, situación laboral, creencia religiosa, carrera que cursa, materias aprobadas, información recibida sobre la temática, importancia de la educación sexual en PcD intelectual, contacto con PcD intelectual, tipo de relación (familiar, profesional, etc.). Específicamente, para familiares, se desglosan preguntas particulares donde se consulta sobre la temática sexual, formas de abordar el ámbito de la sexualidad en PcD intelectual y discrepancias dentro del grupo familiar. (ver Anexo 1).

Finalmente, se administra la Escala de actitudes hacia el ámbito de la sexualidad de las personas con discapacidad intelectual (Tecnológica de Estudios e Intervención Social, TESIS, Olivarreta, et al., 2013). Esta escala pretende valorar la percepción que se tiene sobre la sexualidad de las personas con discapacidad intelectual, consultando sobre sexualidad, relaciones de pareja, maternidad/paternidad, abusos sexuales, crianza, capacidad de toma de decisiones, educación sexual, esterilización y aborto. Así pues, consta de 35 ítems dónde el consultado respondió según su grado de conformidad, en una escala tipo Likert (5 - muy de acuerdo y 1 - muy en desacuerdo). Respecto a las dimensiones, se dividen de la siguiente manera: sexualidad (5 ítems: 2, 3, 4, 5 y 8), relaciones de pareja (2 ítems: 7 y 13), maternidad/paternidad (13 ítems:14, 15, 16, 17, 18, 19, 21, 22, 23, 24, 25, 26 y 27), abusos sexuales (2 ítems:11 y 12), crianza (4 ítems:20,28,29 y 30),

capacidad de toma de decisiones (2 ítems:1 y 10), educación sexual (2 ítems:6 y 9), esterilización (3 ítems:33,34 y 35) y aborto (2 ítems: 31 y 32). Dicho instrumento tiene *un alfa de Cronbach = 0,875*. Esta escala no está validada, pero está elaborada en España y creada por un comité de expertos tras el análisis de la documentación disponible y reunirse con personas que están en contacto con el colectivo (ver Anexo 2). Para la corrección de la escala de dicho cuestionario, se toma un puntaje total sumando todas las respuestas. Con un puntaje mínimo de 35 (baja actitud hacia el ámbito de la sexualidad en personas con discapacidad intelectual) y un máximo de 175 (alta actitud hacia el ámbito de la sexualidad en personas con discapacidad intelectual). Para la suma total, los ítems 1, 2, 3, 5, 6, 7, 9, 10, 13, 14, 15, 16, 18, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 31, 32, 33, 34 y 35 se invierten, mientras que los ítems 4, 8, 11, 12, 17, 19 y 30 permanecen en el sentido dado.

3.4 Procedimiento

La recolección de datos se realizó en su mayoría (75) mediante cuestionarios entregados en formato papel, y, en menor cantidad (25) mediante el mismo cuestionario, pero con la herramienta Google Forms. Los datos fueron procesados con el programa estadístico IBM SPSS Statistics 23.

4. Resultados

4.1. Análisis de datos

Los estadísticos de tendencia central, como lo muestra la Tabla 1, para la muestra recolectada poseen un promedio con tendencia a tener puntajes elevados, entendiendo que 35 es el mínimo y 175 el máximo puntaje en actitud hacia la sexualidad en PcD intelectual. Siendo de 64 el puntaje menor hallado y 157 el puntaje máximo encontrado. Teniendo la Media en 125,59 pts., una Mediana de 127, una Moda de 137 y con una Desviación típica de poco más de 18 puntos.

Tabla 1

Estadístico de tendencia central Actitud Total.

N	Válido	100
	Perdidos	0
Media		125,29
Mediana		127,00
Moda		137
Desviación estándar		18,005
Mínimo		64
Máximo		157

