



**Universidad de Valladolid**  
**Facultad de Enfermería**  
**GRADO EN ENFERMERÍA**

**[ENFERMERÍA Y SEXUALIDAD  
EN EL SÍNDROME DE DOWN]**

**Autor/a: Eduardo Arenas Díez**

**Tutor/a: Juan Pablo Torres Andrés**

## **RESUMEN**

---

El síndrome de Down es una alteración genética resultante de la trisomía del par 21 la cual genera unos rasgos y características fenotípicas comunes.

Aunque la calidad y las condiciones de vida han mejorado con el paso del tiempo aumentando así la esperanza de vida de estas personas, su sexualidad sigue siendo un tema “tabú” para gran parte de la población. A su vez, existen diversos prejuicios y mitos que rodean este ámbito generando la errónea idea de que las personas con síndrome de Down presentan una sexualidad diferente al resto de personas.

Las funciones de enfermería hacia el colectivo SD acompañarán tanto a la persona como a su familia a lo largo de su vida. La educación sexual a realizar adquiere gran importancia en términos de información y prevención, con el fin de mejorar su sexualidad y la visión de esta hacia el resto de la sociedad.

## **PALABRAS CLAVE**

“Síndrome de Down”, “Sexualidad”, Enfermería”, “Educación sexual”.

# ÍNDICE

---

1. INTRODUCCIÓN / JUSTIFICACIÓN.....	1
2. OBJETIVOS.....	4
2.1. OBJETIVO PRINCIPAL.....	4
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	4
3. METODOLOGÍA.....	5
4. DESARROLLO DEL TEMA.....	6
4.1. SEXUALIDAD Y SÍNDROME DE DOWN.....	6
4.2. FUNCIONES DE ENFERMERÍA.....	8
4.3. ASPECTOS LEGALES.....	16
5. DISCUSIÓN E IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA.....	19
6. CONCLUSIONES.....	19
7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	20
8. ANEXOS.....	24

## ÍNDICE DE ABREVIATURAS

---

SD: Síndrome de Down

RN: Recién nacido

DIU: Dispositivo intrauterino

ITS: Infección de transmisión sexual

CDPD: Convención Internacional de Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad

BOE: Boletín Oficial del Estado

# 1. INTRODUCCIÓN

---

El síndrome de Down (SD) es una alteración genética resultante de la trisomía del par 21 por la no disyunción mitótica, meiótica o una translocación desequilibrada de dicho par. Esta patología representa el trastorno cromosómico más frecuente, el síndrome malformativo más común y la primera causa genética de discapacidad cognitiva. <sup>1,2</sup>

Desde el siglo VII d.C, las personas con síndrome de Down han sido reflejadas en el arte, literatura y ciencia. Sin embargo, no fue hasta finales del siglo XIX cuando John Langdon Down publicó una descripción precisa de una persona con SD como una entidad distinta y separada. Más adelante, concretamente en 1959, el médico francés Jérôme Lejeune identificó por primera vez el síndrome de Down como una alteración cromosómica.

En el año 2000, un equipo internacional de científicos identificó y catalogó con éxito todos los genes del cromosoma 21 permitiendo grandes avances en la investigación del síndrome de Down. <sup>1,3</sup>

El síndrome de Down afecta a 1 de cada 800 nacidos vivos, aumentando dicho riesgo con la edad de la madre. Este es el principal factor reconocido que afecta directamente en el nacimiento de personas con SD. <sup>2,4</sup>

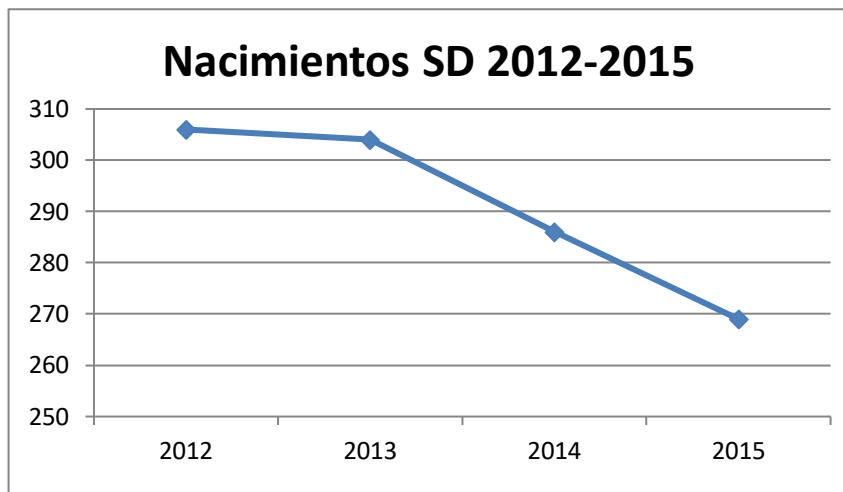
TABLA 1. Riesgo de nacimientos con síndrome Down según edad materna en España.

<b>EDAD DE LA MADRE (en la concepción, en años)</b>	<b>RIESGO (1 de cada X RN tendrá SD)</b>
<b>20</b>	1 de cada 1725
<b>25</b>	1 de cada 1250
<b>30</b>	1 de cada 960
<b>35</b>	1 de cada 380
<b>40</b>	1 de cada 110
<b>46</b>	1 de cada 24

Elaboración propia. Fuente: Guía de respuestas a dudas genéticas más habituales sobre el SD <sup>4</sup>

En España, la población actual de personas con síndrome de Down se encuentra en torno a las 35.000, sin embargo el número de nacimientos con SD muestra una tendencia descendente desde los 15 nacimientos con síndrome de Down por cada 10.000 entre 1976-1980 a los 5.51 por 10.000 entre 2011-2012.<sup>4</sup>

GRÁFICO 1. Nacimientos con síndrome de Down en España entre 2012-2015



Elaboración propia. Fuente: Fundación Down 21.<sup>5</sup>

El cuadro clínico del SD conlleva un compromiso sistémico con afectación de varios órganos que aumenta la morbilidad y mortalidad de estos pacientes. A su vez presentan algunas características fenotípicas únicas como:

- Braquicefalia: Esto provoca la formación de rostros más planos y rectos.
- Rostro: En el rostro se diferencian diferentes rasgos característicos del síndrome de Down:
  - Nariz: Corta y respingona con un puente nasal plano. Los pacientes con SD presentan una mayor incidencia de obstrucción de las vías respiratorias altas
  - Boca: La cavidad oral es relativamente pequeña con presencia de paladar arqueado, profuso y estrecho, en forma de ojiva.
  - Lengua: El SD presenta una protrusión de la lengua hacia delante con tendencia a salir hacia el exterior de la boca, esto junto con un mayor tamaño y/o hipotonía lingual provoca alteraciones en el habla y la masticación.
  - Dientes irregulares.

