

**PROTOCOLO SOBRE RELACIONES
INTERPERSONALES Y SEXUALIDAD
EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD
FÍSICA USUARIAS DE CENTROS
RESIDENCIALES**

**DIRECCIÓN GENERAL DE PERSONAS
CON DISCAPACIDAD**

Abril 2012

Entidades y personas que han participado en la elaboración del presente documento:

Coordinación:

Catalina Cobo Molina . Dirección General de Personas con discapacidad.
Consejería para la Igualdad y Bienestar social.

Participantes:

Alfonso A. Serrano Galán. FEPAMIC

Ana García Maldonado. ASPANDEM.

Ángela Cañestro Fernández. CANF-COCEMFE

Antonio Martín. Asociación ASAS

Áurea Bautista Dalama. FEAPS Andalucía

Carmen Vélez Mateos. CANF-COCEMFE

Domingo Collado Vallejo. AMAPPACE

Estela Leal Gil. Fundación Andaluza de Servicios Sociales (FASS)

Inmaculada Marín Pérez de la Lastra. FEPAMIC

José Antonio Olmedo Jiménez. Asociación CEPER

Juan Antonio González Aguilar. APROSUB

Luis Javier Trillo. Federación Andaluza de Asociaciones Síndrome Down

Marco Parrado Román. Asociación Paz y Bien

Reyes Ortega Garzón. ATUREM

Rosa Álvarez Pérez. Federación Autismo Andalucía

1. Presentación	5
2. Justificación	7
3. Metodología, fases y calendario de trabajo	9
4. Marco teórico	11
5. La sexualidad como una acción transversal	23
5.1. Objetivo.....	23
5.2. Actuaciones en el centro	24
5.2.1. Con las personas usuarias.....	24
5.2.2. Con el entorno.....	25
5.2.3. Con el personal del centro.....	26
5.3. Indicadores de evaluación	26
6. Programa de formación	31
6.1. Objetivos.....	31
6.2. Actuaciones.....	32
6.2.1. Con las personas usuarias.....	32
6.2.2. Con el equipo de profesionales o el personal de atención directa	33
6.2.3. Contenido de las acciones formativas.....	34
6.2.3.1. Con las personas usuarias.....	34
6.2.3.2. Con el equipo de profesionales o el personal de atención directa	36
6.3. Indicadores de evaluación	37
7. Las revisiones ginecológicas-urológicas	39
7.1. Objetivos.....	39
7.2. Actuaciones.....	41
7.3. Indicadores de evaluación	42
8. Las relaciones interpersonales en el centro.	43
8.1. Objetivos.....	43
8.2. Actuaciones.....	43
8.3. Indicadores de evaluación	44

9. Prevención de abusos.....	46
9.1. Objetivos.....	46
9.2. Actuaciones.....	47
9.3. Indicadores de evaluación	49
10. ANEXOS.....	51
Anexo 1. Derechos sexuales y reproductivos en declaraciones internacionales.....	51
Anexo 2. Derechos sexuales y reproductivos. Declaración del 13º Congreso Mundial de Sexología	54
Anexo 3. Necesidades de investigación.....	56
Anexo 4. Apoyos.....	57
Anexo 5. Necesidades específicas de las personas en mayor situación de dependencia.....	59
12. Resumen de indicadores.....	61
12. Glosario.....	65
13. Bibliografía.....	67

1. Presentación

La Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con discapacidad supone la consagración del cambio de paradigma del enfoque de las políticas sobre discapacidad. Supera definitivamente la perspectiva asistencial para abordar una basada en los derechos humanos, pasando así a considerar a las personas con discapacidad plenamente como sujetos titulares de derechos y no como objetos sólo de tratamiento y protección social.

En este sentido, la Convención establece que sus demandas y necesidades deben ser cubiertas de forma que puedan alcanzar la igualdad de oportunidades con respecto al conjunto de la ciudadanía. Todas las personas tenemos los mismos derechos, pero para que estos derechos sean reales y efectivos esta Convención se hace eco de la diversidad, de las diferencias, de las intervenciones necesarias para que el ejercicio de esos derechos tengan una plasmación práctica.

Para ello establece como principios generales el respeto a la dignidad inherente a la persona, la autonomía individual, la independencia de cada ser humano, la no discriminación, la igualdad entre hombres y mujeres, la participación e inclusión plenas y efectivas en la sociedad, la igualdad de oportunidades, el respeto por la diferencia y la aceptación de las personas con discapacidad como manifestación de la diversidad y la condición humana. En concreto, esta Convención obliga a los estados partes a respetar y asegurar el cuidado de la salud sexual y reproductiva de las personas con discapacidad

En esta línea, el II Plan de Acción Integral para las personas con discapacidad en Andalucía 2011-2013 se propone, entre otros objetivos, mejorar su calidad de vida así como mejorar la calidad de los servicios. A tal fin, se debe tener a las personas con discapacidad como eje central de nuestras actuaciones, a las que se deben prestar los apoyos individuales que sean precisos. Por lo que las necesidades afectivas y sexuales, el desarrollo personal y el bienestar emocional de las personas usuarias de estos centros, adquiere una importante dimensión.

Con este protocolo sobre relaciones interpersonales y sexualidad en los centros de atención a personas con discapacidad física, nos proponemos afrontar una realidad existente en los mismos que no ha sido abordada suficientemente, pero que sin duda forma parte de su vida diaria. El objetivo es favorecer la garantía del ejercicio de sus derechos. Se trata, por tanto, de intentar apoyar a las personas usuarias de estos centros en la resolución de sus necesidades interpersonales.

El protocolo será un instrumento para el trabajo en la red de centros financiados por la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social, centros integrados en el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, en los que pueden encontrarse personas con discapacidad y/o diferente grado y nivel de dependencia.

Una manifestación del compromiso de los poderes públicos en la remoción de los obstáculos que impiden la participación activa de las personas en la sociedad es que mientras se elaboraba este protocolo, la Consejería de Salud haya puesto en marcha la apertura de una consulta ginecológica adaptada a las necesidades de las mujeres con discapacidad en cada una de las provincias andaluzas, lo que indica la permanente actitud de avance en la plasmación práctica de los derechos humanos.

Micaela Navarro Garzón

Consejera para la Igualdad y Bienestar Social

2. Justificación

A pesar del desarrollo de modelos conceptuales sobre la discapacidad en los que prima el respeto por “la persona” y de los avances en metodologías, técnicas y herramientas de intervención, una rápida revisión de la bibliografía denota que el tratamiento de las cuestiones relacionadas con la sexualidad en personas con discapacidad y su entorno aún sigue siendo un tema tabú. Pese a que las actitudes hacia la sexualidad han ido cambiando y han posibilitado una mejor comprensión de las necesidades sexuales de la persona, aún son frecuentes las falsas ideas y prejuicios, ya sea por desconocimiento, por actitudes negativas hacia las personas con discapacidad, por valores culturales o por creencias erróneas como:

- La consideración de la sexualidad de forma exclusiva como genitalidad.
- La creencia de que las personas con discapacidad son seres asexuados o “ángeles permanentes”.
- Que la intervención sexual sólo despierta su sexualidad “dormida”.
- Que las personas con discapacidad no resultan atractivas para otras personas.
- Que las personas con discapacidad tienen una motivación sexual “incontrolada”.

El desarrollo sexual de las personas con discapacidad es, al igual que para el resto de las personas, fundamental en su desarrollo personal, su satisfacción, su salud, etc. Según la OMS, la sexualidad es una fuente de placer, salud, bienestar, comunicación y comprensión que genera en las personas actitudes positivas ante sí mismas y ante los demás. Por ello es necesario promover espacios de interacción social, ya que las manifestaciones afectivas o sexuales son componentes básicos de la personalidad humana. La sexualidad y la afectividad van claramente relacionadas. Las personas precisan del mantenimiento de relaciones sociales más allá de la familia, del contacto en intimidad emocional y sexual. Y éstos son aspectos que deben ser comprendidos y asumidos por el entorno de la persona con discapacidad, entre los que se encuentran los centros de atención a personas con discapacidad, que son los hogares o los principales centros de actividad de muchas de estas personas. La situación actual de “vacío” sobre estas materias supone que muchas de las personas

con discapacidad no puedan cubrir adecuadamente estas necesidades, por causas variadas como:

- Dificultades para acceder a contextos de interacción social donde surgen de modo natural las relaciones afectivo-sexuales.
- Actitudes de sobreprotección, ausencia de espacios y tiempos privados.
- Falta de educación sexual y de modelos de observación. Mientras a jóvenes sin discapacidad se les ofrece cada vez una mayor información y formación, las personas que requerirían de un mayor esfuerzo pedagógico no disponen de ella.
- Problemas relacionados con las habilidades interpersonales y sociales derivados de su discapacidad.
- Características de personalidad provenientes de la baja autoestima, de la dependencia de otras personas o de los problemas de conducta.

Por otro lado, está constatada la mayor vulnerabilidad a los abusos, al acoso y a la violación, especialmente en el caso de mujeres y niñas con discapacidad.