Fuente: Elaboración propia

4.1.1 Actitud según Carrera.

Para el análisis en la comparación de actitud hacia la sexualidad en PcD intelectual según carrera cursada, se recodificó dicha variable como lo muestra la Tabla 2, agrupando estudiantes de Psicología por un lado y de otras carreras por otro. Se realizó prueba de normalidad para la variable Actitud Total. Dicho resultado fue de distribución anormal, realizado con la prueba de normalidad de Shapiro Wilk. Los resultados muestran que las respuestas de las personas fueron variadas. Asimismo, se hizo una prueba de diferencia de grupo utilizando prueba U de Mann Whitney, en cuanto a la Actitud Total para diferenciar a los estudiantes de Psicología con otras carreras. En dicho resultado se halla una diferencia significativa de 0.006, indicando una mayor actitud en los estudiantes de Psicología, los cuales obtuvieron un rango promedio de 57,37, como muestra la Tabla 3. En comparación con los resultados en estudiantes de otras carreras, estos últimos obtuvieron un rango promedio de 41,40. Por tal motivo se puede inferir que los estudiantes de Psicología muestran mejores actitudes hacia el ámbito de la sexualidad en PcD intelectual, comparados con los estudiantes de otras carreras.

Tabla 2Estadísticos de prueba^a

	Actitud total
U de Mann-Whitney	834,000
W de Wilcoxon	1780,000
Z	-2,727
Sig. Asintótica (bilateral)	,006

a. Variable de agrupación: Carrera Recodificada

Fuente: elaboración propia**Tabla 3**

Actitud según carrera

Carrera Recodificada		N	Rango promedio	Suma de rangos
Actitud Total	Psicólogos	57	57,37	3270,00
	Otras carreras	43	41,40	1780,00
	Total	100		

Fuente: Elaboración propia**4.1.2 Actitud según contacto con PcD intelectual.**

Para el siguiente análisis, Tablas 4 y 5, se realizó la prueba de U de Mann Whitney para la Actitud Total hacia la sexualidad en PcD intelectual, según si tienen relación o no con dichas personas y no se encontró una diferencia significativa entre los grupos, teniendo 0,697 de significación, con lo cual no se puede afirmar que el contacto o relación con PcD intelectual impacta favorablemente en la actitud hacia la sexualidad en PcD intelectual.

Tabla 4

Actitud según contacto con PcD intelectual

¿Tiene relación con alguna PcDI?	N	Rango promedio	Suma de rangos
Actitud Total Si	23	48.43	1114.00
No	77	51.12	3936.00
Total	100		

Fuente: Elaboración propia**Tabla 5**Estadísticos de prueba^a

	Actitud total
U de Mann-Whitney	838.000
W de Wilcoxon	1114.000
Z	-,389
Sig. Asintótica (bilateral)	,697

a. Variable de agrupación: ¿Tiene relación con alguna PcDI?

Fuente: Elaboración propia**4.1.3 Actitud según materias aprobadas.**

En este análisis, debido a que la cantidad de materias es muy variada, se recodificó la variable de Materias Aprobadas, de forma tal que queden dos grupos de análisis, siendo hasta 17 materias aprobadas y más de 18 materias aprobadas, Tabla 6. Se realizó prueba de U. de Mann Whitney sobre la Actitud Total para diferenciar los que tenían hasta 17 materias aprobadas y aquellos que tenían más de 18 materias aprobadas. En dicho resultado se obtuvo una significación de 0.009, indicando una diferencia entre los grupos, siendo aquellos con mejores actitudes hacia la sexualidad en PCD intelectual, los que tienen más de 18 materias aprobadas, con

56,95 de rango promedio, contra 42,05 de rango promedio de aquellos que tienen hasta 17 materias aprobadas, Tabla 7.

Tabla 6

Estadístico de prueba^a

	Actitud total
U de Mann-Whitney	835,500
W de Wilcoxon	2060,500
Z	-2594
Sig. Asintótica (bilateral)	,009

a. Variables de agrupación: Materias aprobadas recodificadas

Fuente: Elaboración propia

Tabla 7

Actitud según materias aprobadas

	Materias aprobadas Recodificadas	N	Rango promedio	Suma de rangos
Actitud Total	Hasta 17 materias	49	42,05	2060,50
	Más de 18 materias	49	56,95	2790,50
	Total	100		

Fuente: Elaboración propia

4.1.4 Actitud según la creencia religiosa.

Para el análisis de la variable Creencia Religiosa se aplicó prueba de Kruskal-Wallis debido a la comparación entre grupos, como se observa en la Tabla 8. Allí se observó que no existen diferencias significativas, salvo entre agnósticos y católicos, agnósticos y evangélicos, ateos y católicos y ateos y evangélicos, como

se muestra en la Tabla 9. Vale aclarar que no se pudo realizar comparación con hinduistas, islámicos y judíos dado que no se registraron casos en la muestra.

