



Grado en Psicología
Trabajo de Fin de grado
Curso 2020/2021
Convocatoria Junio



Modalidad: Propuesta de Intervención.

Título: Propuesta de intervención para la prevención del abuso sexual en mujeres con discapacidad intelectual

Autora: Dolores Cavenaghi Irrazabal

Tutora: Alexandra Morales Sabuco

Elche a 28 de mayo de 2021

TFG.GPS.AMS.DCI.210408

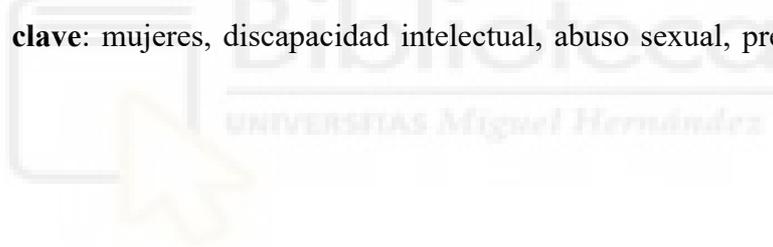
Índice

1. Introducción	2
2. Método	7
2.1 Centros a los que va dirigida la propuesta de intervención	7
2.2 Evaluación de las necesidades	8
2.3 Objetivos	8
2.3.1 Objetivo general.....	8
2.3.2 Objetivos específicos	8
2.4 Beneficiarios	8
2.5 Instrumentos de evaluación.....	9
2.6 Procedimiento	12
Tabla 1. Cronograma.	12
Tabla 2. Organización del programa.....	15
3. Resultados esperados	18
4. Discusión y conclusiones	18
5. Referencias	21
Anexo A. Póster promocional.....	28
Anexo B. Consentimiento informado.	29
Anexo C. “¿A mí me interesa!”	30
Anexo D. Hoja explicativa.....	30
Anexo E. Diapositivas de presentación.	31
Anexo F. “Los mitos y leyendas que se queden en los cuentos”.....	32
Anexo G. “Hagamos memoria”.	34
Anexo H. Hoja explicativa.....	35
Anexo I. Cartel para el nombre de las participantes.	36
Anexo J. Diapositivas sobre educación afectivo-sexual.	37
Anexo K. “¿Y tú qué harías?”.....	38
Anexo L. “¿Cómo se sentirá la mujer?”	39
Anexo M. “Respétame”	40
Anexo N. “Tomemos la acción”	41
Anexo O. (Planned Parenthood, s.f.) Hoja con instrucciones.....	42
Anexo P. (García-Ruiz, 2009) “Las doce normas de una relación”.	43
Anexo Q. Hoja de normas básicas	44

Resumen

El abuso sexual es un problema de salud pública altamente prevalente en la población con discapacidad intelectual (DI), siendo las mujeres especialmente vulnerables. Los prejuicios, mitos y tabúes relacionados con su sexualidad no permiten su correcto desarrollo en esta dimensión vital, constituida como un derecho fundamental. Por esta razón, esta intervención pretende educar a las mujeres con DI para la obtención de habilidades y conocimientos que les permitan desarrollarse de forma óptima con su entorno, de tal forma que puedan detectar y actuar tempranamente en caso de abuso sexual. La propuesta de intervención se basa en un programa distribuido en cinco sesiones donde se trabajará la educación afectivo-sexual desde la asertividad sexual, la autodeterminación y la comunicación familiar. Para medir la eficacia de la intervención, se propone realizar una evaluación antes y después del programa, junto con un seguimiento de los efectos pasado uno y seis meses tras su finalización. Además, se busca sensibilizar al entorno para desmitificar y fomentar la aparición de lugares seguros donde estas mujeres puedan obtener información de calidad de carácter afectivo-sexual.

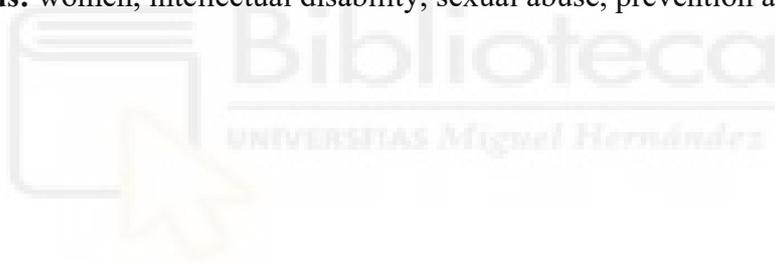
Palabras clave: mujeres, discapacidad intelectual, abuso sexual, prevención e intervención.



Abstract

Sexual abuse is a highly prevalent public health problem in population with intellectual disability (ID), in which women are particularly vulnerable. The prejudices, myths and taboos related to their sexuality do not allow their proper development in this vital dimension, constituted as a fundamental right. For this reason, this intervention aims to educate women with ID to obtain skills and knowledge that allow them to develop optimally with their environment, so they can early detect and act in case of sexual abuse. The intervention proposal is based on a programme distributed in five sessions that will work on affective-sexual education through sexual assertiveness, self-determination and family communication. To measure the effectiveness of the intervention, it is proposed to carry out an evaluation before and after the programme, with also a monitoring of the effects after one and six months. In addition, the aim is to raise awareness in order to demystify and encourage the emergence of safe places where these women can obtain quality information of an affective-sexual education.

Keywords: women, intellectual disability, sexual abuse, prevention and intervention.



1. Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2001), la discapacidad es un fenómeno complejo que refleja una interacción entre las características del organismo humano y las características de la sociedad en la que vive. Es decir, no sólo se ha tener en cuenta las deficiencias a nivel estructural, si no como éstas influyen en las limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación en el entorno. En la misma línea, las personas con discapacidad tienden a presentar peores resultados a nivel sanitario, académico o económico; debido a la existencia de múltiples obstáculos que dificultan su acceso a los servicios esenciales (OMS, 2011).

De este modo, la Asociación Americana de Discapacidades Intelectuales y del Desarrollo (2011), describe la discapacidad intelectual (DI) como una serie de limitaciones significativas tanto en el funcionamiento intelectual como en la conducta adaptativa, tal y como se manifiestan en las habilidades adaptativas, conceptuales, sociales y prácticas; y por haberse originado antes de los 18 años de edad. Las clasificaciones distinguen cuatro niveles de gravedad, como la elaborada por Ke y Liu (2017):

En primer lugar, estaría la discapacidad leve, donde el coeficiente intelectual (CI) suele estar entre 50 y 69, representan el 80% de los casos totales. Durante los primeros años, el desarrollo suele ser más lento respecto a los niños de la misma edad, además de un retraso en los hitos del desarrollo. Sin embargo, son capaces de comunicarse y aprender las habilidades básicas. A pesar de que suelen poseer dificultades a la hora de usar conceptos abstractos, analizar y sintetizar; pueden llegar a leer y calcular a un nivel óptimo. No presentan dificultades en el autocuidado y pueden realizar trabajos no calificados o semi-especializados. Las personas que presentan una discapacidad moderada suelen tener un CI entre 35 y 49, constituyendo el 12% de los casos. Destaca una gran lentitud para alcanzar los hitos del desarrollo intelectual, así como la disminución de la capacidad para aprender y pensar de forma lógica. En cambio, son capaces de comunicarse y cuidar de sí mismos, además de que con supervisión pueden desempeñar trabajos no calificados o semi-especializados. En la discapacidad grave, el CI suele variar entre 20 y 34, siendo entre el 3% y 4% de los casos. En este nivel todos los aspectos del desarrollo están afectados, teniendo dificultades para pronunciar palabras junto con un vocabulario limitado. Mediante la práctica de forma continuada pueden adquirir las habilidades básicas de autocuidado, pero necesitarían algún tipo de apoyo en el área académica

o en la comunidad. En último lugar, estaría la discapacidad profunda que es el nivel de mayor afectación, donde el CI se encuentra por debajo de 20. Estos casos representan el 1% o 2% del total. Son individuos que no pueden cuidar de sí mismos, donde se ve perjudicada tanto la capacidad del lenguaje como la de expresar emociones o la comprensión. También, son frecuentes las convulsiones, discapacidades físicas y una menor esperanza de vida.

En general, aunque cabe tener en cuenta que las personas con DI poseen numerosas limitaciones en su vida diaria debido a su mayor dificultad para aprender nuevas habilidades sociales e intelectuales, no hay que olvidar el papel fundamental que juega su relación con el entorno. Por esta razón, es de vital importancia la creación de entornos inclusivos donde las personas con DI puedan desarrollar el mayor número de habilidades posibles, de tal modo que su discapacidad parezca menor y se aumente su calidad de vida (Navas-Macho et al., 2017).

En España, las últimas décadas se han caracterizado por un gran avance hacia la inclusión e igualdad de oportunidades de las personas con DI en numerosos sectores como el empleo, formación, ocio o deporte (Verdugo-Alonso y Navas-Macho, 2017). Mientras que, otros ámbitos, como los relacionados con la sexualidad y maternidad/paternidad, no han recibido prácticamente atención (Olavarrieta-Bernardino et al., 2013). Este hecho, puede explicarse debido a que en múltiples ocasiones no se considera que los adultos con DI puedan tener la misma necesidad emocional, psicológica o social para expresar libremente su derecho a la sexualidad, siendo privados de ésta (McCarthy et al., 2020). Asimismo, en muchas ocasiones se les cohibe en la toma de decisiones sobre su sexualidad porque la sociedad les atribuye una menor competencia en aspectos vitales relacionados, como la vida sexual, la vida en pareja o la decisión de tener descendencia (Olavarrieta-Bernardino et al., 2013).