Las dificultades señaladas tienen sus consecuencias, por lo que las personas con discapacidad en ocasiones viven:

- Soledad emocional y baja autoestima
- Soledad social y falta de oportunidades de relación.
- Soledad sensorial por falta de vínculos de pareja y placer sexual.
- Una sexualidad no satisfactoria o inadecuada.

Finalmente, no hay reglas generales para la solución de estas cuestiones. Al fin y al cabo, la sexualidad es subjetiva y como tal, cada caso debe tratarse en su complejidad individual. La intención de este Protocolo es introducir algunas sugerencias o líneas generales que permitan mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad que utilizan la red de centros creados, precisamente, para ello.

3. Metodología, fases y calendario de trabajo

Para la elaboración de estos protocolos, la Dirección General de Personas con Discapacidad ha utilizado una metodología participativa. Para ello convocó, a través de las Federaciones y/o Asociaciones que representan a las personas con discapacidad, a las y los profesionales que ellas designasen para llevar a cabo este cometido. Todo el trabajo se inició en 2010, culminándose en 2011.

Junto a 14 profesionales propuestos por las Federaciones o Asociaciones, se contó con una persona experta en el modelo de calidad de la Dirección General de Personas con Discapacidad para los Centros de Atención a las personas con discapacidad.

La dirección del proceso estuvo a cargo de esta Dirección General, a través de una asesora técnica que coordinó el proceso y moderó el trabajo de los grupos.

El grupo de trabajo estuvo compuesto por 7 hombres y 7 mujeres, de distintos perfiles profesionales, siendo la mayoría titulados en Psicología y provenientes de diferentes provincias de Andalucía.

El trabajo se realizó a tres niveles: individual, grupal y virtual. Se organizaron 3 encuentros grupales, de una jornada completa. El resto de la tarea se desarrolló en red mediante la configuración de un grupo de correo activo, durante todo el proceso de elaboración de los documentos.

El grupo general, para el desarrollo de cada protocolo, se subdividió en 3 subgrupos, uno por cada producto¹ a diseñar. En alguna ocasión las personas rotaron por los subgrupos, para enriquecimiento de los mismos.

¹ Junto a este protocolo se elaboraron el Plan de atención personalizada y el Protocolo sobre relaciones interpersonales y sexualidad en personas con discapacidad intelectual, trastornos del espectro autista y otras discapacidades con déficit cognitivo usuarias de centros residenciales

Durante las sesiones presenciales, se utilizó el 65% del tiempo para trabajo en grupo completo, a través de exposiciones, debates, aportaciones, etc.

El tiempo restante, se trabajó en salas independientes, por subgrupos formados por 4 ó 5 personas, cuyas propuestas consensuadas fueron expuestas posteriormente al grupo completo.

Así, todas las personas componentes del grupo, tuvieron dos funciones:

- Participación en la elaboración de un borrador (o apartados), de uno de los protocolos.
- Aportaciones específicas y valoración general de los otros productos.

4. Marco teórico

¿Qué es la sexualidad?

Para saber qué es y cómo afecta la sexualidad a las personas es necesario diferenciar entre salud sexual y salud reproductiva

Así, la **Salud sexual** es un estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad; no es meramente la ausencia de enfermedad, disfunción o debilidad. La salud sexual requiere un acercamiento positivo y respetuoso hacia la sexualidad y las relaciones sexuales, así como la posibilidad de obtener placer y experiencias sexuales seguras, libres de coerción, discriminación y violencia. Para que la salud sexual se logre y se mantenga los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y cumplidos.²

La **salud reproductiva** es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información sobre planificación familiar y métodos para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos, y al acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables, el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud(...).³

Teniendo en cuenta estas definiciones de salud sexual y de salud reproductiva es sencillo caer en la cuenta de que pocas personas podrán gozar de una completa salud en este campo. En cambio, estos enfoques del concepto son también una muestra de la complejidad del fenómeno, de su riqueza y, una vez más, de su carácter de

² Definición de la OMS, tomada en 2002. Tomada por la Plataforma de Acción de Beijing, 1995. www.sexoafectivo.com/index.php?name=News&file=article&sid=192&theme=Printer

³ Programa de Acción de la Conferencia sobre Población y Desarrollo, 1994. www.un.org/spanish/conferences/accion2.htm

derecho. Así, es posible plantear la salud sexual y reproductiva no como un estatus a alcanzar, sino como un aspecto dinámico de la persona, que implica además de actitudes, comportamientos y emociones, la libertad y la integridad individual, en un contexto sociocultural determinado.

Es interesante plantear la diferencia de enfoque entre la salud sexual y la salud reproductiva y en este sentido hacer notar que ambos conceptos se refieren a aspectos o funciones distintas de la sexualidad. El sistema reproductivo es el encargado de garantizar la procreación, pero ésta no es más que una función o dimensión de otras que tiene la sexualidad.

El abordaje de la salud sexual y reproductiva no es ajeno al contexto cultural por lo que aspectos relacionados con el género de forma transversal, pero también con otros ejes (etnia, cultura, religión, etc.) como la discapacidad han de estar presentes a todos los niveles de debate, producción, políticas y acciones.

En lo que nos ocupa, las mujeres y hombres con discapacidad, la cuestión a abordar es hasta qué punto tienen acceso a la promoción de esta salud y, aún más relevante, hasta qué punto disfrutan y ejercen sus derechos sexuales y reproductivos.

Para ahondar en este tema hay que remitirse, una vez más, a definiciones básicas, concretamente al concepto de sexualidad, así como a aspectos específicos relacionados con la diversidad que presenta el propio grupo de personas con discapacidad; baste adelantar aquí la inadecuada aproximación a las personas con discapacidad como población enferma, que inevitablemente resulta contradictoria con la aspiración de gozar de salud sexual y reproductiva.

La sexualidad es una dimensión inherente al ser humano, es por tanto inalienable e indivisible *per se*. Como tal, la WAS⁴ la concibe como *parte integral de la personalidad*, es decir, que nuestra personalidad se conforma, también, sexualmente. Una forma quizá algo más esquemática, pero también más sencilla, de plantearlo es reconocer que si las personas son seres vivos -tienen un cuerpo-, son racionales -tienen psique-, y son sociales -por tanto, interdependientes-; cada uno de estos elementos: físico, psicológico y social, es sexuado. Siguiendo esta lógica cuando se habla de sexualidad se hace alusión a tres elementos indisolubles: biológico, psicológico y social. Así, es posible abordar la sexuación humana, como el proceso

4

WAS: Asociación Mundial de Sexología

por el cual la persona es y se hace sexuada⁵ (nivel principalmente biológico) la sexualidad como la dimensión, cualidad, afecto que cada persona da a su ser sexuado⁶ (nivel principalmente psicológico) y la erótica como la forma en que se manifiesta, en la interacción con otras personas, este ser sexuado, por ejemplo, a través del deseo.

La sexualidad humana permite el desarrollo de tres funciones o dimensiones principales, siendo la reproducción sólo una de ellas. Las otras serían una función lúdica o recreativa y una función relacional.

- Relacional: Establecimiento de vínculos afectivos libres; intercambio y comunicación de afectos, deseos, fantasías.
- Recreativa: Uso lúdico y recreativo de la sexualidad en libertad y respeto, derecho a la autoestimulación y el propio placer.

En estrecha relación con este concepto de sexualidad y las funciones que de la misma se derivan, hay un componente de suma relevancia que habrá que considerar en todo acercamiento a esta materia y es el contexto espacio-temporal. La sexualidad, además de un hecho biopsicosocial, es una construcción cultural, sujeta al devenir histórico, a la influencia de los pueblos, sus creencias y tradiciones, sus saberes y mitos. Así, no serían correctos planteamientos absolutos y cerrados, más bien al contrario, exige de propuestas abiertas a la diversidad y encaminadas a tratar de equilibrar la libertad individual y las normas y reglas sociales. Ahora bien, estas últimas están en constante revisión y enjuiciamiento siendo conveniente adecuarse, en nuestra cultura concreta, a principios de laicidad, legalidad e igualdad.