Tabla 8

Estadísticos de prueba^{a,b}

	Actitud total
Chi- cuadrado	16,184
gl	4
Sig. Asintótica	,003

a. Prueba de Kruskal Wallis

b. Variable de agrupación: Religión

Fuente: elaboración propia

Tabla 9

Actitud según la creencia religiosa.

	Religión	N	Rango promedio
Actitud Total	Agnóstico	21	65,31
	Ateo	28	54,23
	Católico	31	44,44
	Evangélico	13	27,65
	Otros	7	60,43
	Total	100	

Fuente: Elaboración propia

En la comparación entre Agnósticos y Ateos, no se encuentran diferencias significativas (Sig. asintótica: 0,229). Tabla 10 y 11.

Tabla 10Estadísticos de prueba^a

	Actitud total
U de Mann-Whitney	234,500
W de Wilcoxon	640,500
Z	-1,203
Sig. Asintótica (bilateral)	,229

a. Variable de agrupación: Religión

Fuente: Elaboración propia**Tabla 11**

Actitud según la creencia religiosa: Agnóstico- Ateo

Religión		N	Rango promedio	Suma de rangos
Actitud Total	Agnóstico	21	27,83	584,50
	Ateo	28	22,88	640,50
	Total	100		

Fuente: elaboración propia

Cuando se compara agnósticos y católicos, sí hay diferencia significativa en el Rango Promedio, teniendo 0,009 de significación, teniendo Rango promedio de 33,19 para los agnósticos y 21,97 para los católicos, Tabla 12 y 13. Demostrando mejores actitudes por parte de los agnósticos.

Tabla 12Estadísticos de prueba^a

	Actitud total
U de Mann-Whitney	185,000
W de Wilcoxon	681,000
Z	-2,622
Sig. Asintótica (bilateral)	,009

a. Variable de agrupación: Religión

Fuente: elaboración propia**Tabla 13**

Actitud según la creencia religiosa: agnóstico- católico

Religión		N	Rango promedio	Suma de rangos
Actitud Total	Agnóstico	21	33,19	697,00
	Católico	31	21,97	681,00
	Total	52		

Fuente: Elaboración propia

Lo mismo sucede cuando se compara Agnósticos con Evangélicos, donde se observa diferencias de Rango promedio, con una significación exacta (0,000), Tabla 14. Con 22,31 de Rango promedio para los Agnósticos y 9,73 de Rango promedio para los Evangélicos (Tabla 15). Mostrando así una actitud más conservadora en estos últimos.

Tabla 14Estadísticos de prueba^a

	Actitud total
U de Mann-Whitney	35,500
W de Wilcoxon	126,500
Z	-3,582
Sig. Asintótica (bilateral)	,000
Significación exacta [2* (sig. unilateral)]	,000 ^b

a. Variable de agrupación: Religión

b. No corregido para empates

Fuente: Elaboración propia**Tabla 15**

Actitud según creencia religiosa: Agnóstico- Evangélico

	Religión	N	Rango promedio	Suma de rangos
Actitud Total	Agnóstico	21	22,31	468,50
	Evangélico	13	9,73	126,50
	Total	34		

Fuente: Elaboración propia

En la comparación entre Ateos y Evangélicos, también se observan diferencias significativas en el rango promedio, con una significación de 0,006 (Tabla 16). Casi duplicando los puntajes, 24,46 tienen los Ateos de Rango promedio, mientras que los Evangélicos presentan un 13,54 de Rango promedio (Tabla 17). Manteniendo así, estos últimos, actitudes conservadoras en el ámbito de la sexualidad en PcD intelectual en comparación con los Ateos.