Es así como, la sexualidad de las personas con DI se vincula a mitos, prejuicios o falsas creencias que carecen de evidencia científica (Gil-Llario, Morell-Mengual, Ballester-Arnal y Díaz-Rodríguez, 2018), pero que han generado actitudes negativas hacia este grupo de personas, reprimiendo un derecho humano declarado por la Convención de los Derechos de las Discapacidades (CRPD). Este derecho reconoce a las personas con discapacidad como merecedoras de expresar de forma libre y completa su sexualidad (Darragh, Reynolds, Ellison y Bellon, 2017). Algunas de estas actitudes pueden ser la sobreprotección familiar, el no reconocimiento de sus necesidades de intimidad sexual, interacciones sociales establecidas por los propios familiares o profesionales, y la represión o control de su vida sexual (Gil-Llario et al., 2018;

Darragf et al., 2017). De este modo, se percibe a las personas con DI como asexuadas, es decir, no capaces de tomar decisiones apropiadas sobre su sexualidad y que por ello necesitan supervisión, protección o apoyo (Gil-Llario et al., 2018).

Existe la creencia que presupone que la ignorancia en cuestiones sexuales es la mejor forma de afrontar o defenderse de la propia sexualidad, mientras que la mayoría de las personas con DI posee conciencia de su sexualidad, manifestando curiosidad por este tema y teniendo experiencias sexuales en mayor o menor medida (Losada y Muñiz, 2019). Las personas con DI no suelen recibir educación de carácter sexual (Schaafsma, Kok y Stoffelen, 2016), y cuando la reciben, suelen ir enfocadas en no despertar la necesidad sexual, intentando evitar posibles manifestaciones impulsivas, no controladas y peligrosas (Díaz-Rodríguez, Gil-Llario, Ballesster-Arnal, Morell-Mengual y Molero-Mañes, 2014; Giménez-García, Gil-Llario, Ruiz-Palominó y Díaz-Rodríguez, 2017).

En esta misma línea, dado que las personas con DI no reciben una adecuada educación sexual y formación de carácter específico en habilidades sociosexuales, se produce una mayor vulnerabilidad y exposición ante los aspectos negativos de la sexualidad, como pueden ser, afrontar situaciones de riesgo, la exposición a infecciones de transmisión sexual o el abuso sexual (Díaz-Rodríguez et al., 2014; Giménez-García et al., 2017; Schaafsma et al., 2016). A pesar de que los problemas que reportan no son distintos a los de sus pares sin discapacidad, el porcentaje de personas que las experimentan es significativamente mayor. Por ejemplo, las personas con DI sufren tres veces más seguido el abuso sexual que el resto de la población (Schaafsma et al., 2016).

El abuso sexual se podría definir como un fenómeno multicausal (Díaz-Rodríguez et al., 2014), que se produce en aquellas experiencias sexuales en las que una persona no quiere participar, no las ha consentido y/o no entiende (Giménez-García et al., 2017; Losada y Muñiz, 2019). Dichas prácticas se sustentan en la búsqueda de gratificación por parte del abusador, quien se sitúa en una posición de poder, ya sea por edad, tamaño, posición o rol social. Por tanto, se podría decir que es unidireccional hacia la víctima, aunque ésta puede ser obligada a realizar prácticas sexuales hacia el abusador (Losada y Muñiz, 2019). En general, cuando se habla de abuso se está haciendo referencia a cualquier intromisión indeseada, provocada de

forma intencional que vulnera la integridad personal, física o sexual de la persona. Por consiguiente, un abuso es siempre una violación de los derechos humanos y civiles de un individuo, recogido en el actual Código Penal (Recio et al., 2013).

Numerosos estudios indican que estas agresiones se producen de forma continuada, llegando a cronificarse, por lo que producen diferentes daños, tanto físico como morales, de forma significativa en las víctimas (Losada y Muñiz, 2019). Entre la población con DI se destaca, sintomatología asociada a la depresión y la ansiedad, baja autoestima, autolesiones, trastornos de estrés postraumático, deficiencias del habla, incapacidad física, trastornos de la conducta, disfunción sexual y revictimización (Eastgate et al., 2011; Giménez-García et al., 2017; Losada y Muñiz, 2019).

En la década de los 90, ya algunos autores mencionaban ciertas características de la discapacidad intelectual que podrían explicar el grado de vulnerabilidad al abuso sexual, destacando las limitaciones cognitivas que impiden expresar deseos o necesidades afectivas sexuales, la presencia de trastornos o deficiencias en la comunicación, la ausencia de intimidad y la falta de educación afectivo-sexual (Díaz-Rodríguez et al., 2014). En la actualidad, los estudios se enfocan en analizar el grado de impacto de la dependencia con sus cuidadores (Gil-Llario et al., 2018; Giménez-García et al., 2017; Losada y Muñiz, 2019), lo que podría provocar numerosas consecuencias como, por ejemplo, la falta de autodeterminación que se podría traducir en una alta pasividad o sumisión ante el resto de individuos (Giménez-García et al., 2017).

De esta manera, los hombres y mujeres con DI son considerados población de alto riesgo para padecer abuso sexual en algún momento de su vida (Eastgate, Van Driel, Lennox y Scheermeyer, 2011; Gil-Llario et al., 2018). Estos abusos no solo se producen en la infancia, sino que continúan durante la adolescencia y la edad adulta (Losada y Muñiz, 2019). Aunque las estadísticas reales no son fáciles de determinar, dado que los datos pueden mezclarse con otros tipos de abuso, se estima que el 83% de las mujeres adultas y el 32% de hombres, ambos con DI, han sido/son víctimas de abuso sexual (Couwenhoven, 2013). Actualmente, se estima que se produce en uno de cada tres adultos con discapacidad (Tomsa et al., 2021).

En estos datos queda perfectamente reflejada las desigualdades de género. Las mujeres con DI poseen un mayor riesgo que los varones a sufrir un abuso sexual (Eastgate et al., 2011;

Giménez-García et al., 2017; Losada y Muñiz, 2019). Este hecho se puede explicar si se analizan cuáles son los factores que hacen que una persona sea más vulnerable ante el abuso sexual. Entre estos factores están: tener discapacidad, poseer algún tipo de dependencia -ya sea física, psíquica o emocional-, un bajo nivel socioeconómico, limitaciones cognitivas o de la comunicación, falta de formación o acceso a la información, falta de intimidad y, finalmente, ser mujer (Couwenhoven, 2013). Todos estos agentes contribuyen a la especial victimización sexual de las mujeres con DI, es decir, la tendencia a ser consideradas víctimas de cualquier tipo de violencia sexual (Gil-Llario et al., 2018; Nixon, Thomas, Daffern y Ogloff, 2017). Es así como entra en juego el perfil de doble discriminación, por el cual las mujeres con DI se encuentran en una interseccionalidad estructural, es decir, se identifica una experiencia de discriminación donde confluyen más de dos factores de riesgo en la misma persona, en este caso, por cuestión de género y por su situación funcional (Pons-García y Sánchez-Ramos, 2018).

Es evidente que el abuso sexual en mujeres con DI supone un problema de salud pública, tanto por su prevalencia como por las consecuencias que genera (Giménez-García et al., 2017). Sin embargo, la cantidad de programas de prevención, a nivel nacional e internacional, es escasa e insuficiente (Gil-Llario et al., 2018; Losada y Muñiz, 2019). Las primeras intervenciones que se realizaron en los inicios del s.XXI, únicamente se centran en la prevención de infecciones de transmisión sexual y embarazos no deseados, no considerando los aspectos emocionales, afectivos, personales y sociales, fundamentales en la educación sexual (Díaz-Rodríguez et al., 2014). Asimismo, la mayoría de programas, enfocados a disminuir la tasa de abuso sexual en población con discapacidad intelectual, se encuentran dirigidos a la infancia, sin tener en consideración que las mujeres de edad media, menores a 46 años, son las que más abusos sexuales han sufrido. Cabe destacar que las mujeres en edad adulta con DI suelen haber crecido dentro de un entorno más represivo que el actual, por lo que en general las jóvenes con DI tienden a poseer una mayor educación sexual dentro de un entorno más tolerable (Amat-Antequera, 2018).

Considerando la información expuesta, se hace necesario el diseño de un programa de prevención del abuso sexual en mujeres con DI en edad adulta, que reúnan todos los factores y dimensiones nombrados anteriormente, para subsanar las debilidades existentes y reducir la tasa de abuso sexual en esta población. Por consiguiente, el presente estudio consiste en una propuesta de programa de prevención, en el que se aporte una educación sexual de calidad a

las personas con DI, para que disminuya su vulnerabilidad ante el abuso (Losada y Muñiz, 2019). Se pretende dotarles de las herramientas y habilidades sociales necesarias para que sepan reconocer y afrontar las situaciones de riesgo (Giménez-García et al., 2017). Mediante esta intervención se les instruirá en el proceso jurídico de denunciar, en caso de que sea necesario, para disminuir el riesgo de victimización (Recio et al., 2013). Además de aumentar su nivel de autodeterminación para que sean capaces de expresar sus propios deseos y no ceder ante los de otros (Couwenhoven, 2013). Y, en último lugar, incluir al entorno familiar, implicándoles en la formación que se precisa para que las personas con DI puedan protegerse ante estos abusos (Losada y Muñiz, 2019).

2. Método

2.1 Centros a los que va dirigida la propuesta de intervención

La presente propuesta se encuentra diseñada y dirigida a centros ocupacionales para personas con DI, pudiendo ser público o privado indiscriminadamente. Estos centros se han configurado como un área de formación para las personas con DI, asegurando su ajuste personal y social para enfrentarse a las exigencias de la vida cotidiana. Lo más destacado es que favorecen la inclusión y la realización personal y social; propiciando un lugar estable y permanente que facilita el desarrollo personal.

En general, es un recurso que ofrece un servicio diurno donde los beneficiarios son atendidos para facilitarles una atención ocupacional que les permita un mayor grado de autonomía. Este servicio provee a sus usuarios de recursos de tipo psicológico, terapia ocupacional, rehabilitación y actividades de distinta índole.