- Orejas: Las orejas suelen ser de menor tamaño (hipoplasia), situadas en una zona más baja y con un conducto auditivo externo más estrecho. Esto puede generar alteraciones en la audición.
  - Ojos: Destaca la presencia de manchas de Brushfield (color blanquecino o amarillento) en el iris.
- Cuello: Generalmente presenta un aspecto corto y ancho.
  - Tronco y extremidades; Los RN con síndrome de Down presentan una alta probabilidad (40% - 50%) de aparición de cardiopatías congénitas. En cuanto a las extremidades, manos y pies, destaca su menor tamaño. En las manos aparece braquidactilia (dedos cortos con el meñique desplazado hacia fuera), y en los pies, el primer y segundo dedo suelen estar excesivamente separados.
  - Otras características que muestran las personas con SD son una estatura baja, hipotonía muscular, mayores índices de infertilidad en mujeres de este colectivo, y una discapacidad intelectual entre leve y moderada.<sup>6,7,8</sup>

En cuanto a la clasificación, el síndrome de Down se puede dividir en tres grupos:

- Trisomía libre o simple: Esta alteración genética supone el 95% de los casos de SD y es causado por un error en la división celular denominado “no-disyuncion”. Este error celular provoca la presencia de 47 cromosomas de los cuales tres completos corresponden al par 21, a diferencia de los 46 presentes en un embrión no alterado.
- Translocación: Alrededor de un 3.5% de la población con síndrome de Down presenta esta alteración genética capaz de heredarse. En las translocaciones celulares un segmento del cromosoma 21 se transfiere a otro, generalmente el 14. Cuando el cromosoma translocado con la porción extra del cromosoma 21 se hereda junto con dos copias comunes del cromosoma 21, se produce el SD.
- Mosaicismo: Es el menos común y afecta al 1.5% de la población con SD. Al igual que ocurre en las translocaciones, ambos poseen un componente hereditario. Esta alteración es similar a la trisomía simple, sin embargo, la tercera copia del cromosoma 21 está presente en alguna célula pero no en todas. Este tipo de alteración se produce por un error en la división celular después de la fecundación.<sup>9,10</sup>

La sexualidad en el síndrome de Down constituye un ámbito sometido a mitos y prejuicios que connotan negativamente su visión hacia la sociedad.

Por definición, la sexualidad es una dimensión de la personalidad que está presente en el comportamiento, es una función biológica y afectiva y no existen diferentes sexualidades. Todos somos seres sexuados a lo largo de la vida y la sexualidad de la persona con síndrome de Down no es especial.<sup>11</sup>

La persona con síndrome de Down sigue socialmente considerada como “el eterno niño”, lo cual, junto con la dificultad de abordar el tema de la sexualidad y salud sexual, ha provocado que su educación sexual quede en el olvido.<sup>12</sup>

La enfermería adquiere un papel de gran importancia a la hora de realizar educación para la salud y sexual hacia toda la sociedad, incluido el síndrome de Down. Este hecho y el gran desconocimiento de la sexualidad de este colectivo ha impulsado la realización de este trabajo fin de grado con el objetivo de desmitificar falsos prejuicios sobre este tema y evidenciar la necesidad de realizar educación sexual en personas con síndrome de Down.

## **2. OBJETIVOS**

---

### **OBJETIVO GENERAL:**

Identificar las intervenciones enfermeras que puedan mejorar la sexualidad y el desarrollo físico y afectivo de las personas con síndrome de Down.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

1. Promover la educación sexual en el colectivo síndrome de Down por parte del personal de enfermería con el fin de alcanzar una vida sexual y afectiva plena.
2. Describir los diferentes métodos anticonceptivos destinados a personas con síndrome de Down con el fin de evitar embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual.
3. Mostrar que las personas con síndrome de Down presentan necesidades sexuales y una sexualidad al igual que el resto de la sociedad.

### 3. METODOLOGÍA

---

Este trabajo de fin de grado se ha realizado como una revisión bibliográfica sobre la enfermería y la sexualidad en el síndrome de Down con el fin de alcanzar los objetivos previamente planteados.

Para el desarrollo de la búsqueda bibliográfica se han introducido varias palabras clave combinadas con operadores booleanos como (AND, OR, NOT). Los términos claves empleados han sido: “Enfermería”, “sexualidad”, “síndrome de Down”, “educación sexual”, “educación para la salud”.

La búsqueda de información se ha llevado a cabo entre los meses de enero y abril de 2018 consultando los siguientes recursos y bases de datos electrónicos: Scielo, Pubmed, Riberdis, biblioteca Cochrane, Elsevier, Google Académico. A su vez, se revisaron artículos publicados por asociaciones y organizaciones especializadas en el ámbito de la salud y/o la discapacidad como: Federación Española del Síndrome de Down, Fundació Catalana del Síndrome de Down, Asociación Española de Pediatría (AEPED), ASPACE. Por último, se ha buscado información en diversas páginas web centradas en el síndrome de Down como [síndromededown.net](http://síndromededown.net) o [down21.org](http://down21.org).

Para centrar la búsqueda y seleccionar los artículos más indicados se han establecido diferentes criterios de inclusión y exclusión:

- **Criterios de inclusión:**

- Documentos publicados y/o realizados por organizaciones y compañías de rigor científico y legislativo.
- La fecha de publicación de los recursos utilizados debe encontrarse en el rango de años 2008 – 2018 (ambos incluidos).
- Los documentos seleccionados deben estar en idioma español o inglés, evitando así errores en la traducción de otros idiomas.

- **Criterios de exclusión:**

- Documentos y artículos cuya fecha de publicación sea anterior al año 2008.
- Documentos realizados en idioma distinto al español o inglés.