Tabla 16Estadísticos de prueba^a

	Actitud total
U de Mann-Whitney	85,000
W de Wilcoxon	176,000
Z	-2,720
Sig. Asintótica (bilateral)	,007
Significación exacta [2* (sig. unilateral)]	,006 ^b

a. Variable de agrupación: Religión

b. No corregido para empates

Fuente: Elaboración propia**Tabla 17**

Actitud según creencia religiosa: Ateo- Evangélico

	Religión	N	Rango promedio	Suma de rangos
Actitud Total	Ateo	28	24,46	685,00
	Evangélico	13	13,54	176,00
	Total	41		

Fuente: Elaboración propia

5. Discusión y Conclusión

A la luz de los resultados obtenidos, se puede decir que, en general, los estudiantes de la UAI tienden a expresar una actitud positiva hacia la sexualidad en PcD intelectual. Más aún los estudiantes de la carrera de Psicología. Esto contribuye a pensar que los estudiantes de Psicología comparten características, no solo personales, sino que también de intereses, de formas de interpretar la dinámica social, de información, de formación y de prácticas. Todas las características mencionadas son, ni más ni menos, que incumbencias de las actitudes. Se podría decir entonces que los estudiantes de Psicología de la UAI, Sede Centro, comparten actitudes facilitadoras hacia el ámbito de la sexualidad en personas con discapacidad intelectual.

Por otro lado, tener una relación o conocer a una persona con alguna discapacidad, no parece haber impactado en las respuestas que referían a la actitud hacia la sexualidad en dicho grupo. Los resultados, en ese sentido, refutan la investigación de Araya y cols. (2014) donde se señala que el contacto o experiencia con la discapacidad aumentan las actitudes positivas y mejora el grado de sensibilización. De todas formas, la muestra del presente trabajo tiene tendencia a expresar altos niveles de actitud hacia la sexualidad de PcD intelectual, así pues, en este caso no aparece como efecto negativo de las actitudes observadas. También este dato se puede relativizar dado que la muestra consta de una gran disparidad de casos entre los grupos analizados. Solo el 23% de la muestra respondió tener contacto con PcD

intelectual mientras que el 77% no. Aun así, en futuras investigaciones sería sugerente constatar si ésta tendencia se mantiene o no.

Por su lado, sí se observó que la cantidad de materias aprobadas tiende a una mayor actitud hacia la sexualidad en PcD intelectual. Aquellos casos en que refirieron tener menos de 17 materias aprobadas, muestran menor actitud positiva que aquellos que tienen más de 18 materias aprobadas. Lo que sugiere pensar que la formación contribuye a mejoras actitudinales. Tal como lo menciona Alcedo y col. (2013) en un estudio que también analizan estos conceptos, la formación y la información permiten acercarse a la realidad de las PcD de manera más adecuada, con expectativas más ajustadas, y contribuyen a eliminar barreras y prejuicios. Sumando a esto, vale destacar que el 86% de la muestra dijo no haber recibido información sobre sexualidad para PcD intelectual. De manera que la incorporación de información sobre el tema hace suponer que puede influir en actitudes más beneficiosas en los estudiantes.

En el análisis de los datos sociodemográficos cruzados con la escala de Actitud Total, se ha encontrado diferencias marcadas de acuerdo a la creencia religiosa. Más del 90% de la muestra se puede dividir entre agnósticos, ateos, católicos y evangelistas. Aun con diferencia entre ellos, los dos primeros se diferencian notoriamente de los dos últimos. Por su lado, los evangelistas tuvieron respuestas más conservadoras en la escala de actitudes hacia la sexualidad en PcD intelectual. Tanto dentro del grupo de evangelistas, como de los católicos, se encuentran los

puntajes más bajos de toda la muestra en la escala de actitud hacia la sexualidad en PcD intelectual. Mientras que los agnósticos y los ateos, en general, mostraron actitudes facilitadoras, vale destacar que, si bien no resulta significativo el estadístico de prueba, hay entre sí, más de 10 puntos de diferencia en el rango promedio, dando a los agnósticos el rango promedio más alto y por ende los que presentan mejores actitudes hacia el ámbito de la sexualidad en PcD intelectual.

Para finalizar, el presente trabajo partió de la premisa de un derecho vulnerado: la sexualidad en PcD. De alguna manera, parte de una suerte de desidia acerca de la temática. Aparentemente, algunos derechos de algunas personas no son prioridad, o los derechos prioritarios son otros o, lo que es peor aún, hay que priorizar derechos. Derechos que el contexto social imagine, suponga o considere. Afortunadamente, para que eso no ocurra, existen marcos regulatorios y consensos globalmente aceptados que se ocupan de orientar miradas y prácticas que tienden a la igualdad, a la participación de todos y a la integración social.