Más concretamente, esta propuesta podrá ser impartida en centros en los que se fomente el desarrollo de conocimiento, habilidades y actitudes de las personas con DI, dentro de un entorno abierto y flexible en el que se trate la sexualidad con normalidad. Además, es fundamental que desde el centro se promueva la autonomía de los usuarios, incluyendo a la familia de forma activa en el proceso.

2.2 Evaluación de las necesidades

De forma previa al diseño y planificación de la intervención se ha realizado una revisión bibliográfica para poder identificar las necesidades existentes dentro del área de prevención y educación sexual de este colectivo. A partir de los resultados obtenidos se identificó una carencia en la prevención del abuso sexual en la población adulta. Aunque existen numerosos programas para prevenir este abuso en la infancia, en general no han abordado esta problemática en población con DI de mayor de edad. La cantidad de artículos, estudios y programas sobre la prevención del abuso sexual en adultos con DI es prácticamente nula. Es así como, debido a la prevalencia y gran importancia de este problema de salud pública, se vio necesario abordar este tema para proponer una intervención de prevención primaria para contribuir a su erradicación.

2.3 Objetivos

2.3.1 Objetivo general

- Reducir el riesgo de abuso sexual en mujeres de edad media con DI.

2.3.2 Objetivos específicos

- Aumentar el nivel de autodeterminación.
- Mejorar la asertividad sexual.
- Aumentar el nivel de conocimientos de carácter afectivo-sexual, especialmente aquellos relacionados con el abuso sexual.
- Mejorar la comunicación familiar sobre sexualidad.

2.4 Beneficiarios

Los beneficiarios del programa de prevención que se propone serán mujeres entre 18 y 40 años, con un diagnóstico de DI leve o moderada que residan en la provincia de Alicante.

Criterios de inclusión:

- Mujer.
- Discapacidad intelectual leve o moderada.
- Residentes en la provincia de Alicante.
- Rango de edad entre 18 y 40 años.
- Aceptar voluntariamente participar en el programa.

Criterios de exclusión

- Presencia de alteraciones en la conducta que dificulten el funcionamiento dentro del programa o ponga en riesgo al resto de usuarias.

2.5 Instrumentos de evaluación

En primer lugar, y para poder evaluar los efectos de la intervención, se realizará una evaluación inicial de línea de base, de este modo, se conocerá con una mayor exactitud los conocimientos y actitudes tanto hacia la sexualidad como frente al abuso sexual de las participantes, su grado de autodeterminación, asertividad sexual y la calidad de la comunicación familiar. Con esta finalidad, se aplicará una serie de instrumentos que evaluarán cada una de las variables descritas, y se realizará una entrevista semiestructurada con cada participante y su familia para poder obtener información de carácter cualitativo. Tras finalizar el programa, los integrantes volverán a realizar el proceso de evaluación para comprobar la existencia de cambios o variaciones respecto al inicial. Posteriormente, se hará un seguimiento de los efectos del programa tras un mes de su finalización, y otro, seis meses más tarde para evaluar el efecto de la intervención a medio plazo.

Las evaluaciones deben de realizarse en un entorno libre de distracciones, en el interior del centro de forma individual. La modalidad para la cumplimentación será de forma oral a modo de entrevista, para poder favorecer la comprensión de todos los conceptos. Además, debido a las características de los cuestionarios seleccionados, serán aplicados por un profesional de psicología. En la misma línea, se les recordará que los datos serán tratados con confidencialidad y se les solicitará que sean honestos en sus respuestas.

Las pruebas que se aplicarán en el proceso de evaluación son:

- Escala AUTODDIS (Verdugo-Alonso et al., 2021) para la evaluación de la autodeterminación de jóvenes y adultos con discapacidad intelectual. Este instrumento se encuentra estructurado en 46 ítems, todos ellos están formulados en tercera persona y deben ser respondidos utilizando una escala de cuatro opciones basada en el grado de acuerdo (totalmente en desacuerdo, en desacuerdo, de acuerdo, totalmente de acuerdo). Cabe destacar su diseño en formato de heteroinforme y una estructura multidimensional. Se compone de tres partes para su aplicación, primero una presentación en las que se recuerdan las características de la escala, en segundo lugar, tres apartados de datos sociodemográficos y, finalmente, tres secciones diferenciadas con dos subescalas cada una, constituyendo los seis componentes de la

autodeterminación. Los cuales son la característica volitiva, que estaría formada por las subescalas de autonomía y autoiniciación; la característica agencial, conformada por las subescalas de autodirección y autorregulación/ajuste; y las creencias de control-acción, con las subescalas de autoconcepto y empoderamiento. Los resultados se obtienen por medio del Índice de Autodeterminación, donde las puntuaciones se presentan en una distribución con media 100 y desviación típica 15. Por tanto, las puntuaciones más altas denotan un mayor nivel de autodeterminación. Junto con los percentiles que indican el porcentaje de personas que tienen una puntuación superior o inferior, cuanto mayor sea el percentil obtenido, mayor será la puntuación en autodeterminación. También, junto con la información del nivel global de autodeterminación, se elabora un perfil individual en los que se ilustra el nivel de la persona en cada una de las subescalas. En relación con su fiabilidad, se observa una buena consistencia interna, superior a .90 para todas las subescalas, y no existe ningún ítem que afecte de forma negativa a la medición. Mientras que posee una alta validez de criterio, al obtener correlaciones significativas y superiores a .60 entre todas las secciones de la escala y los indicadores externos utilizados como criterios de evaluación del mismo constructo (Verdugo et al., 2021).

- La Escala “Sexual Assertiveness Scale” (Morokoff et al., 1997), en su versión española (Vallejo-Medina, Santos-Iglesias y Sierra, 2011) que consta de un total de 18 ítems. Recoge de forma amplia el contenido de los componentes de la asertividad sexual: inicio de las relaciones sexuales deseadas, rechazo de las relaciones no deseadas, y la prevención de embarazos y enfermedades de transmisión sexual. Para la evaluación de este programa únicamente se aplicarán las subescalas Inicio (ítems 1-6), que evalúa la frecuencia con que una persona comienza una relación sexual de forma deseada; y Rechazo (ítems 7-12), que mide la frecuencia en que una persona es capaz de evitar una práctica sexual no deseada. Cabe remarcar que el cuestionario ha demostrado buenas propiedades psicométricas tanto si se aplica de manera global como si se emplean subescalas aisladas. Los ítems se puntúan sobre una escala de respuesta tipo Likert desde 0 (Nunca) a 4 (Siempre), existiendo ítems inversos (3, 4, 6, 8, 10 y 11). Respecto a los resultados, las puntuaciones finales elevadas indican un mayor grado de asertividad sexual. En último lugar, al evaluar la fiabilidad se encuentran correlaciones entre cada subescala consigo misma, nunca inferior a .59. Concretamente las subescalas seleccionadas poseen un índice de fiabilidad alta, siendo en Inicio ($\omega = .80$) y

Rechazo ($\omega = .76$). Asimismo, en cuanto a la validez presenta un alfa de Cronbach que oscila entre .66 y .86 (Sierra, Vallejo-Medina y Santos-Iglesia, 2011).

- Evaluación del comportamiento sexual de personas con DI, versión para padres (ECS-PA; Gil-Llario et al., 2019). Este cuestionario se encuentra estructurado en 32 ítems, a modo de preguntas que son respondidas por los padres con una respuesta dicotómica: Sí/No. Fundamentalmente, se centra en la evaluación de tres aspectos clave que se corresponden con los tres factores del instrumento: (F1) la percepción que los padres tienen de la comprensión del concepto de privacidad y las normas sociales existentes, formado por 13 ítems; (F2) el grado de percepción del comportamiento sexual de su hijo/a dentro de los cánones socialmente aceptados, que tiene 10 ítems; y (F3) su preocupación por el comportamiento sexual inadecuado o desinhibido; compuesto por 9 ítems. En general, se trata de un instrumento válido y fiable, como se demuestra por el alfa de Cronbach que poseen las diferentes subescalas entre .70 y .87, además de por los altos índices de ajuste del modelo en su totalidad (Gil-Llario et al., 2019).

- Cuestionario sobre conocimientos acerca del abuso sexual para alumnos/as. Este instrumento de evaluación fue construido para el estudio realizado por Campo-Sánchez y López-Sánchez (2006) para evaluar tanto los conocimientos como las habilidades de prevención aprendidas por niños/as. Sin embargo, puesto que en la presente investigación la población diana se corresponde con mujeres adultas con DI, se realizará una adaptación tanto del lenguaje como de los términos dirigidos a los alumnos, como, por ejemplo, en el ítem 2 "*Los niños y las niñas ¿también tienen derechos como los mayores?*" se ajustaría a "*¿Todas las personas tienen los mismos derechos?*" De este modo, se adaptarían los 33 primeros ítems del cuestionario dirigidos a evaluar los conceptos mencionados anteriormente, el formato de respuesta es: Sí/No/No sé. Las propiedades psicométricas se caracterizan por una alta fiabilidad en una doble evaluación con un mes de diferencia ($r = .92$). También muestra una elevada consistencia interna al tener una fiabilidad de $r = .83$. Por otro lado, posee una validez concurrente de $r = .76$.

- Escala de Comunicación Familiar (FCS; Olson, Gorall y Tiesel, 2006). Está formada por 10 ítems tipo Likert con cinco alternativas de respuesta, siendo 1 (extremadamente insatisfecho), 2 (generalmente insatisfecho), 3 (indeciso), 4 (generalmente satisfecho) y 5 (extremadamente satisfecho). La puntuación máxima es de 50 y la mínima de 10. Es así como,

la comunicación familiar se entenderá como el proceso de transmitir información, pensamientos, deseos y emociones entre los miembros de una unidad familiar, por medio de la percepción de satisfacción de la misma al escuchar las expresiones de afecto, discusión de ideas y mediación de conflictos. La versión original en población estadounidense ofrece una consistencia interna excelente ($\alpha = .90$), y muy similar a la reportada por el estudio de validación en español realizado por Copez-Lonzoy, Villareal-Zegarra y Paz-Jesús (2016) ($\alpha = .88$).