Dos modelos en relación con la discapacidad

Actualmente, se pueden identificar dos modelos muy diferentes en el modo de abordar la sexualidad pero que comparten una visión probablemente muy

⁵ En línea. Amezúa. E. *Los grandes conceptos: la sexuación*. <http://www.sexologiaenincisex.com/contenidos/conceptos/lasexologia.php?id=88#2>. El hilo de la sexuaci%C3%B3n (noviembre de 2011)

⁶ En línea. Amezúa. E. *Los grandes conceptos: la sexualidad*. <http://www.sexologiaenincisex.com/contenidos/conceptos/lasexologia.php?id=89> (noviembre de 2011)

genitalizada de la sexualidad. Por una parte, una perspectiva que se puede denominar liberal, que enfoca la sexualidad como fuente de placer y da relevancia al orgasmo. Esta perspectiva legitima la sexualidad en parejas jóvenes heterosexuales y sin discapacidad dando mayor relevancia a las funciones recreativa y relacional de la sexualidad. Por otra parte, un modelo prohibitivo, que asimila la sexualidad al coito con función reproductiva y legitima por tanto a las mujeres y hombres heterosexuales, sin discapacidad y en edad fértil. Modelos ambos que tienen que ver con los valores y creencias de quienes los promueven, más que con un conocimiento actualizado sobre la sexualidad humana y desde los valores derivados de los derechos humanos. Si bien ambos modelos se asientan en actitudes y principios éticos diferentes, es posible afirmar que ambos resultan igual de limitados y excluyentes. En este sentido no sólo se crean obligaciones y necesidades específicas en el terreno sexual, sino que se promueven actitudes y conductas no siempre compatibles con el cuidado de la salud sexual y reproductiva, tampoco con la ciencia, puesto que vienen determinados por valores y actitudes ajenas a este corpus de conocimiento. Partir de estos modelos explica cómo muchas personas, también mujeres y hombres con discapacidad, encuentran dificultades para un desarrollo pleno, integral y positivo de su propia sexualidad, y es que en multitud de experiencias ven limitados, coartados o vulnerados sus derechos sexuales y reproductivos como consecuencia y a causa de estos procesos reductivos que entroncan con una serie de prejuicios girando en torno a ellas.

Desde otros lugares, en cambio, se trata de promover un modelo de sexualidad más amplio, democrático y que tiene en cuenta la diversidad humana desde una perspectiva interseccional. Este modelo, al cual se adscribe el movimiento organizado de personas con discapacidad en Andalucía, parte del reconocimiento de la sexualidad como una construcción social en torno a una realidad biopsicosocial del ser humano: su ser sexuado. Así, para abordar la sexualidad de las personas se evitan las aproximaciones exclusivamente médico-científicas para preocuparse de la misma en términos positivos y enriquecedores, desde el “sentirse bien” y los valores, actitudes y creencias de cada sujeto hasta el contexto sociocultural predominante. Desde esta perspectiva no se renuncia al enjuiciamiento y crítica de aquellos valores, actitudes y creencias que supongan un atentado de los derechos de las personas, como la homofobia, el sexismo, el racismo o que se sitúen radicalmente en contra de los avances y evidencias científicas en torno a la salud sexual y reproductiva, más bien al contrario, ofrece una aproximación respetuosa hacia la diversidad humana y comprometida con los derechos humanos.

Este modelo democrático, partiendo de estas premisas, propone un enfoque principalmente educativo de la sexualidad a lo largo de todo el ciclo vital y ajustado a las necesidades, intereses y puntos de vista de las personas.

Ofreciendo un enorme abanico de posibilidades, es bastante frecuente encontrar que en cuanto a sexualidad se refiere, se suele entender sexo y cuando de sexo se habla se está pensando en coito heterosexual dirigido al orgasmo.

Cuando esto ocurre se están produciendo, al menos, 4 procesos de reducción de la sexualidad⁷:

1. **Sexualidad =coito heterosexual, joven y sin discapacidad**
2. **Relaciones sexuales=hombre con rol de sujeto activo +mujer con rol de objeto pasivo.**
3. **Placer = orgasmo /coito=procreación**
4. **Seres sexuados= jóvenes que responden a un determinado canon estético.**

La reducción de la sexualidad al coito heterosexual otorga el protagonismo de las relaciones sexuales a los genitales, dejando al margen otras experiencias placenteras, que son tomadas como secundarias, extras, preliminares o incluso minoritarias, a saber, caricias, besos, conversaciones y fantasías eróticas, juegos, relaciones homosexuales, ternura, masturbación...

⁷ *Estos procesos reduccionistas no son más que el reflejo de una concepción de la sexualidad restringida y patriarcal que identifica lo sexual, funcionalmente, con la procreación; topológicamente con la genitalidad, jurídicamente con el matrimonio, sexualmente con el varón, conductualmente con la heterosexualidad y cronológicamente con la juventud y adultez (Félix López y Juan Carlos Olazábal, Sexualidad en la Vejez, Pirámide 2005), entendiendo juventud y edad adulta como belleza, salud y ausencia de discapacidad.*

El enfoque de género en las relaciones sexuales

Con frecuencia cuando se habla de sexualidad surge, además de multitud de equívocos y prejuicios, cierto nivel de pudor, especialmente en lo que toca a la parte femenina de la población. Probablemente el de las mujeres con discapacidad es el sector donde aún hay más dificultades para poder acceder a fuentes de información fiables que permitan no sólo la ruptura de estos prejuicios y encontrar respuestas, sino una educación sexual democrática adecuada y completa.

Para comenzar realizaremos una diferenciación entre salud sexual y salud reproductiva. La primera se refiere a todos aquellos aspectos de la salud relacionados una vivencia positiva de la sexualidad, la anticoncepción y prevención de infecciones de transmisión genital. Por su parte, la salud reproductiva abarca todos aquellos aspectos relacionados con los derechos reproductivos y que pasan por garantizar una adecuada atención perinatal y el derecho a decidir sobre la reproducción.

Como se ha dicho anteriormente, el actual enfoque de la sexualidad, como una cuestión inherente al ser humano susceptible de abordarse en términos de salud, es resultado de muchas luchas, principalmente feministas. Los movimientos de mujeres han reivindicado (y reivindican en muchos puntos de nuestro planeta) el derecho a disponer de métodos anticonceptivos con dos objetivos claros: controlar la propia natalidad - y ejercer su derecho a la maternidad cuando y cuanto se desea- y poder disfrutar del placer sexual como una cuestión al margen de la capacidad de procreación. A pesar de ello es cuando menos curioso que a nivel internacional no se haya generado un instrumento que implique a los estados para promover seriamente los derechos sexuales, si bien se ha dado un salto cualitativo en la manera de abordar la salud sexual gracias, como se ha dicho, a las históricas reivindicaciones en torno al derecho a decidir en todas las cuestiones relacionadas con la sexualidad y el derecho al control y gestión del propio cuerpo y de todas las posibilidades que ofrece.

Al mismo nivel, han luchado y luchan por la protección y promoción de su salud, concienciando sobre la importancia de los métodos de barrera en las relaciones sexuales y reclamando, entre otras, la investigación y tratamiento precoz de determinados cánceres -útero, de mama- o enfermedades específicas de las mujeres (endometriosis, por ejemplo). Los movimientos feministas, además, han auspiciado, ya en nuestro entorno cercano, la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, *de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo* en la que, además de regular un derecho como es el de la toma de decisiones sobre el propio cuerpo y la maternidad, se otorga especial atención a la educación sexual universal y la promoción de la igualdad entre mujeres y hombres también en este asunto.

En el desarrollo y elaboración del anteproyecto de esta ley no sólo participaron movimientos feministas, también lo han hecho otros agentes y, concretamente, el CERMI⁸, como representante de las personas con discapacidad en España.

Desde la perspectiva de las personas con discapacidad, si bien se celebran estos logros no sólo hacia una mayor igualdad entre mujeres y hombres, sino también hacia un desarrollo más pleno y libre de las mujeres, hay enfoques y asuntos que abordar, reflexiones que realizar y caminos por recorrer.

Y es que son muchos los debates y reclamaciones abiertos para lograr la plena integridad y control de la propia sexualidad por parte de las mujeres. Probablemente es de especial interés poner el acento en la importancia de ampliar un modelo de sexualidad vigente aún hoy que está centrado en los genitales y que establecen roles muy desiguales para mujeres y hombres. Estas desigualdades, resultando incluso en formas de violencia hacia las mujeres, pueden generar malestares e incluso disfunciones tanto en ellas como en ellos, al establecer unos estándares muy difíciles de lograr por una mayoría de personas. Para estos debates y reclamaciones han de contarse con el punto de vista de las personas con discapacidad, considerando el género como eje transversal.

En este apartado destacamos que desde el sistema de salud público en Andalucía se están llevando a cabo esfuerzos por humanizar todos los servicios de atención, también a la salud sexual y la salud reproductiva, escuchando la voz y las reivindicaciones concretas de grupos específicos, como las mujeres con discapacidad. Un ejemplo de ello es la puesta en marcha de una Red de Salud Sexual y Reproductiva, que tiene entre sus objetivos la formación del personal de atención primaria en materia de salud sexual así como el Proyecto de Humanización de la Atención Perinatal en materia de salud reproductiva con buenas prácticas como la apertura de centros de atención ginecológica totalmente adaptados para mujeres con movilidad reducida. Igualmente la Consejería de Salud ha desarrollado un estudio específico sobre la contracepción de mujeres con y sin discapacidad a través de la Universidad de Granada, en el marco del I Plan de Acción Integral para las Mujeres con Discapacidad en Andalucía 2008-2013.

Asimismo, la Consejería de Salud ha solicitado la colaboración del movimiento asociativo de mujeres con discapacidad para la puesta en marcha de un teléfono de información sobre salud sexual y y salud reproductiva.

8

CERMI. Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad.