Como ya se dijo anteriormente, la sexualidad es un aspecto de la persona que está presente a lo largo de toda su vida. Que incluye, además del sexo, identidad, roles de género, erotismo, placer, intimidad, pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas y relaciones interpersonales. Intervenir en la sexualidad es mucho más que intervenir en la genitalidad, es intervenir en un aspecto central del ser humano.

Además, todo lo que se pueda conocer sobre las actitudes para mejorarlas, es también conocer cómo no producir barreras. Un entorno con barreras, o sin facilitadores, restringe la actividad y la participación de las personas; mientras que otros entornos que sean más facilitadores incrementan esa participación. El entorno, el contexto o la sociedad puede dificultar el desarrollo/realización de un individuo, tanto porque crea barreras o porque no proporciona elementos facilitadores.

Por último, y no por eso menos importante, se debe comprender que, de hace un tiempo a esta parte, el término discapacidad refiere a los aspectos negativos de la interacción entre un individuo y sus factores sociales. La discapacidad deja de personificarse individualmente en la persona con una condición de salud dada y se sitúa en la forma de relacionarnos con los otros. Otros no iguales. Otros con formas distintas de funcionamiento. Otros con formas diferentes de pensar, de procesar la información. En definitiva, otros que podemos ser nosotros.

6. Referencias

- Alcedo, M. A., Gómez, L. E., Aguado, A. L., Arias, B. González, R. (2013). Universidad de Oviedo, España. Eficacia del contacto e información como técnicas de cambio de actitudes hacia personas con discapacidad en niños de Educación Primaria. *Universitas Psychologica*.
- Alonso, M.J., Navarro, R. y Lidón, V. (2008). Actitudes hacia la diversidad en estudiantes universitarios. Comunicación presentada en las XIII Jornadas de Fomento de la Investigación, Universitat Jaume I, Castellón.
- Araya- Cortés, A., González-Arias, M. y Cerpa- Reyes, C. (2014). Actitud de los universitarios hacia las personas con discapacidad. *Educación y Educadores*, 17 (2) pp.289-305. Recuperado el 8 de junio de 2020 de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=83432362005>.
- Boyle, Christopher & SCRIVEN, BROOKE & DURNING, SARA & DOWNES, CARISSA. (2011). Facilitar el aprendizaje de todos los estudiantes: el 'positivo profesional' de la práctica inclusiva en las escuelas primarias australianas. Apoyo al aprendizaje. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/230077573_Facilitating_the_learning_of_all_students_The_'professional_positive'_of_inclusive_practice_in_Australian_primary_schools/citation/download.

- Cooper, A. E., Rose, J. y Mason, O. (2003). Actitudes de los profesionales de la salud mental hacia las personas sordas. *Revista de Psicología Social Aplicada y Comunitaria* 13 pág.
- Delgado, A. (2015): “Estrategias psicosociales para el cambio de actitud hacia personas discriminadas por su discapacidad o trastorno mental”, *Revista Española de Discapacidad*.
- Díaz-Rodríguez, Irene; Gil-Llario, M^a Dolores; Morell-Mengual, Vicente; SalmerónSánchez, Pedro; Ruiz-Palomino, Estefanía ACTITUDES HACIA LA SEXUALIDAD: ¿DIFIEREN LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELLECTUAL DE LA POBLACIÓN GENERAL? *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, vol. 1, núm. 1, 2016, pp. 235-242 Asociación Nacional de Psicología Evolutiva y Educativa de la Infancia, Adolescencia y Mayores Badajoz, España.
- Franco, D. G., Cardoso, J., y Neto, I. (2012). Actitudes hacia la afectividad y la sexualidad de las personas con discapacidad intelectual. *Sexualidad y discapacidad* págs., 261 a 287.
- Gartell, A. (1986): “Modificar las actitudes hacia los discapacitados: una revisión de la literatura y metodología”.
- Hampton, N. Z. y Xiao, F. (2007): “Actitudes hacia las personas con discapacidades del desarrollo en estudiantes chinos y estadounidenses: el papel de los valores, el contacto y el conocimiento culturales”. *Revista de Rehabilitación*, 73 (4): 23-32.