2.6 Procedimiento

El programa de prevención que se propone en la presente investigación se denomina “*Cómo, Cuándo y con Quién YO quiera*”, consta de 5 sesiones semanales con una duración aproximada de 1 hora, además de la denominada sesión 0, en la que se realizará una introducción del programa a los participantes; dándoles la posibilidad de estructurar la organización de las sesiones conforme a su criterio personal. El programa se ha diseñado utilizando las pautas y técnicas recomendadas por diferentes investigaciones sobre cómo abordar la prevención frente al abuso sexual en personas con DI, las cuales poseen un alto rigor científico (García-Ruiz, 2009; Martínez-Valls, 2009; McEachern, 2012; Prieto, 2017). Otro punto importante es que al finalizar cada una de las sesiones se hará un resumen de los contenidos desarrollados dentro de la misma, recordándolos al inicio de la siguiente sesión.

Tabla 1. Cronograma.

Tiempo	1ª semana	2ª semana	3ª semana	4ª semana	5ª semana	6ª semana	1 mes más tarde	6 meses más tarde
Sesiones								
Sesión 0	■							
Sesión 1		■						
Sesión 2			■					
Sesión 3				■				
Sesión 4					■			
Sesión 5						■		
Seguimiento							■	■

En la misma línea, para poder garantizar el éxito de la intervención se implicará no solo a las participantes sino también a sus familiares, puesto que los factores ambientales y socio-culturales juegan un papel fundamental a la hora de afrontar esta problemática. Además de la realización de las sesiones pautadas, en este programa se busca implantar en el centro un encuentro cada dos semanas en el que tanto las usuarias como las familias acudieran para poder tener un espacio libre de prejuicios y tabúes donde hablar sobre temáticas relacionadas con la sexualidad. De este modo, se facilitaría tanto la normalización de la sexualidad en sí misma, la interacción y comunicación familiar, y la posible detección temprana de situaciones de abuso sexual entre las mujeres con DI. Otro aspecto que se pretende abordar en estas sesiones es el poder facilitar y fomentar la creación de normativas a nivel organizacional para poder detectar y actuar de forma temprana en caso de abuso sexual. Por ejemplo, establecer un código de ayuda entre las usuarias del centro o protocolos de actuación.

Para ello, se buscará un acuerdo de forma conjunta a la familia, en relación con los objetivos planteados, buscando generar un compromiso o “contrato educativo” con el taller. Para ello, también se les ofrecerá una hoja explicativa antes del inicio de las sesiones con los principales puntos a tratar durante ellas, lo que se busca es que estén informados acerca de los contenidos del taller y que posean las herramientas necesarias para poder favorecer la interacción con la usuaria acerca de estos temas.

Además, el taller se desarrollará en grupos reducidos de 6-10 personas, buscando un alto nivel de participación para que el programa se caracterice por ser activo, favoreciendo el contacto con el terapeuta y con las participantes entre sí. También, cabría destacar que el programa será impartido tanto por un profesional del campo de la Psicología como por otras mujeres con DI que hayan sufrido abuso sexual, formadas previamente conforme a las bases de la intervención. De esta forma, aumenta la comprensión de las participantes que escuchan debido a que se genera una mayor conexión a nivel grupal.

Los materiales utilizados se encuentran adaptados de tal forma que sean comprensibles a las capacidades de las mujeres con DI. Asimismo, para fomentar y favorecer la aplicación del programa, se han diseñado las actividades buscando reducir los posibles costes.

Puesto que la intervención se aplicará de forma voluntaria para aquellas usuarias interesadas, se ha diseñado un cartel promocional del mismo para colgar en el centro en el que se vaya a desarrollar, de este modo se busca un mayor visibilización y participación (Anexo A).

Más tarde, y de forma previa al inicio de la intervención, cada participante deberá firmar el consentimiento informado (Anexo B).



Tabla 2. Organización del programa.

Sesiones	Objetivos	Actividades	Materiales
Sesión 0 Presentación y pase de los primeros cuestionarios.	<ul style="list-style-type: none"> - Presentación del programa. - Reparto y recogida del consentimiento informado firmado. - Asentar las bases para un clima óptimo de inclusión, participación y respeto. - Pasar los cuestionarios necesarios. 	<ul style="list-style-type: none"> - ¿Qué haremos en Cómo, Cuándo y con Quién YO quiera? - “¡A mí me interesa!” (Anexo C). 	<ul style="list-style-type: none"> - Hoja explicativa de los principales conceptos (Anexo D). - Diapositivas en PowerPoint con la información fundamental (Anexo E). - Proyector o pantalla. - Consentimiento informado. - Caja con abertura o urna.
Sesión 1 Educación afectivo-sexual	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar una presentación entre las mujeres del taller. - Explicar la sexualidad desde todas sus dimensiones tanto a nivel de salud, afectivo y reproductivo. - Hablar sobre el desarrollo sexual humano. - Analizar el deseo humano y sus manifestaciones. - Desmitificación de la sexualidad y la discapacidad intelectual. - Fomentar la participación activa y el debate. 	<ul style="list-style-type: none"> - “¿Qué es la sexualidad?”. - “Los mitos y leyendas que se quedan en los cuentos”. (Anexo F) - “Hagamos memoria” (Anexo G). 	<ul style="list-style-type: none"> - Hoja explicativa de los temas a tratar durante la sesión para las familias. (Anexo H). - Hojas que sirvan a modo de cartel para poner sus nombres (Anexo I). - Diapositivas en PowerPoint explicativas de la temática (Anexo J). - Proyector o pantalla.

Sesión 4 Asertividad sexual	<ul style="list-style-type: none"> - Definir el concepto de asertividad sexual. - Educar en habilidades sociales dentro del contexto sexual. - Entrenar en la capacidad para negociar las conductas sexuales deseadas, el empleo de métodos anti-conceptivos y comportamientos sexuales saludables. 	<ul style="list-style-type: none"> - “¿Y tú qué harías?” (Anexo K). - “Hagamos memoria” (Anexo E). 	<ul style="list-style-type: none"> - Instrumento, como una pizarra, para poder apuntar conceptos relevantes que vayan surgiendo durante el desarrollo de la actividad.
Sesión 3 Conocimientos sobre el abuso sexual	<ul style="list-style-type: none"> - Definir el abuso sexual. - Hablar de los síntomas que produce en las víctimas y sus consecuencias. - Explicar las situaciones en las que se produce normalmente. - Enseñar las principales formas para responder y protegerse ante el abuso sexual. - Entrenamiento en habilidades de reconocimiento, afrontamiento y protección frente al abuso sexual. 	<ul style="list-style-type: none"> - “¿Qué sentirá la mujer?” (Anexo L). - “Respétame” (Anexo M). - “Hagamos memoria” (Anexo E). 	<ul style="list-style-type: none"> - Instrumento, como una pizarra, para poder apuntar conceptos relevantes que vayan surgiendo durante el desarrollo de la actividad.

Sesión 4

Autodeterminación

- Demostrar a las participantes que es importante expresar sus deseos y opiniones.
 - Explicar que formas tienen para denunciar un caso de abuso sexual.
 - Validar todos sus intereses sobre la sexualidad.
 - Leer las hojas que hayan puesto en la urna con preguntas acerca de la sexualidad.
- “*Tomemos la acción*” (Anexo N)
 - “*¡A mí me interesa!*” (Anexo C).
 - “*Hagamos memoria*” (Anexo E).
 - “*Los Doce Mandamientos en una relación afectivo-sexual*” (Anexo P).
- Hoja con instrucciones de cómo se debe denunciar el abuso sexual (Anexo O).

Sesión 5

Comunicación familiar

- Realizar el apoyo necesario para el inicio de las reuniones conjuntas con la familia sobre educación afectivo-sexual.
 - Asentar las bases para un clima óptimo de inclusión, participación y respeto dentro el grupo.
 - Debatir de forma grupal diferentes temas relacionados con la sexualidad.
 - Ofrecer un lugar seguro donde las mujeres puedan compartir dudas e intereses.
 - Promover la comunicación familiar sobre sexualidad.
 - Mantener en el tiempo la educación de carácter afectivo-sexual.
- “*Y ahora todos juntos*”. - Hoja de normas básicas para facilitar la comunicación durante las sesiones (Anexo Q).

3. Resultados esperados

En la presente propuesta de intervención se pretende prevenir el abuso sexual en mujeres con DI de edad adulta por medio de una mejora significativa en las variables estudiadas, siendo: la educación afectivo-sexual, asertividad sexual, autodeterminación y comunicación familiar.

Se espera que, al finalizar la intervención, las mujeres posean conocimientos suficientes tanto desde la perspectiva de la sexualidad saludable como que adquieran y sean capaces de implementar las habilidades necesarias para mantener relaciones afectivas y sexuales saludables. Es decir, que conozcan la existencia de diferentes métodos anticonceptivos, el desarrollo sexual humano, la práctica erótica y el placer desde un punto de vista positivo e inclusivo; desmitificando la sexualidad de las personas con DI. Junto con el establecimiento de relaciones sentimentales donde puedan comunicar sus sentimientos, pensamientos y deseos, expresando sus propias necesidades y teniendo en cuenta las de sus iguales. También se hará alusión a los riesgos, entre los que se encuentra el abuso sexual.

Además, para aumentar la eficacia del programa, y por ende la prevención del abuso sexual, se busca mejorar la autodeterminación de las mujeres con DI en múltiples aspectos de su vida diaria. De este modo, se espera acabar con el alto grado de pasividad o sumisión que suelen presentar ante el resto de individuos para que sean capaces de expresar su negativa ante conductas o situaciones en las que no se sientan cómodas.

En último lugar, puesto que la presencia del entorno juega un papel fundamental, esta intervención pretende ser el punto de inicio para la creación de una reunión cada dos semanas, donde las familias y las propias mujeres hablen abiertamente sobre la sexualidad, favoreciendo la detección temprana de posibles casos de abuso.