La sexualidad y las personas con discapacidad física

Los procesos arriba mencionados, como puede presumirse, desembocan en múltiples formas de exclusión y limitaciones en torno a la sexualidad y generan un férreo control patriarcal de la sexualidad de la población de personas con discapacidad. Junto a la globalidad de la sexualidad femenina y la genitalidad de la sexualidad masculina es relevante hablar de la fuerte influencia de la escisión histórica entre mente y cuerpo, que impone graves restricciones a la sexualidad como globalidad y genitalidad al mismo tiempo en la unicidad de la persona.

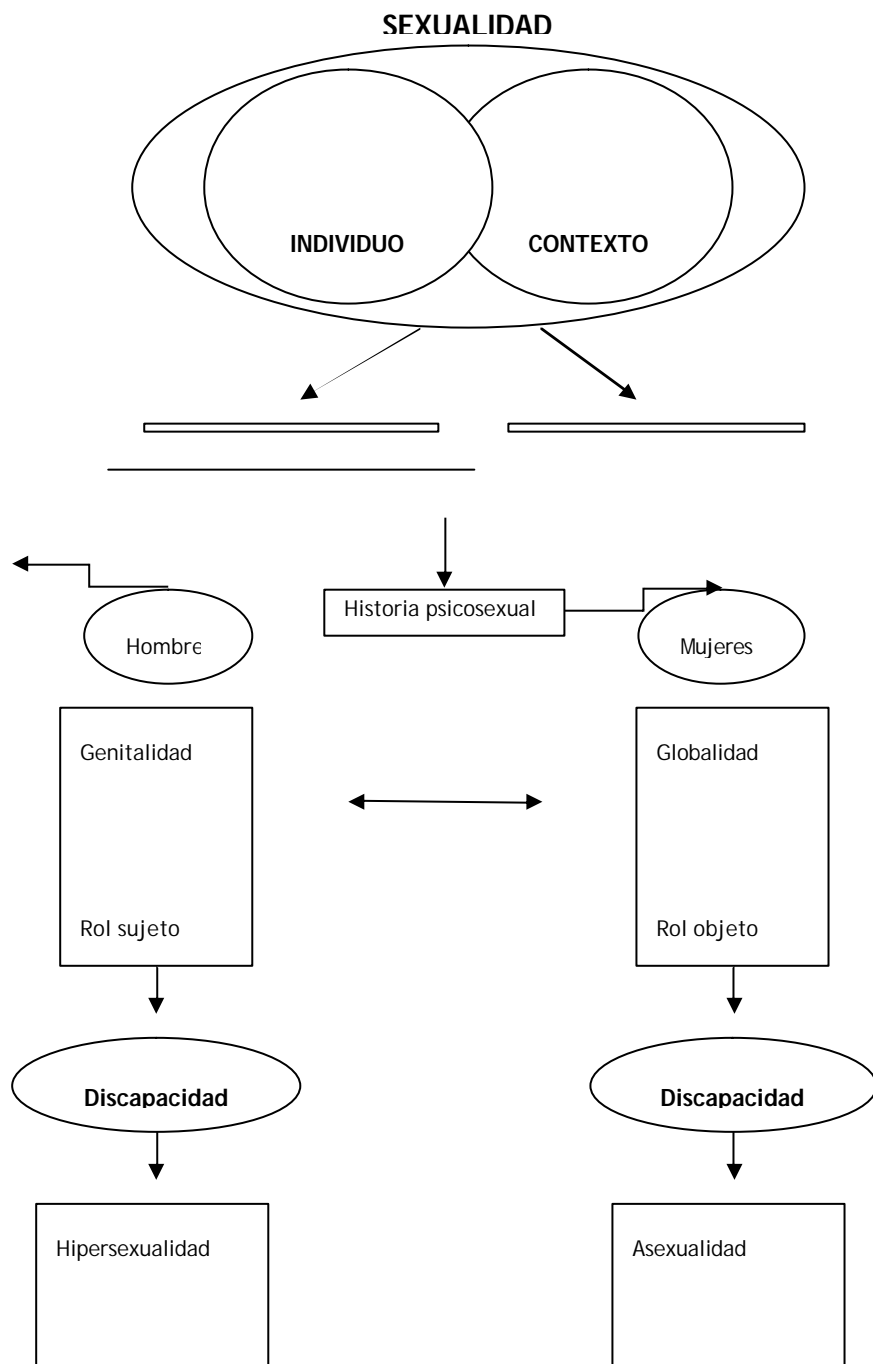
A pesar de los profundos avances sociales a los que vienen asistiendo las personas con discapacidad en las últimas décadas, promovidos por una concepción que poco a poco se aleja del modelo médico de la discapacidad y asume el modelo social, algunas cuestiones clave para el desarrollo integral de las personas con discapacidad siguen siendo deficitarias. Para una adecuada y completa formación de la personalidad, los seres humanos no sólo requieren del fortalecimiento de vínculos familiares y sociales mínimos, es también preciso contar con espacios de privacidad. Estos espacios contribuyen al encuentro de la persona consigo misma, a formas de expresión y realización únicas y exclusivas del individuo y proporcionan elementos para la consolidación y desarrollo del espacio personal⁹ en todas sus dimensiones. Para la autonomía de las personas y el control de las riendas de la propia vida es ineludible contar con este espacio personal vital, en cambio no siempre las personas con discapacidad cuentan con estos espacios necesarios de soledad y privacidad. Y esta falta de privacidad, que para algunas personas con discapacidades más graves es sistemática, compromete la sexualidad de quienes la experimentan.

A ello habrá de añadirse, y en el extremo contrario, el contacto físico automatizado y mecánico de la asistencia al cuidado y la higiene personal, que en ocasiones puede ser incluso la única forma de contacto humano que perciben algunas personas gravemente afectadas, extremo que indudablemente puede suponer, cuando menos, el deterioro de la autoestima de estas personas.

La combinación de espacios íntimos y personales con el contacto físico afectivo y la participación en contextos sociales más amplios es por lo tanto un factor necesario, aunque no suficiente para una adecuada sexualidad de mujeres y hombres con discapacidad. Por otra parte, ellas y ellos encuentran y viven situaciones y

⁹ *El espacio personal viene relacionado con el estar en el mundo, con apropiarse del espacio vital que se ocupa y manejar las distancias e interacciones con el entorno y las demás personas.*

experiencias específicas, resultado de una socialización diferencial por género y discapacidad.



Hombres con discapacidad

La fuerte influencia del modelo médico en los hombres con discapacidad lleva aparejados esfuerzos por tratar de “superar” la discapacidad hacia la mayor estandarización posible, también en el terreno sexual. Así, es presumible que algunos hombres con discapacidad vean mermada su autoestima sexual al no cumplir con las exigencias de ejecución genital y física tanto en las relaciones sexuales como en otras manifestaciones y conductas sexuales.

Por otra parte, entre la población masculina se encuentra aún arraigada, como consecuencia de la fuerte escisión entre sexo y afectos, genitalidad y globalidad referida más arriba, la implícita prohibición de hablar abiertamente sobre la propia sexualidad, especialmente con los iguales. Muchos hombres con discapacidad han asumido probablemente este modelo, con la dificultad añadida de no contar con modelos de referencia sexualmente positivos y reconocidos y a lo que se añaden algunos mitos relacionados con una presumible “hipersexualidad” e incompetencia sexual.

No contar con un cuerpo aparentemente capaz de desarrollar un coito eficiente alimenta estos prejuicios y dificultades que pueden obstaculizar, como un bucle que se retroalimenta de forma constante, la generación de estrategias y respuestas, experimentadas ya entre las mujeres con discapacidad, como pueden ser grupos de apoyo mutuo.

Desde algunos ámbitos se vienen ensayando enfoques más globales de la sexualidad de los hombres con discapacidad, si bien es aún generalizado el esfuerzo por intervenir específicamente en el pene como elemento o eje principal de la sexualidad masculina. Ejemplo de ello son los avances acaecidos en relación con los efectos de la lesión medular sobre la excitación y el placer de los hombres. Y es que esta parte del cuerpo sigue teniendo un peso radical en la conformación de la identidad masculina y, como consecuencia, imponiendo fuertes restricciones a la sexualidad de muchos hombres con discapacidad que encuentran dificultades para conectar con otras sensaciones y experiencias que el cuerpo, como todo integrado, puede reportarles.

Mujeres con discapacidad

Al vivir o habitar cuerpos diversos, diferentes al canon establecido, son consideradas o tratadas como asexuales, de tal manera que incluso ellas mismas llegan a ignorar, cuando no reprimir, los propios deseos sexuales. Transitan en una especie de eterna infancia que dificulta su acceso a una educación sexual democrática y con perspectiva de género y el desarrollo de las habilidades, autonomía y autoestima necesarias para saberse, vivirse y autoafirmarse como sexuadas, cuidarse y protegerse como tales.

Son desprovistas igualmente de su capacidad procreadora y de maternaje¹⁰ que se refleja en diversos ejemplos como son las dificultades de accesibilidad y la falta de adaptación de muchos espacios, bienes y servicios diseñados para la reproducción y la crianza (útiles de cuidado, higiene, alimentación y transporte infantil, por ejemplo).