- INADI. (2012). Documento temático: Discapacidad y No Discriminación. Recuperado de: http://inadi.gob.ar/wp-content/uploads/2012/12/y_discriminacion.pdf.
- Jiménez, A. & Huete, A. (2002). La discriminación por motivos de discapacidad. Análisis de las respuestas recibidas al cuestionario sobre discriminación por motivos de discapacidad promovido por el CERMI Estatal. Madrid: CERMI.
- Marini, I. (2012): “Societal attitudes and myths about disability”, en Marini, I et al. (eds.): Psychosocial Aspects of Disability: Insider Perspectives and Strategies for Counselors. Nueva York: Springer.
- Martínez et al. (2011): “Prejuicios entre los estudiantes hacia las personas con discapacidad: Reflexiones a partir del caso de la universidad de Alicante”. Alternativas, 18: 75-90.
- Matziou, V., Galanis, P., Tsoumakas, C., Gymnopoulou, E., Perdikaris, P y Brokalaki, H. (2009). Actitudes de los profesionales de enfermería y estudiantes de enfermería hacia los niños con discapacidad. ¿Superan realmente las enfermeras las discapacidades físicas y mentales de los niños? Revisión internacional de enfermería págs. 456-460. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1466-7657.2009.00735.x/epdf>.
- Mella Díaz, S., & González Quiroga, L. (2007). Actitudes de los estudiantes de la salud de la Universidad de Chile hacia las personas con discapacidad. Revista Chilena De Terapia Ocupacional, (7), Pág.3 – 12. <https://doi.org/10.5354/0719-5346.2007.42>.

- Moreno Javier, Rodríguez Isabel R, Saldaña David, Aguilera Antonio 2006. Universidad de Sevilla, España. Revista Iberoamericana de Educación (ISSN: 1681-5653) n.º 40/5 – 25 de noviembre de 2006 EDITA: Organización de Estados Iberoamericanos para la Educación, la Ciencia y la Cultura (OEI).
- Mouratian, Pedro. Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo - INADI Sexualidad sin barreras: derechos sexuales y reproductivos de las personas con discapacidad. - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo - INADI, 2015.
- Muratori M., Guntín C. y Delfino G. Pontificia Universidad Católica Argentina. 2010. Actitudes de los adolescentes hacia personas con discapacidad: un estudio con alumnos de polimodal en la zona norte del conurbano bonaerense.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2014). Proyecto de acción mundial de la OMS sobre discapacidad 2014- 2021: Mejor salud para todas las personas con discapacidad. Recuperado de https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB134/B134_16-sp.pdf?ua=1
- OMS. (2001). Clasificación Internacional del Funcionamiento y la Salud. Obtenido de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43360/1/9241545445_spa.pdf.
- ONU. (2006, 13 de diciembre) Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Nueva York: Autor. Recuperada de <http://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>.

- Palacios, A. (2008). El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención sobre los Derechos de las PcD. Cermi. Grupo editorial CINCA España. Recuperado de <http://www.cermi.es/es-ES/ColeccionesCermi/Cermi.es/Lists/Coleccion/Attachments/64/Elmodelosocialdediscapacidad.pdf>.
- Polo, M. y López-Justicia, M. (2006). Actitudes hacia las personas con discapacidad de estudiantes de la Universidad de Granada. *Revista Española de Orientación y Psicopedagogía*, 17 (2), 165-211. Recuperado el 20 de Junio de 2020 de: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2199803>
- Polo, M. T., Fernández, C., & Díaz, C. (2011). Estudio de las actitudes de estudiantes de Ciencias Sociales y Psicología: relevancia de la información y contacto con personas discapacitadas. *Universitas Psychologica*, 10(1), 113-123.
- Sahin, H. y Akyol, AD (2010). Evaluación de las actitudes de los estudiantes de enfermería y medicina hacia las personas con discapacidad. *Revista de Enfermería Clínica*, 19 (15-16), 2271-2279.
- Suriá, R. (2011). Comparative analysis of attitudes toward their classmates with disabilities. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 9, 197216. Recuperado el 20 de Junio de 2020: http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/25924/1/2011_Suria_EJREP.pdf
- Suriá, R. (2012). Discapacidad e integración educativa ¿Qué opina el profesorado sobre la inclusión de estudiantes con discapacidad en sus clases? *Revista Española*

de Orientación y Psicopedagogía, 23, 96-109. Recuperado el 20 de Junio de 2020 de: <http://hdl.handle.net/10045/25974>

- Tervo, RC, Azuma, S., Palmer, G. y Redinius, P. (2002). Actitudes de los estudiantes de medicina hacia las personas con discapacidad: un estudio comparativo. *Archivos de medicina física y rehabilitación* , 83 (11), 1537-1542.
- Verdugo, M. A., Arias, B. y Jenaro, C. (1994). Actitudes hacia las personas con minusvalía. Madrid: INSERSO.