De la misma forma, con el seguimiento se espera que tanto a corto, 1 mes, como a medio plazo, 6 meses, se mantengan los resultados y efectos en las variables. Destacando que, al establecer la nombrada sesión de entrenamiento con los familiares, variables como la comunicación familiar podrían verse mejoradas tras el paso del tiempo, dado que seguirían trabajándose tras la finalización de la intervención.

4. Discusión y conclusiones

En definitiva, se pretende empoderar a las mujeres con DI mediante una intervención que genere cambios duraderos tanto durante su aplicación como de forma posterior. Gracias a

esta formación podrán disponer de un lugar seguro y estable donde puedan desarrollarse en el ámbito de la sexualidad, que es vital para la mejora de su calidad de vida e inclusión en la sociedad; además de proporcionarles las herramientas y habilidades necesarias para afrontar el posible riesgo de sufrir un abuso sexual, que es altamente prevalente en esta población (Giménez-García et al., 2017).

En general, durante el desarrollo de la intervención se recogen todos los aspectos necesarios para asegurar el éxito de la intervención en población con DI, al suplir las principales carencias que se habían encontrado en los programas existentes. Se destaca la inclusión de formación en la defensa de sus derechos, actividades de role-playing sobre habilidades de protección y afrontamiento tanto de forma conductual como verbal, aumento de la autodeterminación por medio de la inclusión de las participantes en la organización y desarrollo de la intervención, así como la participación activa del entorno familiar durante las reuniones quincenales planteadas que servirán para sensibilizar sobre la importancia de abordar la sexualidad (Martínez-Valls, 2009; McEachern, 2012; Prieto, noviembre 2017).

También, existen algunas limitaciones debido a no abordar determinados factores o variables que podrían resultar de especial interés en el desarrollo de este tipo de propuestas. Por una parte, hubiera sido interesante incluir a los cuidadores profesionales de su entorno para poder aumentar la red de apoyo necesaria para abordar la problemática del abuso sexual en esta población, y de este modo crear una serie de condiciones que permitan que se produzca el aprendizaje de las habilidades de afrontamiento en el contexto natural (Prieto, noviembre 2017). Otro aspecto que no se ha abordado es la sensibilización de la población acerca de la necesidad de luchar contra la falta de credibilidad que se le otorga a este colectivo, lo que favorece a la revictimización del mismo (Prieto, noviembre 2017).

Además, en esta intervención se ha buscado la mejor adaptación posible tanto de los instrumentos de evaluación como de las actividades realizadas. Sin embargo, hace falta un mayor número de investigaciones o intervenciones en las que se garantice que los materiales utilizados se ajustan de tal forma que sean comprensibles para las personas con DI que asisten a dicha formación. Dentro de estos recursos se pueden destacar pictogramas, adaptaciones a lectura fácil y, recursos tecnológicos y pedagógicos (Recio et al., 2013). Es por ello, que una de las dificultades que pueden encontrarse los profesionales que desarrollen la intervención es

la necesidad de adaptar determinados conceptos técnicos según las diferentes características personales que tengan cada una de las mujeres.

Finalmente, a pesar de que es de vital importancia ofrecer una educación afectivo-sexual de calidad desde edades tempranas (Amat-Antequera, 2018), este estudio pretende poner de manifiesto que las mujeres con DI de una edad más avanzada poseen más carencias en esta dimensión que sus iguales de menor edad. Por lo que se hace necesaria la creación y aplicación de programas de intervención que permitan la concepción de entornos inclusivos donde no tenga cabida el abuso sexual. En la misma línea, en múltiples ocasiones, los distintos centros especializados se encuentran con numerosas dificultades a la hora de abordar la sexualidad en las personas con DI. Es por ello que esta intervención pretende ser una herramienta de utilidad para poder aproximarse a esta dimensión sensibilizando y educando tanto a las usuarias como a sus familias, previniendo los aspectos negativos de la misma como puede ser el abuso sexual.



5. Referencias

- Aja-Ramos, R.E., Gerolin, M., Canto-Combarro, A., y Vidorreta-Gutiérrez, I. (2014). Influencia de factores personales ya ambientales en la calidad de vida de personas con discapacidad intelectual. *Siglo Cero*, 45(3), 47-61.
- Amat-Antequera, L. (2018). *Prevención del abuso sexual en mujeres con discapacidad intelectual* (tesis de máster). Universidad de Almería, España.
- Asociación Americana de Discapacidades Intelectuales y del Desarrollo (AAIDD)(2011). *Discapacidad intelectual. Definición, Clasificación y Sistemas de Apoyo*. Madrid: Alianza Editorial.
- Basile, K.C., Breiding, M.J., y Smith, S.G. (2016). Disability and risk of recent sexual violence the United States. *American Journal of Public Health*, 106(5), 928-933.
- Bruder, C., y Kroese, B.S. (2005). The efficacy of interventions designed to prevent and protect people with intellectual disabilities from sexual abuse: a review of the literature. *The Journal of Adult Protection*, 7, 13-27.
- Campo-Sánchez, A. y López-Sánchez, F. (2006). Evaluación de un programa de prevención de abusos sexuales a menores en Educación Primaria. *Psicothema*, 18(1), 1-8.
- Canimas-Brugué, J. (2015). ¿Discapacidad intelectual o diversidad funcional? *Siglo Cero*, 46(2), 79-97.
- Cavalcante-Carvalho, A. M. (2018). Discriminación interseccional: concepto y consecuencias en la incidencia de violencia sexual contra mujeres con discapacidad. *Journal of Feminist, Gender and Women Studies*, 7, 15-25.
- Chodan, W., y Häßler, F., y Reis, O. (2017). A randomized controlled trial on the effectiveness of a sexual abuse prevention programme for girls with intellectual disabilities: study protocol. *Translational Developmental Psychiatry*, 5, 1-11.
- Copez-Lonzoy, A., Villareal-Zegarra, D., y Paz-Jesús, A. (2016). Propiedades psicométricas de la Escala de Comunicación Familiar en estudiantes universitarios. *Revista Costarricense de Psicología*, 35(1), 31-46.
- Couwenhoven, T. (2013). La educación sexual es la prevención del abuso sexual. *Revista Síndrome de Down*, 30, 9-14.
- Cracco, C., y Costa-Ball, C.D. (2018). Propiedades Psicométricas de la Escala de Comunicación Familiar. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación*, 51(2), 77-86.

- Darragh, J.A., Bellon, M., Ellison, C., y Reynolds, L. (2017). Let's talk about sex: How people with intellectual disability in Australia engage with online social media and intimate relationships. *Cyberpsychology: Journal of Psychology Research on Cyberspace*, 11(1). <https://doi.org/10.5817/CP2017-1-9>
- Díaz-Rodríguez, I.M., Gil-Llario, M.D., Ballester-Arnal, R., Morell-Mengual, V., y Molero-Mañes, R. (2014). Conocimientos, comportamiento y actitudes sexuales en adultos con discapacidad intelectual. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(3), 415-422.
- Eastgate, G., Van-Driel, M.L., Lennox, N., y Scheermeyer, E. (2011). Women with intellectual disabilities: A study of sexuality, sexual abuse and protection skills. *Australian Family Physician*, 40(4), 226-230.
- Embregts, P.J.C.M., Heestermans, M., y van den Bogaard, K.J.H.M. (2017). A training course for psychologists: Learning to assess (alleged) sexual abuse among victims and perpetrators who have intellectual disabilities. *Sex Disabil*, 35, 39-44.
- FEAPS. Federación De Asociaciones en favor de las personas con discapacidad intelecto y/o del desarrollo de la Comunidad Valenciana (2015). *Dibujando la sexualidad de las personas con discapacidad intelectual y/o del desarrollo: Una cuestión de derechos*. Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad. Recuperado el 20 de abril de 2021 desde https://discapacidadcolombia.com/phocadownloadpap/PUBLICACIONES_ARTICULOS/aF_Feaps_guiasexualidad.pdf
- Flórez-Beledo, J. (2018). La comprensión actual de la discapacidad intelectual. *Sal Tarrae*, 106, 479-492.
- García-Ruíz, M. (2009). *Educación sexual y Discapacidad. Talleres de educación sexual con personas con discapacidad*. Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias.
- Gil-Llario, M., Elipe-Miravet, M., Giménez-García, C., Bisquert-Bover, M., y Castro-Calvo, J. (2019). Validación de un instrumento de evaluación del comportamiento sexual de personas con discapacidad intelectual para padres (ECS-PA). *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(5), 519-528.

- Gil-Llario, M.D., Morell-Mengual, V., Ballester-Arnal, R., y Díaz-Rodríguez, I. (2018). The experience of sexuality in adults with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 62(1), 72-80.
- Giménez-García, C., Gil-Llario, M.D, Ruiz-Palomino E., y Díaz Rodríguez, I. (2017). Abuso sexual y discapacidad intelectual: Cómo identifican y valoran la experiencia las personas con discapacidad intelectual y los profesionales que les atienden. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 4(1), 129-136.
- Hernández, O. (2018). Formato consentimiento informado psicología. Recuperado el 5 de mayo de 2021 desde https://www.academia.edu/40329269/FORMATO_CONSENTIMIENTO_INFORMADO_PSICOLOGÍA
- Hollomotz, A. (2012) ‘A lad tried to get hold of my boobs, so I kicked him’: an examination of attempts by adults with learning difficulties to initiate their own safeguarding. *Disability & Society*, 27(1), 117-129.
- Hough, R.E. (2011). Adult protection and ‘intimate citizenship’ for people with learning difficulties: empowering and protecting in light of the No Secrets review. *Disability & Society*, 27(1), 131-144.
- Ke, X., y Liu, J. (2017). *Manual de salud mental infantil y adolescente de la IACAPAP*. Ginebra: Asociación Internacional de Psiquiatría del Niño y el Adolescente y Profesionales Afines.
- López-Sánchez, F. (2016). *Guía para el desarrollo de la afectividad y de la sexualidad de las personas con discapacidad intelectual*. Junta de Castilla y León. Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades, Gerencia de Servicios Sociales.
- Losada, V.A., y Muñiz, A.M. (2019). Sexualidad en sujetos con discapacidad intelectual. Mitos y prejuicios como factores de riesgo y vulnerabilidad al abuso sexual. *Revista Digital Prospectivas en Psicología*, 3(2), 4-15.
- Martínez-Valls, A. (2009). *Modelo de Intervención mediante estructuras de apoyo. El ejemplo del Proyecto Trevol*. Salamanca: Publicaciones del INICO.
- McCarthy, M., Skillman, K.M., Elson, N., Bates, C., Forrester-Jones, R., y Hunt, S. (2020). Making connections and building confidence: A study of specialist dating agencies of people with intellectual disabilities. *Sexuality and Disability*, 38, 3-18.