Por todo ello, la información y formación en materia de anticoncepción y prevención de infecciones de transmisión genital, por poner un ejemplo, es deficitaria aún en esta población, si bien entre las mujeres con niveles educativos medio-altos y de ámbito urbano parece que los mitos y la desinformación en este terreno es compartida con el resto de mujeres sin discapacidad¹¹.

Una forma de control sobre sus cuerpos y de negación o represión de su sexualidad es la que se da en las unidades convivenciales. Si de la familia se trata no es infrecuente observar altas dosis de sobreprotección que limitan el pleno desarrollo de las habilidades sociales necesarias para iniciar y potenciar acercamientos eróticos, dificultan el acceso a una educación sexual adecuada e impiden los espacios y tiempos para la intimidad y las relaciones afectivas y sexuales o autoeróticas.

¹⁰ *Término con que se hace referencia a la maternidad como proceso de crianza, educación y cuidado responsable de la prole a la vez que al conjunto de cambios biopsicológicos y sociales que suponen en las mujeres que asumen este proceso. Paternaje se utilizaría para los hombres que asumen el proceso de la paternidad, aunque implica cambios diferentes en su persona.*

¹¹ Para conocer en profundidad estos datos: Gómez Bueno, C. Anticoncepción en Andalucía. Representaciones, discursos y prácticas de adolescentes y adultas con y sin discapacidad.

De modo esquemático, se puede realizar una aproximación a los procesos que se producen en el desarrollo sexual de mujeres y hombres con discapacidad física.

En otra línea, llamar la atención sobre el perverso fenómeno que, en ocasiones, llega a producirse ya que, al no ser consideradas mujeres activas sexualmente, dotadas de deseo y capacidad de placer, son desprovistas de aspectos básicos de educación sexual que fomentarían el cuidado del propio cuerpo, de sí mismas y de su integridad, además de la autoestima. Es así como aumenta el riesgo de que estas mujeres puedan ser víctimas de abusos sexuales.¹²

Para finalizar, y con carácter generalizado para mujeres y hombres con discapacidades, las instituciones residenciales distan mucho aún de promover una valoración y vivencia positiva del hecho sexuado, llegando a producirse desde organizaciones de la vida y los espacios incompatibles con la intimidad y el erotismo hasta prohibiciones explícitas de establecer vínculos sexo-afectivos.

El todo es más que la suma de sus partes y el desarrollo de la sexualidad responde a las necesidades humanas básicas de contacto, intimidad, afecto, aceptación incondicional, ternura, respeto. Requiere de las condiciones necesarias para el desarrollo de una identidad sexual y de género y también de la provisión de los espacios y tiempos oportunos para establecer una profunda comunicación con las propias sensaciones, sentimientos, deseos y fantasías. Exige el establecimiento de vínculos afectivos y relaciones igualitarias y, cómo no, la ruptura de la dominación de mujeres y hombres con discapacidad a través del control sobre sus cuerpos. Necesita, finalmente, de los medios, la información y los recursos adecuados para la promoción de hábitos y conductas sexuales saludables. Condiciones que en el ámbito que nos ocupa aún distan mucho de garantizarse.

¹² Para ahondar en esta cuestión: Millán, S., Sepúlveda, Á., Sepúlveda, P., González, B. *Mujeres con discapacidad y violencia sexual: Guía para profesionales*. Consejería para la Igualdad y Bienestar Social, 2008

5. La sexualidad como una acción transversal

5.1. Objetivo

Al afrontar la sexualidad de las personas con discapacidad en los centros de atención residencial se partirá del conocimiento individualizado de la persona, incluyendo para ello el contexto que la rodea: su edad, su familia, su situación laboral y formativa y que ofrezca a la persona la posibilidad de desarrollar plenamente su relación con otras personas y su vida sexual si así lo desea.

A pesar de que este protocolo focalice su atención en relación con los centros, consideramos importante destacar que la intervención en sexualidad debe ser un proceso que abarque todo el ciclo vital de la persona. La educación sexual debería, pues estar incluida en el currículo dentro de la **educación para la salud**, entendida esta última como bienestar físico, pero también como equilibrio afectivo y emocional, en un medio social saludable. Así, la salud no se define sólo por la ausencia de enfermedad, sino por todo un conjunto de actitudes y capacidades que son objeto de la educación y previenen, debidamente desarrolladas, tanto accidentes corporales, como desajustes de la personalidad, y que adquieren todo su significado en relación con la autoestima de los individuos, su autonomía y su capacidad de toma de decisiones (Llanderas y Mández s.d.).

En este marco, la "Educación para la sexualidad y la afectividad" cobra especial relevancia en el concepto de la salud, porque sexualidad supone aceptación de una misma o uno mismo, mejora la autoestima y facilita relaciones saludables con los demás. Incluirá así contenidos como la afectividad como elemento saludable, la inteligencia emocional, el desarrollo saludable de la personalidad, conocer y apreciar el propio cuerpo en sus posibilidades y limitaciones para afianzar hábitos autónomos de cuidado y salud personales, y de respeto y solidaridad con la salud de los otros, interiorizar y vivir la realidad sexual como un medio de relación y comunicación interpersonal gratificante y saludable, tanto física, como afectiva, emocional y socialmente, reforzar la autonomía y la autoestima como realidades personales básicas en la construcción de un proyecto de vida saludable, elaborar e interiorizar normas básicas de salud: higiene, alimentación, cuidado corporal, etc... Se ajustarán

estos objetivos a cada etapa evolutiva (desde conocer nuestro cuerpo, a la higiene personal, cambios corporales, capacidad reproductiva, etc.) y su carácter debe ser esencialmente democrático, respetando las libertades personales que tanta importancia cobran en el apartado sexual: el respeto a la "opción sexual" que cada individuo decide para sí mismo—siempre que su conducta no "violente" otras individualidades, o ponga en grave riesgo el bienestar de otras personas.

5.2. Actuaciones en el centro

Situados ya en el tema que nos ocupa, las principales líneas de intervención en el centro pueden detallarse según las personas destinatarias. En este texto nos centramos en las personas que conviven en una residencia. No se ha incluido un capítulo específico para unidades de estancia diurna, porque todas las actuaciones que se reflejan en este documento son extensibles a las mismas, salvo la de relaciones interpersonales en el centro, ya que por las condiciones materiales de las unidades de estancia diurna es prácticamente imposible llevarlas a cabo, salvo que éstas estuviesen anexas a una residencia.

5.2.1. Con las personas usuarias

- a) Se informará en la fase de acogida a las personas usuarias de las características y normas del centro en materia de relaciones interpersonales.
- b) Se desarrollarán programas de educación sexual adecuados y adaptados a los distintos tipos de discapacidad.
- c) Se propiciará el respeto de la intimidad y la privacidad del cuerpo en actividades de higiene y sanitarias.

- d) Se garantizará la libre vestimenta de las personas residentes en función de sus gustos y preferencias, incluida la ropa de cama, siempre y cuando no atenten con las normas sociales de decoro así como el libre uso de maquillaje, peinados o elementos decorativos del cuerpo.
- e) Se facilitará la consulta y el acceso a especialistas.

5.2.2. Con el entorno

Se favorecerá la libre entrada y salida del centro de las personas con discapacidad para la realización de cuantas actividades deseen desarrollar, dentro de las normas de convivencia establecidas en el reglamento de régimen interno del centro. Asimismo,

- a) El centro facilitará el tiempo privado necesario y de manera flexible a las personas con discapacidad para que éstas puedan disfrutar, si quieren, de sus relaciones interpersonales, la autoexploración o el autoerotismo.
- b) Las personas contarán con espacio para disfrutar de su intimidad según las circunstancias. Por tanto se podrá disponer de habitaciones individuales y dobles en función de preferencias y vínculos afectivos, respetando la libre orientación sexual: espacios accesibles e íntimos que propicien encuentros interpersonales si las personas que allí residen (sean o no las dos personas residentes) así lo desean.
- c) El centro facilitará, dentro del mismo, el uso de medios personales y materiales que permitan a las personas que así lo desean mantener relaciones erótico-sexuales así como la prevención de embarazos no deseados y enfermedades infecciosas. El centro dispondrá de un buzón/ espacio de sugerencias, dudas y peticiones anónimas, o no, relacionadas con la sexualidad para su gestión y resolución democrática

5.2.3. Con el personal del centro

- a) Se desarrollarán programas de educación sexual adecuados y adaptados a los distintos tipos de discapacidad y destinados, tanto en común como por separado, a residentes, personal de atención y personal de administración del centro.
- b) Se proporcionará a los y las profesionales formación e información específica, acceso a material, asesoramiento legal y pautas de intervención escritas.
- c) Se tendrán en cuenta los aspectos éticos y morales de las y los profesionales al desarrollar programas de intervención con las personas con mayores necesidades de apoyo.

5.3. Indicadores de evaluación

Criterio: se deberá informar en la fase de acogida a las personas usuarias de las características y normas del centro en materia de relaciones interpersonales.