7.Anexo

7.1 Cuestionario de datos sociodemográficos

▪ Años:

▪ Género:

Mujer

Hombre

Otro

▪ Nivel de estudios alcanzados:

Sin estudios

Estudios primarios incompletos

Estudios primarios completos

Estudios secundarios incompletos

Estudios secundarios completos

Estudios terciarios incompletos

Estudios terciarios completos

Estudios universitarios incompletos

Estudios universitarios completos

Doctorado

▪ Ocupación:

Ama/o de casa.

Estudiante.

Empleado en relación de dependencia.

Monotributista.

Desocupado.

▪ Creencia religiosa:

Agnóstico

Ateo

Católico

- Evangélico
- Hinduismo
- Islámico
- Judío
- Otros:

▪ ¿Ha recibido información sobre educación sexual para personas con discapacidad intelectual?

- Si
- No

▪ Para usted ¿cuánto de importante es la educación sexual de personas con discapacidad intelectual?

- No importa nada
- Poco relevante
- Moderadamente importante
- Bastante relevante
- Muy importante

▪ ¿Cree que la sexualidad es un derecho para las personas con discapacidad intelectual?

- Si
- No

▪ ¿Cree que las personas con discapacidad intelectual tienen las mismas necesidades sexuales que las personas que no tienen discapacidad intelectual?

Si

No

▪ ¿Cree que las personas con discapacidad intelectual reciben la misma información sobre sexualidad que las personas sin discapacidad intelectual?

Si

No

▪ ¿Crees que la información que se les proporciona debería variar?

Si, dar más información

No, dar menos información

▪ ¿Estás de acuerdo con la esterilización como medida de prevención del embarazo en personas con discapacidad intelectual?

Si

No

▪ ¿Tiene relación con alguna persona con discapacidad intelectual?

Si (en este caso, responder las siguientes preguntas)

No (en este caso, pasar al cuestionario de Actitudes)

*Responder si tiene relación con personas con DI.

▪ ¿Qué relación tiene con la persona con discapacidad intelectual?

Padre/Madre

Hermano/a

Abuelo/a

- Tío/a
- Hijo/a
- Tutor legal sin lazos familiares
- Profesional que trabaja en el ámbito
- Otro

▪ ¿Ha trabajado o ha tenido que abordar la sexualidad con la persona con discapacidad intelectual?

- Si, he tenido la necesidad, pero no he sabido cómo tratarlo
- Si, he trabajado la necesidad
- No

*Si es familiar

▪ ¿Qué grado de discapacidad intelectual tiene la persona con discapacidad intelectual?

- Leve
- Moderada
- Grave

▪ ¿La persona con discapacidad intelectual tiene pareja?

- Si
- No

▪ ¿Ha hablado sobre sexualidad con la persona con discapacidad intelectual?

- Sí, lo he hablado, pero no he sabido cómo tratarlo

Sí, lo he hablado y tengo formación para abordarlo

No

▪ ¿Considera que esta área ha conllevado un conflicto con el familiar?

Si

No

▪ ¿Considera que hay discrepancias con los diferentes miembros del sistema familiar sobre esta área?

Si

No

▪ ¿Considera que necesita más formación sobre la sexualidad con personas con discapacidad?

Si

No

7. 2 Cuestionario de actitudes hacia el ámbito de la sexualidad de las personas con discapacidad intelectual (Tecnológica de Estudios e Intervención Social, TESIS, 2013).