- McDaniels, B. y Fleming, A. (2016). Sexuality education and intellectual disability: Time to address the challenge. *Sexuality and Disability*, 34, 215-225.
- McEachern, A.G. (2012) Sexual Abuse of Individuals with Disabilities: Prevention Strategies for Clinical Practice. *Journal of Child Sexual Abuse*, 21(4), 386-339.
- Millán-Madera, S., Sepúlveda-García-de-la-Torre, A., Sepúlveda-García-de-la-Torre, P., y González-Mori, B. (2008) *Mujeres con discapacidad y violencia sexual: Guía para profesionales*. Conserjería para la igualdad y bienestar social. Dirección General de Personas con Discapacidad. Recuperado el 30 de marzo de 2021 desde <https://consaludmental.org/publicaciones/Mujerescondiscapacidadviolenciasexual-guiaprofesionales.pdf>
- Morales-Martínez, G.E., López-Ramírez, E.O., Cavazos, D.J.C., Tuero-Martínez, Z.D.C., y Mullet, E. (2011). Actitudes hacia la sexualidad de las personas con discapacidad intelectual. *Ciencia Universidad Autónoma de Nuevo León*, 4, 436-444.
- Morcillo Martínez, J. M., y Pérez Villar, J. (2018). Discapacidad intelectual y violencia de género: un análisis transnacional. *Revista Electrónica De Investigación Y Docencia (REID)*.
- Morokoff, J.P., Quina, K., Harlow, L.L., Whitmire, L., Grimley, D.M., Gibson, P.R., y Burkholder, G.J. (1997). Sexual Assertiveness Scale (SAS) for women: Development and validation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73(4),790-804.
- Moya-Maya, A. (2009). La sexualidad en mujeres con discapacidad. Perfil de doble discriminación. *Feminismo/s*, 13, 133-152.
- Muñoz-Bravo, J., Fernández-Alonso, A.B., Belinchón-Carmona, M., Sellán-Soto, M.A., Díaz-Martínez, M.C., Hernando-Martínez, M.F., y Muñoz-Llorente, S. (2016). *Discapacidad intelectual y salud: Derechos, desigualdades, evidencias y propuestas*. Madrid: FEAPS, Confederación Española de Organizaciones en favor de las Personas con Discapacidad Intelectual.
- Murray, B.L. (2019). Sexual health education for adolescents with developmental disabilities. *Health Education Journal*, 79(8), 1000-1011.
- Navas-Macho, P., Verdugo-Alonso, M.I., Martínez-Torres, S., y Aza-Hernández, A. (2017). Derechos y calidad de vida en personas con discapacidad intelectual y mayores necesidades de apoyo. *Siglo Cero*, 48(4), 7-66.

- Nixon, M., Thomas, S.D.M., Daffern, M., y Ogloff, J.R.P. (2017). Estimating the risk of crime and victimisation in people with intellectual disability: a data-linkage study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 52, 617-626.
- Olavarrieta-Bernardino, S., Darín, L.A.D., Suárez-López, P., Tur-Bonnin, N., Besteiro-López, B., y Gómez-Jarabo-Gómez, G. (2013). Actitudes hacia la sexualidad, esterilización, maternidad/paternidad y habilidades de crianza de personas con discapacidad intelectual: un estudio preliminar. *Siglo Cero*, 44(4), 55-69.
- Olson, D., Gorall, D., y Tiesel, J. (2006). FACES IV Package. Administration Manual. Minnesota: Life Innovations.
- Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (2001). *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud/CIF*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría General de Asuntos Sociales. Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO).
- Planned Parenthood (s.f). *Agresión Sexual, Abuso y Violación*. Recuperado el 1 de mayo de 2021 desde <https://www.plannedparenthood.org/es/temas-de-salud/para-adolescentes/bullying-seguridad-y-privacidad/agresion-sexual-abuso-y-violacion>
- Plena Inclusión (2017). *Posicionamiento de Plena Inclusión sobre terminología*. Recuperado el 15 de abril de 2021 desde <https://www.plenainclusion.org/informate/publicaciones/posicionamiento-de-plena-inclusion-sobre-terminologia>
- Plena Inclusión (2017). *Prevención de la violencia de género*. Recuperado el 10 de marzo de 2021 desde <https://plenainclusionmadrid.org/proyectos/no-me-danes/>
- Pons-y-García, J.V., y Sánchez-Ramos, J. (2019). Mujeres con discapacidad: Una doble vía de discriminación. *Perfiles de las Ciencias Sociales*, 6(11), 69-85. Recuperado el 25 de marzo de 2021 desde <https://revistas.ujat.mx/index.php/perfiles/article/view/3118>
- Prieto, J. (noviembre, 2017). *Propuesta de un programa de prevención primaria en abuso sexual dirigido a mujeres con diagnóstico de discapacidad intelectual*. Trabajo presentado en IX Jornadas estatales de psicología contra la violencia de género, Santiago, España.
- Recio, M., Galindo, L., Cendra, J., Almenay, A., Villaró, G., y Martorell, A. (2013). *Abuso y discapacidad intelectual, orientaciones para la prevención y actuación*. Madrid: Fundación Carmen Pardo-Valcarce.

- Reuter, S., Larsson, M., Loeber, O., Winkleman, C., Amann, S., Hessling, A., Hünert, M., Schenner, O., Michielsen, K., De-Meyer, S., Doortje Braeken, Elizabeth Bennour, Kunz, D., Müller, I., Ollendorff, U.L., Martinez, A., Apter, D., Costa, M., Frans, E., Herat, J., Vasileva-Blazev, M., Shapiro, B., Lazdane, G., Barnekow, V., van der Doef, S., van der Vlugt, I, y Värvi, S. (2013). *Estándares de educación sexual para Europa. Guía de implementación*. Colonia: Christine Winkelmann & Evert Ketting.
- Robinson-Whelen, S., Hughes, B.S., Powers, L.E., Oswald, M., Renker, P., Swank, P.R., y Curry, M.A. (2010). Efficacy of a computerized abuse and safety assessment intervention for women with disabilities: a randomized controlled trial. *Rehabilitation Psychology*, 55(2), 97-107.
- Robinson-Whelen, S., Hughes, R.B., Gabrielli, J., Lund, E.M., Abramson, W., y Swank, P.R. (2014). A safety awareness program for women with diverse disabilities: A randomized controlled trial. *Violence Against Women*, 20(7), 846-868.
- Santos-Iglesias, P., y Sierra, J.C. (2010) El papel de la asertividad sexual en la sexualidad humana: una revisión sistemática. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 10(3), 553-577.
- Schaafsma, D., Kok, G., Stoffelen, J., y Curfs, L. (2017). People with Intellectual Disabilities Talk About Sexuality: Implications for the Development of Sex Education. *Sexuality and disability*, 35(1), 21–38. <https://doi.org/10.1007/s11195-016-9466-4>
- Sequeira, H. (2006). Implicaciones for practice: research into the effects of sexual abuse on adults with intellectual disabilities. *The Journal of Adult Protection*, 8(4), 25-31.
- Tamarit-Cuadrado, J. y Espejo-Leal, L. (2013). Experiencias de empoderamiento de personas con discapacidad intelectual o del desarrollo. *Siglo de Oro*, 44(2), 22-35.
- Tomsa, R., Gutu, S., Cojocar, D., Gutiérrez-Bermejo, B., Flores, N., y Jenaro, C. (2021). Prevalence of sexual abuse in adults with intellectual disability: systematic review and meta-analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18.
- Vallejo-Medina, P., Santos-Iglesias, P., y Sierra, J.C. (2011). Propiedades psicométricas de la versión española de la Sexual Assertiveness Scale (SAS). *Anales de psicología*, 27(1), 17-26.
- Verdugo, M.I., Alcedo, M.A., Bermejo, B., y Aguado, M.L. (2002). El abuso sexual en personas con discapacidad intelectual. *Psicothema*, 14, 124-129.

- Verdugo-Alonso, M.A., Vicente-Sánchez, E., Guillén-Martín, V., Sánchez-Fuentes, S., Ibáñez-García, A., Fernández-Pulido, R., Gómez-Sánchez, L.E., Coma-Roselló, T., Bravo-Álvarez, M.A., y Vived-Conte, E. (2021). *Escala AUTODDIS: Evaluación de la autodeterminación de jóvenes y adultos con discapacidad intelectual. Manual de aplicación y corrección*. Salamanca: Publicaciones del INICO.
- Vizcaino-Luque, L., y Aciego-de-Mendoza-Lugo, R. (2015). Valoración de una experiencia de educación afectivo-sexual para personas con discapacidad intelectual. *Siglo Cero*, 46(4), 45-68.
- World Health Organization (2011). *World Report on Disability*. Recuperado el 13 de abril de 2021 desde https://www.who.int/disabilities/world_report/2011/report.pdf



6. Anexos

Anexo A. Póster promocional de la intervención.



Anexo B. Consentimiento informado.