- Documentos publicados por organizaciones, individuos o compañías carentes de rigor científico.
- Documentos que, por su contenido, no ofrecen importancia significativa para la realización de este trabajo de fin de grado.

Una vez realizada una exhaustiva búsqueda de información, se ha procedido a realizar el desarrollo del tema.

## **4. DESARROLLO DEL TEMA**

---

### **4.1. SEXUALIDAD Y SÍNDROME DE DOWN**

La calidad en las condiciones de vida de las personas con síndrome de Down ha mejorado y va en aumento conforme pasa el tiempo. Una buena atención médica, la inclusión educativa y la inserción laboral son algunos ejemplos que muestran que mejorando la accesibilidad del entorno y los apoyos hacia este colectivo, la inclusión social de estas personas es una realidad.

Estos avances han provocado que la esperanza de vida de las personas con SD se prolongue hasta casi los 60 años alcanzándose elevados niveles de autonomía personal y mejoría en la calidad de vida de este colectivo y sus familias.<sup>13, 14</sup>

Sin embargo, la afectividad y sexualidad en el síndrome de Down supone un tema inquietante y difícil de expresar para gran parte de la población.<sup>15</sup>

Desde su nacimiento, el niño con SD está rodeado de una sobreprotección que le aísla del entorno y le impide afrontar situaciones que generan conflicto, necesarias para su completo desarrollo. Esto le va a acompañar a lo largo de su madurez y pubertad dotándole de una visión infantil e inmadura de cara a la sociedad que le rodea.

El niño con síndrome de Down pasa por diferentes etapas donde surgen incógnitas acerca de su propio cuerpo y su sexualidad a lo largo de su infancia y pubertad.

Esta pubertad en el adolescente con SD aparece igual que en el resto de la población y supone una serie de cambios físicos y psicológicos que causan inseguridad.

La sexualidad en las personas con SD está cargada de prejuicios sociales que generan una idea errónea de que es una sexualidad especial, diferente a la que posee el resto de la población.

Algunos de estos prejuicios presentes en la sociedad son:

- Ocultación de información por miedo a despertar el deseo sexual: Este mito va dirigido tanto a los padres como al resto de la sociedad que rodea a la persona con síndrome de Down. Consiste en no dar información ni hablar de sexualidad con el fin de no despertar su deseo sexual. Este prejuicio aísla a la persona privándole de una información necesaria para su desarrollo psíquico y emocional. Nadie le enseña la diferencia anatómica entre sexos, la sexualidad...

Es común que al preguntar a un adolescente con SD las diferencias anatómicas entre sexos, este conteste que se encuentra en que el niño tiene pene y la niña no, como lo haría un niño de 4 años. Este ejemplo se debe al hecho de posponer y/o evitar las charlas y la educación sexual.

- Incontinencia hacia los impulsos sexuales: Uno de los aspectos que genera mayor temor en la población es la idea errónea de que las personas con síndrome de Down presentan una incontinencia hacia sus primitivos impulsos sexuales. Sin embargo, la contención sexual no depende de la discapacidad ni del sino que se encuentra en la inteligencia intuitiva adquirida a base de una educación sexual basada en el respeto, la intimidad y la privacidad de las personas. Estos tres conceptos básicos están relacionados entre sí:
  - Respeto: Es importante concienciar a las personas con síndrome de Down de la necesidad de respetar al resto de las personas para así ser respetados ellos.
  - Intimidad: Las personas con SD, en muchos casos, están privadas de su intimidad, tiempo y espacios propios pero es importante que estas personas dispongan de espacio íntimo por ejemplo a la hora de realizar su higiene, vestirse o ir al WC.

Preservar la intimidad de estas personas adquiere una gran importancia ya que enriquece a la persona mostrándole la importancia que tiene su cuerpo y el respeto hacia él y hacia los demás.

- Privacidad: Esta característica va íntimamente ligada a la anterior. Al igual que es importante que las personas con SD cuenten con su propio espacio, hay que enseñarles que el resto de personas disponen del suyo también el cual es incuestionable.
- Infantilización de la persona con síndrome de Down: Este último prejuicio es el más extendido en la sociedad. La población mantiene una visión de la persona con síndrome de Down como el “eterno niño”. Al observarla siempre como pequeña o infantil, excluimos a este colectivo de la toma de decisiones importantes, de alcanzar una autonomía y una sexualidad necesarias para ellos.

Junto con estos prejuicios, existen numerosos mitos que rodean al síndrome de Down con el único objetivo de colocar la sexualidad de las personas que componen este colectivo fuera de la normalidad.

Por último, destacar que la sexualidad, tanto en su forma de interacción física con el aparato genital como en su forma afectiva y emocional, adquiere gran importancia en el desarrollo físico y en la vida psíquica de la persona con SD al igual que en el resto de la población. Por ello es importante solucionar sus dudas e inquietudes que se presentan de la forma más clara posible evitando así dificultades que podrían perdurar a lo largo de su vida.<sup>11, 16</sup>

## **4.2. FUNCIONES DE ENFERMERÍA**

El Sistema de Salud ofrece asistencia sanitaria a todos los individuos con Síndrome de Down de forma individualizada, completa, personalizada y equilibrada, facilitando siempre el bienestar del paciente y su familia.<sup>14</sup>

El papel de la enfermería va a adquirir gran importancia y acompañará a la persona con síndrome de Down a lo largo de su vida. Así se dividen las funciones de enfermería hacia este colectivo atendiendo a las diferentes etapas de su vida:

## ETAPA PRE-NATAL Y NACIMIENTO

Las funciones de enfermería en relación con la sexualidad y el síndrome de Down se centran sobre todo en la etapa de la adolescencia y la edad adulta. Sin embargo, se ha considerado la importancia de enfocar diversas actuaciones, recorriendo así los cambios del niño con síndrome de Down hasta llegar a dichas fases.

En la actualidad existen pruebas de cribado para la detección del síndrome de Down. En caso de ser positivas, se procederá a la realización de las pruebas que confirmen el diagnóstico. Se trata de pruebas invasivas que confirman casi con total seguridad el SD:

- Biopsia de corion: Se realiza entre las semanas 10 – 13 de gestación y el riesgo de aborto al realizar la prueba no supera el 1%.
- Amniocentesis: A diferencia de la anterior, esta prueba se realiza entre las semanas 15 – 16 de gestación mediante una punción abdominal con control ecográfico. El riesgo de aborto se sitúa entre el 0.5 – 1 % y la fiabilidad es del 99%.<sup>14</sup>

Esta etapa pre-natal supone un momento complicado para las familias ya que van a ser conscientes de que el niño/a que esperan presenta síndrome de Down. En este momento el papel de la enfermería se centra en el apoyo psicológico e informativo hacia los padres.