- **Indicador:** % de personas usuarias informadas en la fase de acogida sobre características y normas del centro en materia de relaciones interpersonales.

Fórmula: $(n^{\circ} \text{ de personas informadas en la fase de acogida sobre características y normas del centro en materia de relaciones interpersonales} / n^{\circ} \text{ total de personas usuarias}) \times 100$

Estándar: 100%

Criterio: se desarrollarán programas de educación sexual adecuados y adaptados a los distintos tipos de discapacidad.

- Indicador: nº de programas de educación sexual puestos en marcha

Fórmula: nº de programas anuales

Estándar: ≥ 1

Criterio: las personas usuarias deben poder expresar las sugerencias y/o quejas respecto a las respuestas dadas por el centro a sus necesidades relacionadas con su sexualidad y que les sean resueltas o contestadas de forma satisfactoria en un tiempo adecuado

- Indicador: se dispone de un espacio de sugerencias, dudas y peticiones anónimas relacionadas con la sexualidad

Fórmula: sí/no

Estándar: sí

- Indicador: % de quejas y/o sugerencias relacionadas con la sexualidad recibidas en el centro por personas usuarias respecto al total de quejas y/o sugerencias recibidas

Fórmula: $(\text{n}^\circ \text{ de quejas y sugerencias recibidas en el centro relacionadas con la sexualidad en el plazo de seis meses} / \text{n}^\circ \text{ total de quejas y sugerencias recibidas}) \times 100$

Estándar: $< 10\%$

- Indicador: % de quejas y/o sugerencias respondidas respecto del total de quejas recibidas relacionadas con la sexualidad

Fórmula: $(\text{n}^\circ \text{ de quejas y sugerencias respondidas en el centro en el plazo de seis meses} / \text{n}^\circ \text{ total de quejas y sugerencias recibidas relacionadas con la sexualidad}) \times 100$

Estándar: 100%

- Indicador: % de quejas y/o sugerencias resueltas respecto del total de quejas recibidas relacionadas con la sexualidad

Fórmula: $(\text{n}^\circ \text{ de quejas y sugerencias resueltas en el centro en el plazo de seis meses} / \text{n}^\circ \text{ total de quejas y sugerencias recibidas relacionadas con la sexualidad}) \times 100$

Estándar: <60%

- Indicador: grado de satisfacción de la persona con la resolución de la queja o sugerencia relacionada con la sexualidad

Fórmula: nivel de satisfacción de la persona en relación con una queja o sugerencia propuesta al centro, a los seis meses (la fórmula dependerá del instrumento de medida)

Estándar: <70%

- Indicador: tiempo medio empleado en la respuesta a la queja o sugerencia

Fórmula: $\text{Suma}(\text{fecha de la respuesta al usuario/a} - \text{fecha de la recepción de la queja o sugerencia}) / \text{n}^\circ \text{ total de quejas y sugerencia recibidas en seis meses}$

Estándar: <10 días

Criterio: el centro debe disponer de un número suficiente de espacios adecuados que favorezcan la intimidad de las personas usuarias.

- Indicador: existencia de espacios habilitados en el centro para que las personas usuarias puedan desarrollar sus relaciones interpersonales e íntimas.

Fórmula: sí /no

Estándar: sí

Criterio: las personas que lo necesiten y requieran deberán disponer de los apoyos necesarios para mantener relaciones interpersonales

- Indicador: % de personas usuarias a las que se ha dispuesto los apoyos requeridos y necesarios para mantener relaciones interpersonales.

Fórmula: $(\text{n}^\circ \text{ de personas usuarias a las que se ha dispuesto los apoyos requeridos y necesarios para mantener relaciones interpersonales} / \text{n}^\circ \text{ total de personas residentes que han solicitado apoyos}) \times 100$

Estándar: 100%

Criterio: el centro deberá facilitar a la persona usuaria el acceso a revisiones y consultas al especialista al menos anualmente.

- Indicador: % de personas usuarias que han visitado al especialista al menos una vez en los últimos 12 meses

Fórmula: $(\text{n}^\circ \text{ de personas usuarias que han visitado al especialista al menos una vez en los últimos 12 meses} / \text{n}^\circ \text{ total de residentes}) \times 100$

Estándar: 100%

Criterio: los centros deberán desarrollar programas de educación sexual adecuados y adaptados a los distintos tipos de discapacidad y destinados, tanto en común como por separado, a residentes, personal de atención y personal de administración del centro.

- Indicador: n° de programas de educación sexual dirigidos a residentes, personal de atención y personal de administración

Fórmula: n° de programas puestos en marcha para cada uno de los grupos de interés en los últimos 12 meses

Estándar: ≥ 1 por cada grupo

Criterio: deben desarrollarse programas de educación sexual adecuados y adaptados a los distintos tipos de discapacidad y destinados, tanto en común como por separado, a residentes, personal de atención y personal de administración del centro.

- Indicador: n° de programas de educación sexual adecuados y adaptados a los distintos tipos de discapacidad destinados a residentes

Fórmula: n° de programas puestos en marcha

Estándar: ≥ 1

- Indicador: nº de programas de educación sexual adecuados y adaptados a los distintos tipos de discapacidad destinados al personal de atención directa

Fórmula: nº de programas puestos en marcha

Estándar: ≥ 1

- Indicador: nº de programas de educación sexual adecuados y adaptados a los distintos tipos de discapacidad destinados a personal de administración del centro.

Fórmula: nº de programas puestos en marcha

Estándar: ≥ 1

Criterio: se debe proporcionar a las y los profesionales formación e información específica, acceso a material, asesoramiento legal y pautas de intervención escritas.

- Indicador: % de profesionales que han recibido formación e información específica, acceso a material, asesoramiento legal y pautas de intervención escritas.

Fórmula: $(\text{n}^\circ \text{ de profesionales que han recibido formación e información específica, acceso a material, asesoramiento legal y pautas de intervención escritas} / \text{n}^\circ \text{ total de profesionales}) \times 100$

Estándar: 100%

6. Programa de formación

6.1. OBJETIVOS

Se propone aquí una educación sexual multidisciplinar que beba de las 4 fuentes básicas para planificar la educación (sociología, pedagogía, psicología y epistemología) y comporte un acercamiento global e integral a la sexualidad, como global es el ser humano y por tanto su sexualidad, en sus dimensiones psicológica, biológica y social pero también histórica y cultural.

Aún cuando las necesidades educativas en materia de sexualidad son universales, los objetivos, contenidos y actividades han de ajustarse a los aspectos anteriormente mencionados y desarrollarse con las adaptaciones oportunas a los distintos tipos y grados de discapacidad. Con carácter general, el objetivo es la vivencia positiva del hecho sexuado individual.

Los objetivos que se persiguen con la educación sexual de las personas con discapacidad en los distintos centros de atención residencial son, entre otros:

- Fomentar la autoestima y el conocimiento de las personas con discapacidad en esta materia para que sepan enfrentar sus relaciones interpersonales, teniendo en cuenta su autonomía personal.
- Propiciar la autoprotección propia y la de las personas responsables para la prevención de riesgos en esta materia.
- Respetar la privacidad y la intimidad de la persona.
- Para las personas con mayores necesidades de apoyo, los objetivos deben adaptarse, centrándolos en aspectos como conocer y comprender su sexualidad, descubrir y gestionar sus deseos afectivos/sexuales y adquirir

habilidades y comportamientos orientados a satisfacerlos o ser capaces de expresar sus sentimientos de manera adecuada.

- Que la persona disfrute de una sexualidad satisfactoria que le produzca placer y que sea respetuosa con su entorno

6.2. Actuaciones

Anualmente, la educación sexual se planificará y programará en los centros adecuadamente en función de las personas a las que irá destinada teniendo en cuenta además, algunos aspectos clave:

6.2.1. Con las personas usuarias

- Sexo, edad, tipo y grado de discapacidad.
- Contexto educativo y familiar previo.
- Ideas y creencias previas.
- Su propia idiosincrasia, sus intereses y deseos.

6.2.2. Con el equipo de profesionales o el personal de atención directa

- Actividades y servicios que realizan en torno a las personas con discapacidad.
- Ideas y creencias previas.
- Actividades psicoeducativas

Las acciones formativas tendrán las siguientes características:

- Serán consensuadas con los intereses de los grupos de población, fomentando así la implicación y la participación de las partes.
- Podrán ser específicas para los sectores de la población indicada o mixta, según los asuntos a tratar.
- Ofrecerá tutorías individualizadas a aquellas personas que así lo requieran.
- Se fomentará la asistencia a los cursos de las personas residentes, siendo obligatoria para el equipo de profesionales del centro, dentro de las acciones de formación continua que programe el mismo.
- En las acciones formativas que se lleven a cabo se tendrá en cuenta la diferente tipología de usuarios y usuarias del centro así como las características de sus entornos familiares.
- La formación, si es posible, se impartirá en los centros residenciales y en horarios en los que todas las personas implicadas puedan participar.