Consentimiento informado

26 de abril de 2021

Sra. Usuaria, lea de forma detenida el presente documento en el que se le explica detalladamente el tratamiento y confidencialidad de sus datos, estableciendo sus derechos y compromisos en relación con la intervención psicológica que se llevará a cabo. Si le surge alguna duda puede consultarla con el profesional presente durante su cumplimentación.

1. Tratamiento y confidencialidad de los datos

Durante su participación en esta intervención toda la información recogida, ya sea durante la evaluación como durante el desarrollo de esta, pudiendo ser audiovisual, escrita u oral; será totalmente confidencial. Por tanto, no podrá ser compartida con terceros sin su consentimiento explícito.

2. Modelo de intervención

La intervención que se les brinda es llevada a cabo con base en un modelo psicológico demostrado. Dentro de este programa los participantes tienen el derecho de decir voluntariamente como quieren participar en él, pudiendo abandonarlo antes de que finalice. De la misma forma, el profesional puede interrumpir su desarrollo dentro del taller si se determina que puede ser peligroso para el resto de los integrantes. Este programa requiere la cumplimentación de una serie de instrumentos y cuestionarios, cuyos resultados serán confidenciales.

3. Responsabilidades

El tratamiento y custodia de los datos recae sobre (nombre del psicólogo/a) con número de colegiado (xxx) y número telefónico (xxx). Estos mismos, serán utilizados únicamente con fines académicos.

4. Declaración del consentimiento

Yo, _____, con DNI _____, declaro:

- 1) Aceptar mi participación en la intervención ofrecida por la facultad de psicología de la Universidad Miguel Hernández, cuyas condiciones me han sido explicadas de forma clara y específica.
- 2) Haber entendido el presente documento, lo cual significa que acepto todo lo expuesto anteriormente y las consecuencias que puedan derivar de este.

Firma

Fecha

Anexo C. “¡A mí me interesa!”. Actividad dirigida a aumentar la autodeterminación dentro del programa de las participantes.

Esta actividad se encuentra dirigida a incluir de forma activa de las participantes para que elijan ellas mismas cuáles son los temas sobre la sexualidad que le despiertan curiosidad o que no comprenden del todo. Es por ello, que en esa sala se habilitará una caja con una abertura donde podrán meter papeles en los que hayan escrito sobre qué cosas les gustaría hablar en la última sesión que realizaremos todas juntas. Ese día, se leerán entre todas los papeles que hayan ido metiendo para debatir y resolver de forma conjunta todas las cuestiones.

Anexo D. Hoja explicativa de los principales conceptos del programa de intervención.

¿QUÉ HAREMOS EN CÓMO, CUÁNDO Y CON QUIÉN YO QUIERA?

En este programa se busca empoderar a las mujeres con discapacidad intelectual sobre sexualidad y ayudarlas a saber reconocer y actuar ante el abuso sexual. Para ello, tendremos 5 sesiones semanales de una hora de duración donde iremos aprendiendo y conociendo nuevos aspectos de la sexualidad. El programa se encuentra dividido en las siguientes sesiones:

1. Educación afectivo-sexual. Donde hablaremos de la importancia de la sexualidad para poder desmentir aquellos mitos que nos impiden relacionarnos con ella de una forma saludable.
2. Autodeterminación. En esta sesión, se buscará que todas las participantes sean capaces de decidir sobre sí mismas y sobre su vida. Para, de este modo, poder expresar sus deseos y necesidades de una forma óptima.
3. Conocimiento sobre el abuso sexual. La mejor forma de prevención es educar en su reconocimiento para poder actuar con las habilidades de afrontamiento y protección necesarias.
4. Asertividad sexual. Es fundamental para poder comunicar sentimientos y pensamientos teniendo siempre en cuenta nuestras propias necesidades y las de la otra persona. Así podremos transmitir que necesitamos dentro de la intimidad y buscar nuestro placer de una forma sana.
5. Comunicación familiar. La familia constituye nuestra interacción social más importante, por ello, en este taller buscamos incluirla en todo el proceso para poder facilitar la comunicación sobre la sexualidad, la cuál continúa estando rodeada de múltiples tabúes, para fomentar el intercambio de información de calidad.

Nuestro objetivo es disfrutar de la sexualidad dejando fuera posibles situaciones negativas como el abuso sexual, y esto solo se consigue si hablamos abiertamente un aspecto fundamental en todos los seres humanos. Porque ocultarlo y silenciarlo no va a provocar que desaparezca.

Anexo E. Diapositivas de presentación.

Ejemplificación primeras diapositivas del PowerPoint sobre la presentación del taller.



Anexo F. “*Los mitos y leyendas que se quedan en los cuentos*”. Actividad destinada a desmitificar la sexualidad en personas con DI.

En esta actividad se leerán una serie de mitos para abrir debate entre las participantes sobre los mitos existente en la actualidad sobre la sexualidad de las personas con DI.

En primer lugar, se les leerá un mito y se les pedirá que den su propia opinión acerca de la afirmación que se este realizando. Más tarde, se dirá cual es la realidad sobre esa cuestión, para que reflexionen sobre ella.

Listado de mitos y realidades (FEAPS, 2015):

MITO 1. “Las mujeres y hombres con DI no tienen necesidad de expresar su sexualidad porque no les interesa o son asexuadas.”

REALIDAD 1. “Todas las personas tenemos intereses, ilusiones y deseos que pueden expresarse en manifestaciones sexuales por medio del contacto o la intimidad. Por esta razón, todos tenemos los mismos derechos sexuales y reproductivos. También las mujeres con DI tienen la capacidad de enamorar y de la atracción, así como su cuerpo tiene la de sentir y excitarse.”

MITO 2. “Tener DI te impide tener relaciones sexuales plenas.”

REALIDAD 2. “Nuestro intelecto no va a determinar si podemos amar o expresar cariño. Lo que si puede impedirnoslo es la sobreprotección continua que impide el correcto desarrollo de la intimidad en las personas con DI, lo que a su vez dificulta el correcto ajuste de las conductas sexuales”

MITO 3. “Las mujeres con DI son incapaces de reconocer el abuso sexual.”

REALIDAD 3. “Muchas veces pensamos que las mujeres con DI son personas pasivas que no tienen capacidad de decisión para expresar su propia voluntad, lo que provoca que sean más vulnerables ante el abuso. Sin embargo, esto no se produce por culpa de las mujeres sino por factores externos que dificultan el correcto desarrollo de sus relaciones, cuando todas las mujeres somos capaces de mantener relaciones consentidas, deseadas y satisfactorias.

MITO 4. “Las mujeres con DI poseen un menor deseo sexual que los hombres con DI.”

REALIDAD 4. “Este hecho constituye otro ejemplo de la existencia de estereotipos de género, donde la sexualidad de los hombres posee una mayor aceptación y visibilidad. De este modo, se tiende a sobreproteger e infantilizar a las mujeres con DI en estas cuestiones. Por esta

razón, es necesaria una correcta educación donde se muestre a las mujeres como dueñas de su propio cuerpo y que tienen derecho a la intimidad y al placer sexual.”



Anexo G. “*Hagamos memoria*”. Ejercicio para recordar y asentar los conceptos abordados en las sesiones anteriores.

Para poder repasar los contenidos que se vayan dando a lo largo de las sesiones, se realizará esta actividad. Al comienzo de la sesión se sentarán y hablarán sobre los conceptos que recuerden de la semana pasada durante 5-10 minutos.

Además, se hará un mural que permanecerá en esa sala a lo largo de todo el desarrollo del programa. Cuando finalicen las actividades estipuladas, y a modo de resumen, tendrán que escribir una palabra sobre lo que han aprendido y dibujar una cara feliz o triste de cómo se lo han pasado durante la sesión. Asimismo, y para estimular la relajación se pondrá música mientras realizan la tarea, esto tendrá una duración de 10 minutos aproximadamente.



Anexo H. Hoja explicativa de los temas a tratar en educación afectivo-sexual para las familias.

TEMAS A TRATAR EN LA SESIÓN DE EDUCACIÓN AFECTIVOSEXUAL (HOJA PARA FAMILIAS).

Vamos a hablar entre todas sobre:

1. ¿Qué diferencia hay entre pubertad y adolescencia?
2. ¿Cuándo somos maduros sexualmente?
3. ¿Cuáles son nuestros órganos sexuales o genitales?
4. ¿Qué funciones puede tener el sexo?
5. ¿Cuántos métodos anticonceptivos conocemos?
6. ¿Los métodos anticonceptivos tienen más de una función? ¿Cuáles son?
7. ¿Qué es el deseo sexual?
8. ¿Qué deseamos? ¿por qué?
9. ¿Cómo sabemos que tenemos deseo sexual?
10. ¿En qué situaciones o lugares es apropiado mostrar el deseo sexual?
11. ¿Todas las personas tenemos sexualidad?
12. ¿Cuántas sexualidades existen?
13. ¿Es normal el sexo?

Esta sesión se hará fomentando el debate y la participación activa, favoreciendo siempre el aprendizaje grupal.

Anexo I. Cartel para el nombre de las participantes.



Anexo J. Diapositivas sobre educación afectivo-sexual.



¿QUÉ ES LA SEXUALIDAD? Y POR QUÉ ES TAN IMPORTANTE

EDUCACIÓN SEXUAL

- Es la mejor arma contra el abuso sexual.
- La desinformación es nuestra enemiga.
- Es fundamental para el ajuste de la persona.

DIMENSIONES DE LA SEXUALIDAD

Salud

Afectivo

Reproductivo

DESARROLLO SEXUAL

¿CÓMO SUCEDE?

PUBERTAD
Cambios corporales cuando maduramos sexualmente.

ADOLESCENCIA
La adolescencia es cuando cambiamos de forma psicológica y social para pasar de niños a adultos.

Anexo K. “¿Y tú qué harías?” Role playing para trabajar la asertividad sexual.