La información a los padres constituye la primera actividad preventiva en estos niños. Es un momento duro ya que la noticia podrá desestructurar por completo el presente de la familia. Se debe informar a ambos progenitores a la vez, evitando el exceso de familiares, de forma clara, entendible y en un ambiente tranquilo que facilite la intimidad.<sup>17</sup>

Tras la primera información, la enfermera supone un punto de apoyo para los padres. Debido a la cercanía del profesional enfermero, esta adquiere gran importancia a la hora de resolver dudas, aportar información y tranquilidad a los padres sobretodo.

Otro de los momentos más delicados es el nacimiento. En este momento se dedicará todo el tiempo necesario a los padres, realizando una escucha activa hacia ellos.

Los progenitores pueden recibir y admitir la noticia de diversas formas, por ello el personal de enfermería no debe realizar juicios ni juzgarles de ninguna forma.

A su vez, es importante que los padres conozcan diferentes asociaciones del síndrome de Down y grupos de ayuda de otros padres disminuyendo así el alto grado de angustia y soledad ante un momento duro.<sup>14</sup>

## **INFANCIA**

Al igual que ocurre con la etapa anterior, las funciones de enfermería en el ámbito de la sexualidad se reducen en la infancia en comparación con las fases con un desarrollo mayor por parte del niño. Sin embargo, es importante por parte del profesional de enfermería controlar y conocer todos los aspectos del niño, realizando así un seguimiento de este y conocerlo previamente a realizar educación sexual.

Por ello se han descrito las distintas patologías con mayor prevalencia en el síndrome de Down junto con la importancia de comenzar a aportarles información clara y concisa de forma precoz.

Los niños con síndrome de Down deben seguir los controles periódicos y vacunación de igual forma que el resto de niños de su misma edad. Sin embargo, se debe atender de forma precisa y especial a posibles complicaciones que pudiesen aparecer debido a su cromosomopatía.<sup>18</sup>

La principal función de enfermería en esta etapa de la vida del niño con síndrome de Down se centra en su seguimiento y control del desarrollo físico y psicológico desde el nacimiento hasta la adolescencia. Esta actividad de enfermería suele abarcarse por completo en el ámbito de la atención primaria mediante controles programados dependiendo de la edad.

El hecho de presentar una alteración cromosómica hace que los niños con SD tengan una mayor probabilidad de desarrollar algunas patologías específicas desde la infancia y a lo largo de su vida. Esto hace que el control y la detección de signos y síntomas deba ser exhaustivo por parte del profesional enfermero.<sup>18</sup>

TABLA 2. Patologías más frecuentes y probabilidad de aparición en niños con síndrome de Down.

<b>PATOLOGÍA</b>	<b>PROBABILIDAD DE APARICIÓN</b>
<b>Cardiopatía</b>	30-60 %
<b>Problemas oculares y auditivos</b>	>50 %
<b>Apneas obstructivas del sueño</b>	Frecuentes
<b>Malformaciones intestinales</b>	10-12 %
<b>Hipotiroidismo</b>	30%
<b>Inestabilidad articulación atlanto-axoidea</b>	15%
<b>Convulsiones</b>	5-10%
<b>Reacción leucemoide RN</b>	10%

Elaboración propia. Fuente: Asociación Española de Pediatría.<sup>18</sup>

Junto con las patologías descritas en la TABLA 2. Hay otras importantes desde el punto de vista de la maduración sexual como:

- La menarquia en las niñas suele aparecer de forma más tardía aunque una vez instaurada su regularidad suele ser normal. Durante la infancia deben explorarse los genitales externos de las niñas para detectar posibles signos fuera de la normalidad.
- La mayoría de los ciclos suelen ser anovulatorios, sin embargo una mujer con síndrome de Down puede llegar a concebir.
- Los genitales de los niños con SD son más pequeños y las erecciones y eyaculaciones completas suelen ser difíciles.<sup>18</sup>

Más allá de las diferencias y problemas físicos que presentan las personas con síndrome de Down en la infancia, esta es una etapa de inquietudes y dudas. Es importante aclarar esas dudas y ofrecer información a los niños acerca de conceptos como la diferencia anatómica entre sexos o el respeto hacia el resto de personas y su intimidad.<sup>11</sup>

## **ADOLESCENCIA Y ETAPA ADULTA**

La adolescencia, junto con la fase adulta, supone una parte fundamental de este trabajo fin de grado debido a la gran cantidad de cambios que se producen en los jóvenes en esta etapa, tanto físicos como psicológicos.

El síndrome de Down ha experimentado un ascenso en su esperanza de vida. Esto supone que, aún teniendo un buen estado de salud general, se deben realizar unos programas mínimos de control al igual que el resto de la población.

### **- ANTICONCEPTIVOS Y PREVENCIÓN DE EMBARAZOS NO DESEADOS**

Los métodos anticonceptivos son variados y cada uno reúne ventajas e inconvenientes. La elección sobre qué anticonceptivo tomar, y si éste ha de ser definitivo o temporal y reversible, ha de ser tomada por la propia chica/mujer con síndrome de Down con el debido apoyo y asesoramiento.<sup>19</sup>

En este aspecto el profesional enfermero es de gran ayuda a la hora de realizar consejo profesional teniendo en cuenta todos los aspectos de la vida de la paciente.

Antes de recomendar un anticonceptivo a una chica con síndrome de Down se debe realizar una valoración individualizada teniendo en cuenta su modo de vida, existencia de pareja estable, características de la pareja si tuviese y frecuencia y tipo de relaciones sexuales.