6.2.3. Contenido de las acciones formativas.

El contenido de las acciones formativas irá en función de los distintos grupos de interés así como de los temas necesarios para garantizar una adecuada educación sexual.

6.2.3.1. Con las personas usuarias

Sobre los afectos y las relaciones personales

- Reconocer necesidades y proponerles una conducta sexual adecuada, desde el derecho de la persona a tener una vida sexual según sus necesidades y capacidades
- Evaluar el nivel de interés sexual y la necesidad que presentan las personas con discapacidad en este ámbito.
- Proporcionarles conocimientos sobre la función de la sexualidad: comunicación-relación, placer y reproducción
- Ayudarles a comprender que la sexualidad es una parte importante en la vida de todo ser humano, que son seres sexuados igual que el resto, y que existen diversas formas de vivir la sexualidad. Que cada persona tiene unos intereses y unas necesidades
- Fomentar la aceptación de su discapacidad (capacidades, aspectos positivos como persona), el fortalecimiento de su autoestima, el respeto a la diversidad, que la diferencia nos enriquece.

Sobre anatomía y fisiología sexual

- Ofrecerles información sobre su cuerpo, manifestaciones afectivas, conductas sexuales y lenguaje sexual adecuado.
- Desarrollar una actitud positiva en torno a su cuerpo y a las sensaciones corporales.

- Cambios del cuerpo según las edades: pubertad, menopausia...
- Cambios que se producen en el cuerpo durante las relaciones sexuales
- La menstruación.
- La eyaculación.
- Promover hábitos de higiene y cuidado personal de sí mismo. Importancia de la privacidad y la intimidad.
- Revisiones médicas anuales necesarias (entre ellas exploraciones ginecológicas y urológicas).
- Sobre reproducción.
- Proporcionar información sobre prácticas sexuales de riesgo: prevención de embarazos no deseados, métodos anticonceptivos y prevención de enfermedades de transmisión sexual.
- Informar sobre los servicios de ginecología (accesibles, en su caso).

Sobre los abusos sexuales.

- Qué son los abusos sexuales.
- Quienes pueden cometerlos.
- Qué ocurre tras un abuso sexual.
- Qué hay que hacer en caso de sufrir abusos sexuales.
- Quién nos puede ayudar.
- Prevención de agresiones sexuales.

Sobre conductas sexuales.

- La masturbación.
- Los juegos sexuales.
- Conductas sexuales no coitales.
- Conductas sexuales coitales.
- Modificar las conductas no adecuadas, en el caso de que las hubiese, ofreciendo alternativas saludables para el desarrollo óptimo de las personas.
- Proporcionar herramientas para poder expresar adecuadamente y en condiciones de intimidad su vivencia sexual y afectiva y sus dudas con respecto al tema.
- Asesorar e informar a las personas con discapacidad sobre los métodos anticonceptivos que mejor se adapten a sus características y los disponibles de la zona, a través de coordinación médica.

6.2.3.2. Con el equipo de profesionales o el personal de atención directa

- Incorporar los conocimientos relativos a la sexualidad y la afectividad a los programas de formación y reciclaje de los profesionales que atienden a las personas con discapacidad
- Provocar una reflexión personal acerca de la sexualidad humana en la sociedad actual así como en las personas con discapacidad (normalización, autodeterminación, empoderamiento, etc.)
- Dotar a los profesionales de los recursos teóricos y prácticos que les permitan acercarse a las necesidades e intereses sexuales de las personas con discapacidad, estableciendo ciertos criterios para la intervención.

- Informar a los profesionales sobre los métodos anticonceptivos que existen y los servicios de ginecología disponibles en la zona a través de la coordinación médica para que llegado el caso, puedan asesorar y ayudar a las personas con discapacidad a decidir.
- Dar información de cómo prevenir y/o actuar ante posibles casos de abusos sexuales.
- Intervenir según las pautas de actuación del centro, ante conductas sexuales desajustadas.
- Prestar información sobre aspectos legales.

6.3. Indicadores de evaluación

Criterio: se deben poner en marcha acciones formativas sobre sexualidad para las personas usuarias y para el personal de atención directa

- Indicador: Número de acciones formativas sobre sexualidad programadas para personas con discapacidad usuarias del centro

Fórmula: nº de cursos programados en los últimos 12 meses

Estándar: ≥ 1

- Indicador: Número de acciones formativas sobre sexualidad programadas para personal de atención directa del centro

Fórmula: nº de cursos programados en los últimos 12 meses

Estándar: ≥ 1

- Indicador: % de acciones formativas sobre sexualidad ejecutadas respecto de las programadas

Fórmula: $(\text{n}^\circ \text{ de cursos realizados} / \text{n}^\circ \text{ de cursos programados en los últimos 12 meses}) \times 100$

Estándar: 100%

- Indicador: % de personas usuarias que han recibido formación sobre sexualidad

Fórmula: $(\text{n}^\circ \text{ de personas usuarias formadas} / \text{n}^\circ \text{ total de personas usuarias del centro}) \times 100$

Estándar: $\geq 80\%$

- Indicador: % de profesionales de atención directa que han recibido formación sobre sexualidad

Fórmula: $(\text{n}^\circ \text{ de profesionales de a.d. formados} / \text{n}^\circ \text{ total de profesionales de a.d. del centro}) \times 100$

Estándar: 100%

7. Las revisiones ginecológicas-urológicas

7.1. Objetivos

En los centros se recomienda que todas las personas residentes acudan a las revisiones ginecológicas y urológicas según las indicaciones médicas pertinentes, siguiendo las pautas prescritas.

Las revisiones tienen varios objetivos: la salud preventiva, la detección precoz de enfermedades y la adopción de medidas para prevenir embarazos no deseados.

En el caso de personas con discapacidad que deban tomar determinada medicación, será necesario considerar la posible influencia que dichos fármacos tengan en la vida sexual de la persona con discapacidad (alteraciones del deseo: descenso de la libido o hipersexualidad, dificultades de erección, anorgasmia, trastornos de la menstruación, etc.) y consultar con el/la médico/a las medidas a tomar ante ellas.

Por ello sería necesario incorporar, entre otras, la adaptación de todos los medios técnicos e instrumentales para la atención a la salud sexual y reproductiva tanto de mujeres como de hombres con discapacidad.

Salud Preventiva.

Aunque para la detección del cáncer de mama la edad establecida en el Servicio Andaluz de Salud, si no existen antecedentes familiares, es a los 50 años, es necesario que se realicen revisiones anuales en cuanto la mujer comience a mantener relaciones sexuales y siempre que presente algún problema relacionado con su aparato genital o sus mamas; por otro lado, muchas mujeres con discapacidad pueden padecer con frecuencia cistitis e infecciones vaginales que, aunque sean de carácter leve, provocan importantes molestias y requieren un tratamiento inmediato.

Los departamentos de salud pública de las distintas comunidades autónomas están siguiendo las nuevas pautas recomendadas por la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, SEGO. Ahora se aconseja hacer la primera citología a los 25 años, y si en dos años consecutivos da negativo, la tercera se hace a los tres años. Ya no es necesario realizarla cada año, como se hacía antes. La prueba tampoco debe continuar más allá de los 65 años. El Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad cree que es una medida razonable, porque el cáncer de cérvix tiene un desarrollo muy lento.

En los hombres con discapacidad, siguiendo instrucciones del Servicio Andaluz de Salud, se recomienda que a partir de los 50 años estas revisiones sean imprescindibles y que si hubiese antecedentes familiares de cáncer de próstata, se acuda al urólogo una vez cumplidos los 40-45 años.

Medidas Anticonceptivas. Servicio de Ginecología.

Se propiciará que las mujeres y hombres del centro asistan a las consultas del servicio de ginecología del Servicio Andaluz de Salud, para que reciban la atención sanitaria que se oferta a personas en edad fértil, con dos objetivos fundamentales: ofrecer los medios que permitan disfrutar de una sexualidad saludable y ayudar a decidir en las mejores condiciones, y por otro lado, facilitar que tomen una decisión sobre el método anticonceptivo más adecuado a sus necesidades, dando una información completa y actualizada, que les permita hacer elecciones entre las alternativas existentes.

Las actividades que incluye el servicio serían:

- Indicación y seguimiento de métodos anticonceptivos no quirúrgicos y asesoramiento sobre otros métodos anticonceptivos.
- Información y educación sexual.
- Anticoncepción de urgencia (píldora postcoital).
- Información y prevención de Enfermedades de Transmisión Sexual (incluyendo VIH).

7.2. Actuaciones

Salud Preventiva.

En el Plan de apoyos personales que se realice a la persona a su llegada al centro se incluirá un apartado dedicado a su salud sexual, y por tanto, a las revisiones médicas que en este sentido deba realizarse.

El centro deberá elaborar unas guías informativas, adaptadas a la comprensión de la persona, según su tipo de discapacidad, en las que se incluya la información necesaria sobre su salud sexual y de los protocolos que en esta materia lleva a cabo la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía

La persona usuaria deberá llevar un control sobre las visitas médicas de las revisiones que deba realizarse y los tratamientos que deba seguir. Si la persona no posee la autonomía suficiente para ello, el centro deberá concertarle las citas, asegurarse de que asista a las consultas médicas y, en su caso, de que reciba el tratamiento que se prescriba.