En el siguiente cuestionario se le presentarán una serie de enunciados referidos a las personas con discapacidad intelectual en general y deberá señalar según su opinión:

1	2	3	4	5
Totalmente en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo

1. Las personas con discapacidad intelectual necesitan que otros tomen las decisiones importantes por ellos para protegerlos.
2. Generalmente pienso que las personas con discapacidad intelectual son como niños, me costaría tratarlos como adultos.
3. Las personas con discapacidad intelectual tienen la sexualidad a “flor de piel”, son sexualmente desinhibidas.
4. Las personas con discapacidad intelectual tienen las mismas necesidades y deseos sexuales que las personas sin discapacidad intelectual.
5. Ver a dos personas con discapacidad intelectual besándose me provocaría rechazo.
6. Las personas con discapacidad intelectual necesitan más educación sexual para prevenir embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual.
7. Está bien que las personas con discapacidad intelectual tengan novio/a pero que no lleguen a tener relaciones sexuales completas.
8. Creo que la sexualidad es un aspecto clave para la calidad de vida y la igualdad de las personas con discapacidad intelectual.
9. Las personas con discapacidad intelectual no deberían recibir información y educación sexual porque se exponen a posibles peligros (ej., abusos sexuales).
10. Las personas con discapacidad intelectual tienen que emparejarse con personas que también tengan discapacidad intelectual.
11. Las mujeres con discapacidad intelectual corren más riesgo de sufrir acoso o abuso sexual que otras mujeres.

12. Los hombres con discapacidad intelectual corren más riesgo de sufrir acoso o abuso sexual que otros hombres.
13. Por lo general las personas con discapacidad intelectual no son capaces de tener relaciones de pareja estables.
14. Las mujeres con discapacidad intelectual no pueden tomar la decisión de ser madres por sus propios medios.
15. Los hombres con discapacidad intelectual no pueden tomar la decisión de ser padres por sus propios medios.
16. Nunca me he planteado que las personas con discapacidad intelectual tengan deseos de ser madres/padres.
17. Una mujer con discapacidad intelectual puede ser madre con los apoyos adecuados.
18. Es muy poco probable que una persona con discapacidad intelectual pueda llevar una familia adelante.
19. Las mujeres con discapacidad intelectual necesitan más apoyos para reflexionar sobre el compromiso y la responsabilidad que supone ser madres.
20. A una mujer con discapacidad intelectual se le debe pedir que demuestre que realmente tiene capacidad de criar adecuadamente a su hijo/a.
21. Cuando una mujer con discapacidad intelectual tiene un/a hijo/a es la familia la que se ocupa finalmente del niño/a.
22. Si la madre tiene discapacidad intelectual, su hijo/a nacerá con discapacidad.
23. Que las personas con discapacidad intelectual tengan descendencia, es perjudicial para ellas mismas y para sus hijos/as.
24. Las mujeres con discapacidad intelectual encuentran las principales barreras para su maternidad en sus propias familias.
25. A las mujeres con discapacidad intelectual no se les debería hablar de la maternidad para no fomentar sus deseos de ser madres.
26. Mi actitud sobre que las personas con discapacidad intelectual puedan tener una familia y llevar una vida independiente varía según el grado de discapacidad. No

pienso lo mismo sobre una persona con discapacidad intelectual ligera, que sobre una persona con una discapacidad moderada.

27. Creo que algunas mujeres con discapacidad intelectual podrían ser madres, pero para mí, definitivamente, una mujer con Síndrome de Down, no podría.

28. Una persona con discapacidad intelectual no tiene habilidades suficientes para proporcionar una buena alimentación a sus hijos/as.

29. Una persona con discapacidad intelectual no es capaz de inculcar a sus hijos/as los valores y límites necesarios para una buena crianza.

30. Las personas con discapacidad intelectual son tan capaces de criar bien a sus hijos como otras personas sin discapacidad o con otros tipos de discapacidad

31. Creo que, en gran parte de los casos, si una mujer con discapacidad intelectual quedara embarazada sería conveniente que abortara.

32. Creo que la familia debe encargarse de disuadir a las personas con discapacidad intelectual que quieran tener hijos y proponerles otras opciones.

33. Es conveniente para los hombres con discapacidad intelectual utilizar métodos anticonceptivos definitivos (vasectomía u otras formas de esterilización), con el fin de evitar embarazos no deseados en sus parejas.

34. Es conveniente para las mujeres con discapacidad intelectual utilizar métodos anticonceptivos definitivos (ligadura de trompas u otras formas de esterilización) con el fin de evitar embarazos no deseados.

35. Cuando se toma la decisión de utilizar un método anticonceptivo definitivo (ligadura de trompas, vasectomía...) es mejor que la personas con discapacidad intelectual no lo sepa, debe decidirlo la familia.