Por otro lado, las características de la mujer con SD como sus habilidades o el grado de responsabilidad que pueda asumir resultan fundamentales a la hora de decidir el tipo de anticonceptivo indicado para ella.<sup>20</sup>

Una vez realizada dicha valoración, se procede a valorar los distintos tipos de anticonceptivos con sus ventajas e inconvenientes:

- **Preservativos:** El mayor beneficio que presenta este método de barrera es que sirve también como prevención frente al contagio de infecciones de transmisión sexual (ITS). Sin embargo es necesaria una habilidad y destreza manual para su correcta colocación ya que su uso incorrecto disminuye la capacidad anticonceptiva. Por todo esto, se recomienda su uso junto con otro método anticonceptivo de mayor eficacia para evitar así embarazos no deseados y la transmisión de ITS.

- Anticonceptivos hormonales: Este método anticonceptivo ofrece una excelente eficacia anticonceptiva junto con el beneficio de regular los ciclos menstruales. Su aplicación puede ser oral (píldora), transdérmica (parche) o vaginal (anillo), esto requiere habilidad o ayuda a la hora de colocarlo o evitar olvidos en su toma. También se puede recurrir a la inyección mensual o trimestral realizándose los permitidos controles de efectos secundarios.
- Dispositivo intrauterino (DIU): El DIU presenta una alta efectividad, con una duración de al menos 3 años, lo cual hace que sea muy recomendable. El único inconveniente que presenta este método es que la inserción puede resultar molesta o dolorosa a la paciente.
- Métodos irreversibles: El mayor beneficio que ofrecen estos métodos es su duración ya que se trata de una solución anticonceptiva definitiva que no requiere control ni acciones posteriores. Sin embargo, todos ellos (vasectomía, ligadura de trompas y obstrucción de trompas vía uterina) precisan de autorización jurídica específica.<sup>16, 20.</sup>

La información clara y la formación hacia este colectivo es fundamental para alcanzar el objetivo buscado.

Junto con los métodos anticonceptivos, las posibilidades de reproducción y el riesgo de recurrencia del síndrome de Down deben ser considerados en el consejo genético.<sup>21</sup>

## - **PREVENCIÓN INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL (ITS)**

Este punto va íntimamente ligado al anterior ya que la prevención de ITS supone un problema global.

Las infecciones de transmisión sexual comprenden un grupo de patologías, de etiología infecciosa diversa, en las que la transmisión sexual es relevante.

Las medidas de prevención y control de las ITS se basan fundamentalmente en la educación sexual y promoción de sexo seguro fomentando el uso del preservativo u otros métodos anticonceptivos de barrera.<sup>22</sup>

Es importante que las personas con SD conozcan el gran problema social y sanitario que suponen estas infecciones.



La información y educación sexual son claves para la prevención de ITS como el VIH, sífilis o gonorrea entre otras. Por ello, el papel de enfermería en este aspecto radica en la educación sexual centrada en el uso de preservativos en la realización del acto sexual junto con la concienciación de este colectivo de la gravedad del problema.

#### - **ABUSO SEXUAL**

Se define abuso sexual como “un contacto sexual no deseado realizado para la gratificación de otra persona”.<sup>23</sup>

El temor a hablar de sexualidad con las personas con síndrome de Down genera en ellas un vacío de información sobre cómo llevar a cabo una práctica sexual segura o como actuar ante situaciones adversas como es el abuso sexual.<sup>16</sup>

Las personas con discapacidad intelectual, incluidas las de SD, tienen especial vulnerabilidad a sufrir abuso sexual debido a su falta de información/formación, su carácter afable y cariñoso y su mayor dependencia a otras personas. Esto hace que se deba prestar especial atención a ello.<sup>23</sup>

El abuso sexual en personas con síndrome de Down es muy difícil de detectar, por ello es muy importante informar, explicar y dar a conocer este problema a este colectivo con el fin de que sean capaces de defenderse y denunciar dicha conducta.<sup>16</sup>

La manera de prevenir y evitar este tipo de acciones pasa por la educación sexual. De esta forma se informará y formará a las personas con síndrome de Down para que aprendan a decir no ante algo que no les gusta o no desean hacer en el ámbito sexual.<sup>16</sup>

La formación y educación sexual son dos aspectos fundamentales para evitar abusos sexuales a personas con síndrome de Down. Estas se deben centrar en que la persona con SD aprenda sobre el propio cuerpo, los derechos del cuerpo y la privacidad, comprenda las relaciones y sus límites, y por último la explotación sexual. Esta formación debe adquirirse de profesionales cualificados evitando falsos conceptos de agentes externos.<sup>23</sup>

Por lo tanto las funciones de enfermería ante el abuso sexual a personas con síndrome de Down se centran en realizar una completa educación sexual junto con la detección de posibles indicadores (ansiedad, agresividad, baja autoestima, alteraciones de

alimentación y conducta, agresividad, rechazo a una persona...) que pudiesen mostrar que algo está ocurriendo fuera de lo normal.

## - **EDUCACIÓN SEXUAL**

La educación sexual es la principal función de enfermería hacia las personas con síndrome de Down. Este punto engloba todos los aspectos tratados anteriormente desde la infancia hasta la edad adulta.

Para realizar educación sexual en una persona con síndrome de Down, antes hay que aceptar que esta tiene una sexualidad como cualquier otra persona. Después hay que entender a la persona como un ser en desarrollo e ir educándolo acorde a su edad cronológica, aclarando dudas e implantando conceptos con el fin de conseguir su evolución evitando así que quede estancado en alguna etapa evolutiva. Es muy importante aportar claridad y confianza a la persona.

Por otro lado es importante educar abarcando todas las dimensiones de la sexualidad (reproductora, del placer y afectivo-emocional) evitando centrarse solo en el aparato genital.<sup>16</sup>

La educación sexual es muy importante en muchos aspectos de la vida de la persona con síndrome de Down con el objetivo de alcanzar una vida sexual y afectiva plena.

## **FAMILIA Y ENTORNO**

El nacimiento de un niño con síndrome de Down tiene repercusiones en toda la familia llegando a desencadenar situaciones de estrés y depresión en diferentes miembros de la familia.<sup>24</sup>

El trabajo junto a la familia es imprescindible para el correcto desarrollo, evolución y aprendizaje del niño con SD desde su nacimiento hasta la etapa adulta. Así mismo, el asesoramiento y apoyo a la familia por parte del equipo sanitario es muy importante y debe realizarse de manera individualizada y personalizada ya que cada familia es diferente. De esta forma, los profesionales sanitarios ayudarán a la familia aportándoles información, aclarando cualquier duda que pudiese surgir, formándoles y apoyándoles tanto psicológica como emocionalmente.<sup>25</sup>

Por otro lado, al hablar de la familia con SD hay que incluir a los hermanos de las personas con síndrome de Down ya que adquieren un papel muy importante en su evolución y desarrollo. Por ello la formación y educación debe ir dirigida también a esta parte de la familia sin olvidarse de ellos.