Para realizar esta actividad vamos a presentar una serie de situaciones que pueden suceder en la intimidad con otras personas. El objetivo es trabajar tanto la comunicación verbal como no verbal acorde con cada una de las situaciones, de este modo, buscaremos tener éxito en cada una de ellas. Para la representación de las mismas, será la mujer con discapacidad intelectual que ha sido formada la que actuará ante la situación según diga el consenso general. Para ello:

- 1º Analizar las características del encuentro sexual.
- 2º Debatir entre todas cual es la conducta que queremos hacer.
- 3º Verbalizar lo que haremos tanto verbal como no verbalmente.
- 4º Realizar preguntas con respecto a la conducta escogida:
 - ¿Cómo piensas que reaccionaría la otra persona?
 - ¿Podríamos haber utilizado otro argumento?
 - ¿Qué haríamos si no muestra una actitud colaboradora?

SITUACIÓN 1. Estamos con una persona en la intimidad, ambos queremos mantener relaciones sexuales. Sin embargo, esa persona quiere que realicemos una práctica sexual que no nos hace sentir cómodas. ¿Qué deberíamos hacer?

SITUACIÓN 2. Estamos con una persona en la intimidad, ambos queremos mantener relaciones sexuales. En ese momento, nos cuenta que es seropositiva. ¿Cómo deberíamos actuar?

SITUACIÓN 3. Estamos con una persona en la intimidad, ambos queremos mantener relaciones sexuales. Cuando nos disponemos a hacerlo, nos dice que no quiere utilizar métodos anti-conceptivos porque no se sentiría cómoda. ¿Qué deberíamos decirle?

Anexo L. “¿Cómo se sentirá la mujer?” Actividad sobre los síntomas del abuso sexual.

En esta actividad se busca educar sobre los síntomas que pueden ocurrirles a las mujeres que han sufrido abuso sexual. Para ello, se necesitará en una cartulina grande el dibujo o imagen de una mujer y una serie de carteles que llevarán escritos síntomas, emociones o comportamientos relacionados.

Ejemplos de carteles:

- Triste.
- Nerviosa.
- Dolores de cabeza.
- No tiene ganas de relaciones sexuales.
- Sonrisa.
- Habladora.
- Cómoda.
- Divertida.

En general, lo que se busca es pegar los carteles que se correspondan con las características de una mujer que ha sufrido abuso, y que se peguen fuera aquellos que no se correspondan, siempre buscando el debate y la participación. La encargada de dirigir esta actividad será la mujer con DI formada para la intervención, dado que también se busca que sea un espacio donde ella pueda compartir parte de sus experiencias con las integrantes.

Anexo M. “*Respétame*” Actividad de role playing sobre habilidades de reconocimiento, afrontamiento y protección frente al abuso sexual.

Ahora pondremos en práctica todo lo que hemos aprendido sobre el abuso sexual y como enfrentarnos a él. Esta vez, seremos nosotras mismas las que actuaremos como si estuviéramos en la situación real. Para ello, haremos grupos de dos o tres mujeres, donde nos iremos turnando los diferentes roles que existan en las situaciones planteadas. Cabe destacar que siempre podemos pedir la ayuda tanto al profesional de psicología como a la otra formadora.

1º Escuchar la situación que nos plantean.

2º Decidir quién va a interpretar cada papel.

3º Analizar qué está sucediendo en la situación que se describe.

4º Decir si es una situación de abuso sexual o no.

5º Actuar en consecuencia.

En esta actividad, se busca que por lo menos todas las integrantes hagan dos o tres situaciones, donde exista abuso o no, y que para cada una de ellas apliquen distintas formas de responder ante el mismo. Además, en las que no exista abuso, se busca que respondan de manera asertiva atendiendo siempre a sus deseos personales.

Ejemplos de situaciones:

SITUACIÓN 1. Sois dos compañeras de trabajo, donde una de vosotras suele mandar a la otra. Un día en el trabajo la que manda le dice a la otra que si no le deja tocar sus partes íntimas la despedirá. ¿Cómo deberíais actuar?

SITUACIÓN 2. Tenéis que representar a dos amigas que se encuentran después de mucho tiempo. Una de ellas le pide a la otra que si puede darle un beso y un abrazo ¿Que deberíais hacer?

SITUACIÓN 3. Una de vosotras es la cuidadora de la otra. Un día la cuidadora le enseña sin preguntar y contra su voluntad los genitales a la otra. ¿Qué tendría que hacer?

Anexo N. “*Tomemos la acción*” Actividad sobre las herramientas disponibles para reducir la probabilidad de abuso sexual en nuestro entorno.

Esta actividad sirve para hablar sobre cuáles son las herramientas de las que disponemos para evitar el abuso sexual en nuestro entorno, para de este modo, no solo protegernos a nosotras mismas sino también a las personas que nos rodean. Para el desarrollo de la misma, el profesional irá escribiendo en una pizarra factores relacionados con la prevención del abuso y se les pedirá a las participantes que opinen sobre cómo podrían ayudar a reducir o aumentar la presencia del abuso sexual dentro de un entorno. Además, para facilitar la actividad se puede elegir al principio si se aplicará a un entorno específico, por ejemplo, un ambiente laboral o el propio centro ocupacional. El objetivo es ir reflexionando sobre cada una de las variables y ayudar, en caso de que sea necesario, para poder comprender la importancia de aplicar estas medidas en nuestro día a día. A medida que se vayan seleccionando los diferentes factores o herramientas se irán clasificando en dos listados, “cosas que ayudan” y “cosas que no ayudan”. Más tarde se preguntará “¿y cómo podríamos aplicar todo lo que hemos dicho en nuestro día a día?”, buscando que digan ejemplos de cada una de las medidas que beneficien a la prevención.

Listado de medidas:

- Denunciar ante la presencia de indicios de abuso sexual.
- Crear un ambiente seguro basado en la confianza.
- Ofrecer apoyo a los que nos rodean.
- Consentir cosas que no nos gustan.
- Callarnos cuando alguien está haciendo algo mal.
- Hacer las cosas solas.
- Apoyarnos en la gente que nos rodea.
- Hablar abiertamente de nuestros problemas con la gente que confiamos.
- Confiar en gente que no conocemos.
- Dejar que otros tomen decisiones en nuestro nombre.
- Tomar siempre nuestras propias decisiones.
- Confiar en nosotras mismas.

Anexo O. (Planned Parenthood, s.f.) Hoja con instrucciones de cómo se debe denunciar el abuso sexual.

¿QUÉ DEBO DE HACER ANTE EL ABUSO SEXUAL?

Primero si eres víctima de un abuso sexual puedes experimentar una gran ola de sensaciones y sentimiento, como el shock inicial, miedo o inseguridad. Partiendo de eso, estos son los pasos a seguir inmediatamente:

1. **Ve a un lugar seguro.** Tu seguridad es lo primero, busca un sitio con mucha gente o encuentra a alguien que te pueda ayudar.
2. **No cambies nada en tu cuerpo.** No hay que decidir en seguida si irás a la policía o harás la denuncia. Pero si decides hacerlo luego, será muy importante que los policías tengan el mayor número de pruebas posibles. Si decides cambiarte de ropa, mete la que llevabas en una bolsa.
3. **Díselo a alguien en quién confíes.** Ellos podrán ayudarte, pudiendo acompañarte al médico o a la policía.
4. **Consigue ayuda de un experto.** La ayuda profesional juega un papel fundamental en este proceso, por ello, puedes recurrir a los trabajadores del centro, médicos o recurrir a las autoridades; ellos podrían aconsejarte mejor.

Anexo P. (García-Ruiz, 2009) “Las doce normas de una relación”.

1. Nunca utilizaremos la fuerza ninguna de las dos partes, es decir, igual que nosotras no usaremos la fuerza tampoco dejaremos que la utilicen sobre nosotras.

2. Siempre respetaremos cuando una persona nos dice que NO.

3. Hablar o consultar temas relacionados con las parejas con nuestra familia y amigos puede servirnos de gran ayuda.

4. Nos dejaremos asesorar por profesionales de la salud en temas relacionados con la sexualidad.

5. Debemos responsabilizarnos de nuestros actos, ya que estos no solo nos afectan a nosotras sino también a nuestra pareja.

6. Es bueno hablar abiertamente de nuestros miedos con los demás, incluso podremos descubrir que muchas veces compartimos los mismos temores.

7. Es muy importante cuidar la privacidad de la pareja frente a terceras personas.

8. Cada persona sentimos las cosas de forma distinta, por ello tenemos ser sensibles con nuestra pareja y cuidar nuestras expresiones.

9. Nunca tendremos tolerancia ante el acoso o el abuso, SIEMPRE los denunciaremos.

10. Trata a tu pareja desde la empatía, buscando siempre el máximo respeto y cuidado.

11. Cuídate. Tienes que acudir de forma regular a las revisiones médicas y llevar un control sobre tu menstruación y ETS.

12. Todas las parejas son distintas, no debemos meternos en las parejas de los demás dado que no tenemos toda la información necesaria.

Anexo Q. Hoja de normas básicas para facilitar la comunicación durante las sesiones (López-Sánchez, 2011).

Normas básicas para las reuniones familiares:

1. Contestar a las preguntas que surjan en el momento, sin postergar la respuesta.
2. Las preguntas deben responderse con naturalidad dado que la sexualidad es tan normal como el resto de los aspectos de la vida diaria.
3. Si alguna de las preguntas que se plantea es de una especial intimidad, dosificaremos la información y se podrá responder más tranquilamente en un ámbito privado.
4. Empezaremos utilizando un lenguaje y vocabulario popular para que a medida que vayamos aprendiendo más cosas podremos utilizar uno más técnico.
5. No ocultamos información en las respuestas.
6. Siempre intentamos dar las respuestas correctas, en caso de no saberlo con seguridad, buscaremos la información.
7. Puesto que este es un sitio seguro, siempre hablaremos de la sexualidad desde un punto de vista positivo aceptando todas las realidades existentes.
8. Nunca juzgaremos a nadie, todos debemos respetarnos mutuamente.