### **4.3. ASPECTOS LEGALES**

En la actualidad existen diferentes documentos legales que garantizan y protegen unos derechos a toda la población. Aún así, hay diferentes decretos o declaraciones que se centran en los derechos de las personas con discapacidad intelectual, entre los que se encuentran las personas con SD. Estos documentos garantizan diversos derechos a este colectivo y los protege frente a discriminaciones ilegales. Alguno de los derechos que protegen está relacionado con la sexualidad y salud de estas personas, por ello, se ha encontrado de gran importancia definirlos para demostrar que este colectivo de personas se encuentra amparado por la ley.

#### **- DECLARACIÓN UNIVERSAL DE LOS DERECHOS HUMANOS**

El 10 de Diciembre de 1948 fue proclamada la Declaración Universal de los Derechos Humanos por la Asamblea General de las Naciones Unidas. Esta Declaración establece, por primera vez, los derechos humanos fundamentales que deben protegerse en el mundo entero.<sup>26</sup>

El artículo número 2 de esta Declaración declara que: *“Toda persona tiene todos los derechos y libertades proclamados en esta Declaración, sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición.”*

Atendiendo a la relación entre la discapacidad mental y la asistencia sanitaria, en la que se incluye la función de enfermería, destaca el artículo 25.1, el cual dice:

*“Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.”<sup>26</sup>*

## - DERECHOS DE LAS PERSONAS CON SÍNDROME DE DOWN Y SU SEXUALIDAD

Anteriormente apareció el artículo número 2 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos el cual garantizaba la igualdad de toda la población sin distinciones. Sin embargo, este no se cumplía en personas con discapacidad intelectual, entre las que se incluye al colectivo síndrome de Down.

Por ello, el 13 de Diciembre de 2006 se aprobó la Convención Internacional de Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD).

La CPDP fue aprobada con el objetivo de garantizar que toda persona con discapacidad intelectual deba gozar de todos los derechos humanos y libertades fundamentales al igual que el resto de la población.<sup>27</sup>

En relación al tema tratado en este trabajo, esta Convención busca proteger y ayudar al colectivo con discapacidad intelectual en el ámbito de la sexualidad y la asistencia sanitaria:

- Artículo 16 “Protección contra la explotación, violencia y abuso.”

Mediante este artículo, se busca proteger a estas personas de sufrir distinta explotación, violencia y abuso en todas sus vertientes y contextos, incluido el sexual.<sup>28</sup>

- Artículo 22 “Protección a la privacidad.”

La CDPD protegerá la privacidad de la información personal y relativa a la salud de estas personas en igualdad de condiciones con las demás.<sup>28</sup>

En el ámbito de la enfermería en España, esta protección a la privacidad está regulada mediante la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de Diciembre de Protección de datos de

carácter personal junto con el Capítulo III del Código Deontológico de la Enfermería Española.<sup>29, 30</sup>

- Artículo 25 “Salud.”

Los Estados Partes de la CDPD reconocen que las personas con discapacidad tienen derecho a recibir el más alto nivel de salud sin discriminación. Así mismo, proporcionarán programas de salud de distintas ramas, incluido el ámbito de la salud sexual y reproductiva.<sup>28</sup>

Por último, en el Código de la Discapacidad se recogen todas las normas jurídicas nacionales e internacionales existentes sobre la discapacidad. En él aparecen distintos artículos haciendo referencia a la salud sexual y reproductiva de las personas con discapacidad:

- Ley Orgánica 2/2010, de 3 de Marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo: Esta Ley Orgánica, y concretamente su capítulo II, garantizan la calidad de los servicios de atención a la salud sexual integral como medidas en el ámbito sanitario, así como la formación de los profesionales en este ámbito teniendo en cuenta las necesidades de los grupos más vulnerables.<sup>31</sup>

Por otro lado, en materia de educación, el capítulo III adquiere gran importancia ya que en él se compromete a incorporar la formación en salud sexual y reproductiva en el ámbito educativo. De esta forma se realizará educación para la salud como parte del desarrollo integral de la personalidad y de la formación en valores.

Esta acción se centrará en la prevención de ITS, prevención de embarazos no deseados y promoción de una visión de la sexualidad en términos de igualdad con el fin de evitar abusos sexuales, agresiones o violencia de género.<sup>31</sup>

## **5. DISCUSIÓN E IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA**

---

Una vez finalizada la búsqueda de información por las diversas fuentes previamente nombradas, se ha procedido a realizar una valoración sobre los resultados obtenidos.

La mayoría de autores reflejan que las personas con síndrome de Down no poseen una sexualidad diferente al resto de la población y refuerzan la necesidad de realizar educación sexual en niños y jóvenes de este colectivo.

Muchas son las preocupaciones de las personas cercanas al SD, sin embargo, la sobreprotección llevada a cabo hacia ellos no beneficia en ningún caso su desarrollo hacia una vida más autónoma.

Por lo tanto, es necesaria una conversación activa, aportando información de forma clara hacia las personas con SD con el fin de disipar sus dudas y ofrecerles una completa educación sexual.

Como implicaciones a la práctica en funciones de enfermería, son muchos los aspectos en los que los profesionales de enfermería pueden ayudar a las personas con síndrome de Down en lo referente a su sexualidad. La mayoría de autores muestran la importancia de realizar una correcta valoración de la persona antes de proponer actuaciones de anticoncepción, prevención de abuso sexual o atención a las familias, de forma que esta sea totalmente personalizada e individualizada.

## **6. CONCLUSIONES**

---

- Las personas con síndrome de Down poseen una sexualidad igual que el resto de la población. Por ello es necesario visibilizar este aspecto facilitando así su desarrollo social y autonomía.
- La educación sexual es un aspecto fundamental a llevar a cabo en el colectivo síndrome de Down con el fin de alcanzar una vida sexual y afectiva plena. Una correcta educación sexual es la base sobre la que se colocan los pilares de la prevención de ITS, embarazos no deseados o abusos sexuales.

- El consejo y recomendación ante métodos anticonceptivos en personas con SD debe realizarse posteriormente a una valoración individualizada de la persona, sus características y su entorno.
- El personal de enfermería adquiere gran importancia en este aspecto de la vida de las personas con síndrome de Down y su familia aportando conocimientos científicos y apoyo psicológico desde su nacimiento.

## 7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

---

1. Pérez Chávez DA. Síndrome de Down. Rev. Act. Clin. Med [Internet]. 2014; 45 [citado 20 de Enero de 2018]. Disponible en:  
[http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2304-37682014000600001&lng=es](http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-37682014000600001&lng=es).
2. Bayón Yusta JC, Orruño Aguado E, Portillo Villares MI, Asua Batarrita J. Cribado prenatal para la detección del síndrome de Down mediante el análisis de ADN fetal en sangre materna. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco; 2016. Disponible en:  
<http://www.bibliotecacochrane.com/AEV000154.pdf>
3. Down Syndrome. National Down Syndrome Society. Disponible en:  
<https://www.ndss.org/about-down-syndrome/down-syndrome/>
4. Borrel, J.M., Serés, A. Respuestas a las dudas genéticas más habituales sobre el síndrome de Down. Down España. [Internet] Disponible en:  
<http://www.sindromedown.net/wp-content/uploads/2016/12/Gu--a-de-consultas-gen--ticas.pdf>
5. Fundación Down 21. [Internet]. Datos estadísticos en el síndrome de Down. [Consultado el 10 de Febrero de 2018]. Disponible en:  
<http://www.down21.org/informacion-basica/40-el-sindrome-de-down-una-vision-globalizadora/2898-datos-estadisticos-en-el-sindrome-de-down.html>
6. Down La Rioja. ARSIDO.org. Características y tipos. Disponible en:  
<http://www.arsido.org/caracteristicas.php>

7. Down21.org .Garganta, nariz y oídos. Down21.org. Disponible en:  
<http://www.down21.org/salud-y-biomedicina/garganta-nariz-y-oidos.html?showall=1&limitstart=>
8. Fundación Down 21.[Internet]. Cardiopatías congénitas en el Síndrome de Down. Disponible en: <http://www.down21.org/salud-y-biomedicina/cardiopatias-congenitas.html>
9. Fundación Down 21. [Internet] Las distintas formas de Trisomía 21. Disponible en:  
[http://www.down21.org/?option=com\\_content&view=article&id=115:ique-es-el-sindrome-de-down-&catid=76:conceptos-biologicos&Itemid=2040&limitstart=2](http://www.down21.org/?option=com_content&view=article&id=115:ique-es-el-sindrome-de-down-&catid=76:conceptos-biologicos&Itemid=2040&limitstart=2)
10. Kazemi M, Salehi M, Kheirollahi M. Down Syndrome: Current Status, Challenges and Future Perspectives. Pubmed. [Internet] 2016; 5(3): 125-133. Disponible en:  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5125364/>
11. Garvía. I, Miquel, MJ. La vida sexual y afectiva de las personas con síndrome de Down. Federación Española del Síndrome de Down. 2016. Disponible en:  
<http://asidown.org/wp-content/uploads/2016/01/Sexualidad.pdf>
12. Garvía Peñuelas B. Relaciones afectivas y sexualidad. Fundació Catalana Síndrome de Down. 2014. Disponible en: [http://www.sindromedown.net/wp-content/uploads/2014/09/87L\\_relaciones.pdf](http://www.sindromedown.net/wp-content/uploads/2014/09/87L_relaciones.pdf)
13. Down España. Modelo de vida independiente. Down España. 2016. Disponible en:  
[http://riberdis.cedd.net/bitstream/handle/11181/4949/Vida\\_independiente\\_modelo.pdf?sequence=1&rd=0031542044250149](http://riberdis.cedd.net/bitstream/handle/11181/4949/Vida_independiente_modelo.pdf?sequence=1&rd=0031542044250149)
14. Guía de atención primaria para personas con síndrome Down. Portal de Sanidad de la Junta de Castilla y León. Disponible en:  
<https://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/publicaciones-consejeria/buscador/guia-atencion-primaria-personas-sindrome-down>
15. Garvía B, Flórez J. La vida en pareja de las personas con Síndrome de Down. Revista Vida Adulta. 2016; (22). Disponible en:  
<http://www.sindromedownvidaadulta.org/no22-febrero-2016/articulos-no22/la-vida-en-pareja-de-las-personas-con-sindrome-de-down/>



16. Garvía Peñuelas B. Relaciones afectivas y sexualidad. Fundació Catalana Síndrome de Down. 2014. Disponible en: [http://www.sindromedown.net/wp-content/uploads/2014/09/87L\\_relaciones.pdf](http://www.sindromedown.net/wp-content/uploads/2014/09/87L_relaciones.pdf)
17. Lirio Casero J, García Pérez J. Protocolo de seguimiento del síndrome de Down. Pediatría Integral. 2014. Disponible en: <http://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2014/xviii08/04/539-549.pdf>
18. Artigas López M. Síndrome de Down (trisomía 21). AEPED. Disponible en: <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/6-down.pdf>
19. Borrel Martínez JM. La salud en las personas con Síndrome de Down. Revista de la Federación Española de Síndrome de Down. [Internet]. 2011; 46. Disponible en: <http://riberdis.cedd.net/bitstream/handle/11181/3350/La%20salud%20en%20las%20personas.pdf?sequence=1&rd=003170627920704>
20. González Navarro JV, Aguilasoch Montoya T, Cancelo Hidalgo MJ, Borrel Martínez JM. Ginecología y síndrome de Down. Sindromedown.net. [Internet] 2014. Disponible en: [http://www.sindromedown.net/wp-content/uploads/2014/09/96L\\_guiaginecologia3def.pdf](http://www.sindromedown.net/wp-content/uploads/2014/09/96L_guiaginecologia3def.pdf)
21. Azevedo Moreira LM, Damasceno Espirito Santo L. Matrimonio y reproducción en una mujer con Síndrome de Down. Rev. Med. Int. Sindr. Down. [Internet]. 2013; 17(3):39-42. Disponible en: <http://riberdis.cedd.net/bitstream/handle/11181/4128/Matrimonio%20y%20reproducci%C3%B3n.pdf?sequence=1&rd=003175521513819>
22. Díez M, Díaz A. Infecciones de transmisión sexual: epidemiología y control. Rev. esp. sanid. penit. [Internet]. 2011 [citado el 30 de Abril de 2018]; 13(2): 58-66. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1575-06202011000200005&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-06202011000200005&lng=es)
23. Couwenhoven T. La educación sexual es la prevención del abuso sexual. Revista española de investigación e información sobre el Síndrome de Down [Internet]. 2012; (116):9-14. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4193054>

24. Nunes MDR, Dupas G. Independencia del niño con síndrome de Down: la experiencia de la familia. Rev. Latino-am. Enfermagem [Internet]. 2011 [citado el 8 de mayo de 2018]; 19(4):[09 pantallas]. Disponible en:  
[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n4/es\\_18.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n4/es_18.pdf)
25. Pérez Guerrero MC, Santisteban Gómez M. Nivel de conocimientos de los estudiantes de enfermería sobre sexualidad en adolescentes con discapacidad. Rev Cubana Enfermer [Internet]. 2015 [citado el 8 de mayo de 2018] ; 31(2). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03192015000200003&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192015000200003&lng=es)
26. Declaración Universal de Derechos Humanos. Naciones Unidas [Internet]. Disponible en: <http://www.un.org/es/universal-declaration-human-rights/>
27. Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad. Naciones Unidas [Internet]. Disponible en: <http://www.un.org/spanish/disabilities/default.asp?id=497>
28. Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y Protocolo Facultativo. Naciones Unidas [Internet]. Disponible en:  
<http://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-s.pdf>
29. Código Deontológico de la Enfermería Española. Colegio de Enfermería de Málaga. [Internet]. Disponible en:  
[https://www.colegioenfermeriamalaga.com/documentos/vu/Codigo\\_Deontologico.pdf](https://www.colegioenfermeriamalaga.com/documentos/vu/Codigo_Deontologico.pdf)
30. Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado. Disponible en:  
<https://www.boe.es/boe/dias/1999/12/14/pdfs/A43088-43099.pdf>
31. Consejo General del Poder Judicial. Código de la Discapacidad. [Internet] 2015. Disponible en: <https://aspace.org/assets/uploads/publicaciones/CodigoDisc.pdf>
32. Barrio Álvarez E, Moreno Jiménez B. Sexualidad en personas con síndrome de down: prácticas, actitudes y conocimientos: un estudio empírico exploratorio. Revista Española sobre Discapacidad Intelectual. [Internet] 2014; 45(252): 8-21. Disponible en:  
<http://sid.usal.es/idocs/F8/ART21670/barrio.pdf>

## 8. ANEXOS

TABLA 3. Conductas y actitudes hacia la sexualidad.

Sin síndrome de Down				Con síndrome de Down				$\chi^2$ grupos
Frecuencia diaria de masturbación								
	Mujeres 29	Hombres 30	Total 59		Mujeres 23	Hombres 30	Total 53	
nada	43,48%	3,33%	20,75%	nada	48,28%	23,33%	35,59%	13.531 ; gl=2; p=0.001
1 o 2 veces	56,52%	86,67%	73,58%	1 o 2 veces	37,93%	43,33%	40,68%	
más de dos veces	0,00%	10,00%	5,66%	más de dos veces	13,79%	33,33%	23,73%	
$\chi^2$ sexos	14.017; gl=2; p= 0.001			$\chi^2$ sexos	5.056; gl=2; p= 0.080			
Lugares de masturbación								4.507; gl=2; p=0.105
nada	43,48%	3,33%	20,75%	nada	48,28%	23,33%	35,59%	
publico	4,35%	6,67%	5,66%	publico	13,79%	6,67%	10,17%	
privado	52,17%	90,00%	73,58%	privado	37,93%	70,00%	54,24%	
$\chi^2$ sexos	12.764; gl=2; p= 0.002			$\chi^2$ sexos	$\chi^2=6.110$ ; gl=2; p=0.047			
Masturbación por otro								28.854 ; gl=1; p=0.000
no	21,74%	16,67%	18,87%	no	79,31%	60,00%	69,49%	
si	78,26%	83,33%	81,13%	si	20,69%	40,00%	30,51%	
$\chi^2$ sexos	0.219; gl=1; p= 0.640			$\chi^2$ sexos	2.594; gl=1; p= 0.107			
Masturbar a otro								41.548 ; gl=1; p=0.000
no	17,39%	16,67%	16,98%	no	79,31%	76,67%	77,97%	
si	82,61%	83,33%	83,02%	si	20,69%	23,33%	22,03%	
$\chi^2$ sexos	0.005; gl=1; p=0.944			$\chi^2$ sexos	0.060; gl=1; p=0.807			
Relación coital								52.873 ; gl=1; p=0.000
no	13,04%	6,67%	9,43%	no	79,31%	76,67%	77,97%	
si	86,96%	93,33%	90,57%	si	20,69%	23,33%	22,03%	
$\chi^2$ sexos	0.620; gl=1; p=0.431			$\chi^2$ sexos	0.60; gl=1; p=0.807			
Abuso sexual								0612; gl=1; p=0.434
no	73,91%	96,67%	86,79%	no	89,66%	73,33%	81,36%	
si	26,09%	3,33%	13,21%	si	10,34%	26,67%	18,64%	
$\chi^2$ sexos	2.590; gl=1; p=0.108			$\chi^2$ sexos	5.880; gl=1; p=0.015			
Consideración de la sexualidad								30.580 ; gl=2; p=0.000
algo para disfrutar	95,65%	100,00%	98,11%	algo para disfrutar	41,38%	63,33%	52,54%	
algo que ocultar	4,35%	0,00%	1,89%	algo que ocultar	13,79%	10,00%	11,86%	
algo sucio y vergonzoso	0,00%	0,00%	0,00%	algo sucio y vergonzoso	44,83%	26,67%	35,60%	
$\chi^2$ sexos	2.898; gl=2; p= 0.235			$\chi^2$ sexos	1.329; gl=1; p=0.249			

Fuente: Revista SigloCero. Revista Española sobre discapacidad intelectual.<sup>32</sup>