La persona, o sus representantes legales en su caso, tras la reunión mantenida, a su llegada al centro, deberá firmar un documento de consentimiento de que se lleven a cabo estas actuaciones y, en caso contrario, documento eximente de responsabilidad al centro.

Medidas Anticonceptivas. Servicio de Ginecología.

En caso de que la persona no posea la autonomía suficiente para ponerse o utilizar medidas anticonceptivas recibirá del centro la ayuda necesaria así como los medios necesarios.

7.3. Indicadores de evaluación

Criterio: el centro deberá recoger de forma previa a la aplicación de programas de prevención, el consentimiento informado de la propia persona usuaria

- **Indicador:** % de personas usuarias que firman el consentimiento informado para su inclusión en los programas de prevención sobre sexualidad

Fórmula: $(\text{n}^\circ \text{ de personas que firman} / \text{n}^\circ \text{ total de personas usuarias}) \times 100$

Estándar: >80%

Criterio: las personas que se incluyen en los programas de prevención deberán cumplir en su totalidad con los objetivos de los mismos

- **Indicador:** % de personas incluidas en los programas de prevención que cumplen con todos los objetivos del mismo

Fórmula: $(\text{n}^\circ \text{ de personas que cumplen con la totalidad de objetivos} / \text{n}^\circ \text{ total de personas incluidas en programas}) / 100$

Estándar: 100%

Criterio: las personas usuarias incluidas en programas de prevención deberán estar satisfechas con los resultados de los mismos

- **Indicador:** grado de satisfacción de usuarias/os incluidos en programas

Fórmula: nivel de satisfacción (dependerá del instrumento de medida)

Estándar: >70%

8. Las relaciones interpersonales en el centro.

8.1. Objetivos

Establecer en los centros de atención a las personas con discapacidad las estrategias adecuadas para resolver las necesidades de las relaciones interpersonales y de intimidad afectivo-sexual de las personas residentes. Estas estrategias irán en función del tipo de discapacidad, grado de autonomía personal y de la edad de las personas que convivan en la misma.

Las personas con discapacidad física pueden decidir legalmente por sí mismas si quieren o no mantener relaciones sexuales.

8.2. Actuaciones

La dirección del centro establecerá y organizará los espacios y los tiempos (dentro de la mayor flexibilidad posible) para que las personas residentes puedan desarrollar sus relaciones interpersonales e íntimas.

Asimismo, las personas residentes deberán atenerse a lo que disponga el centro en cuanto a la admisión de personas ajenas al mismo.

Las necesidades materiales y personales que requieran las personas con menor autonomía deberán ser indicadas con antelación y el centro en la medida de sus posibilidades, las pondrá a su disposición.

Todas las personas en el centro deberán respetar la orientación sexual de las personas que en ella residen así como las necesidades específicas y apoyos que éstas

necesiten. Igualmente debe respetarse el deseo de otras personas a NO mantener relaciones sexuales o íntimas si así lo desean, aunque previamente así lo hubiesen hecho.

Por otro lado, el centro sólo será responsable de las relaciones sexuales que mantengan las personas residentes de manera voluntaria y consentida, en los espacios y tiempos habilitados para ello. No será responsable de las relaciones que realice la persona fuera del centro, si es que ésta, por sus condiciones, tiene la posibilidad de entrada y salida libre del recinto.

En caso de embarazos no deseados se atenderá a lo dispuesto en la normativa vigente.

Si el embarazo es deseado, se orientará y ayudará a la persona a la consecución de los recursos más adecuados a su nueva situación personal.

8.3. Indicadores de evaluación

Criterio: se deberán organizar los espacios y los tiempos para que las personas residentes puedan desarrollar sus relaciones interpersonales e íntimas.

- Indicador: existencia de espacios habilitados en el centro para que las personas usuarias puedan desarrollar sus relaciones interpersonales e íntimas.

Fórmula: sí/no

Estándar: sí

Criterio: en la medida de las posibilidades, se deberán atender las necesidades personales y materiales para las relaciones interpersonales de las personas con menor autonomía siempre que hayan sido indicadas con antelación por la persona usuaria.

- Indicador: % de personas que han visto cubiertas sus necesidades personales y materiales tras solicitarlo con antelación en relación con el total de personas que lo han solicitado

Fórmula: $(\text{n}^\circ \text{ de personas que han solicitado y satisfecho sus necesidades personales y materiales necesarias para las relaciones interpersonales} / \text{n}^\circ \text{ total de personas que lo han solicitado}) \times 100$

Estándar: 100%

Criterio: en caso de embarazo, si es deseado se orientará y ayudará a la persona a la consecución de los recursos más adecuados a su nueva situación personal; en caso de no serlo se atenderá a lo dispuesto en la normativa vigente.

- Indicador: % de embarazos no deseados que se dan en el período de un año

Fórmula: $(\text{n}^\circ \text{ de embarazos no deseados} / \text{n}^\circ \text{ total de embarazos en el año}) \times 100$

Estándar: 0%

- Indicador: % de usuarias embarazadas (embarazo deseado o no) que han sido orientadas a los recursos adecuados a su situación

Indicadores: $(\text{n}^\circ \text{ de mujeres embarazadas orientadas} / \text{n}^\circ \text{ total de embarazadas}) \times 100$

Estándar: 100%

9. Prevención de abusos

Una persona con discapacidad es maltratada cuando es objeto de violencia física, psíquica, y/o sexual, de hecho y/o por omisión, por parte de las personas o instituciones de las que depende en su correcto desarrollo o por parte de cualquier otra persona.

El **abuso sexual** es aquella situación en la que una persona es utilizada para satisfacer los deseos sexuales de otra, ya sea presenciando o participando en actividades sexuales que violan los tabúes sociales y legales de la sociedad y que la persona no comprende, no desea, o para las cuales no está preparada de acuerdo con su desarrollo y a las que, por lo tanto, no puede dar su consentimiento (violación, tocamientos, seducción verbal, masturbación en presencia de la persona, pornografía,...).

Además de prevenir estos abusos, el centro instaurará las medidas oportunas para la prevención del **acoso sexual**. El acoso sexual es una forma de discriminación y consiste en: cualquier acto o intimidación física, solicitud de favores sexuales, otros actos o conductas incluyendo palabras, gestos o la producción, exhibición o difusión de escritos, fotos u otros materiales que resulten inadecuados y pudieran razonablemente ser considerados como sexualmente ofensivos, humillantes e intimidatorios. El acoso sexual puede ser persistente o un incidente aislado. Puede ir dirigido a una única persona o a un grupo de ellas.

9.1. Objetivos

Los centros deben poner en marcha actuaciones que fomenten la privacidad, el respeto, el cumplimiento de los derechos y que eviten que se den situaciones de abuso y si éstas han tenido lugar, detectarlas a la mayor brevedad y adoptar las

medidas necesarias. Para ello es necesario asegurar una coordinación eficaz entre las partes e instituciones implicadas.

9.2. Actuaciones

El centro debe actuar siempre garantizando el interés superior de las personas con discapacidad, protegiendo sus derechos, en su caso, como víctima:

- Poniendo especial atención a los procesos de detección y comunicación de las situaciones de abuso sexual o maltrato, para ello es muy importante estar atentos a la información que pueda recibirse desde todos los profesionales del centro y de otras personas residentes o sus familias.
- Una vez detectado el caso, se deberá asegurar la protección y el seguimiento de la persona con discapacidad.
- Prestando atención de forma inmediata y ágil, evitando demoras en la intervención y siempre y cuando sea posible desde los servicios más próximos.
- Interveniendo de manera coordinada.
- Buscando la intervención mínima necesaria, evitando a la persona la reiteración de actuaciones por distintas instituciones o su práctica en condiciones poco adecuadas.

Asimismo, es importante comunicar a las autoridades competentes aquellas situaciones que comporten un riesgo para la persona con discapacidad.

En caso de sospecha de abuso, ésta se pondrá de inmediato en conocimiento de la dirección del centro que valorará los indicios o la información y, en su caso, establecerá las medidas de protección necesarias, asumiendo la decisión de enviar a la persona con discapacidad a una exploración, física o psicológica, en el hospital de referencia.

En caso de certeza de abuso, el centro se pondrá inmediatamente en contacto con el hospital de referencia de la zona para tomar las medidas que corresponda. Se trate o no de una situación de urgencia hospitalaria, el centro lo comunicará simultáneamente a su familia, en su caso, y al juzgado de guardia.

Asimismo, el centro establecerá programas de abordaje afectivo-emocional, con personas que hayan sufrido abusos, por parte de profesionales formados en la materia, encaminados a minimizar los efectos negativos que estos abusos hayan generado.

Respecto al acoso sexual, se vigilarán de forma especial conductas como:

- Conducta física de naturaleza sexual, por ejemplo, contacto físico no deseado como tocamientos innecesarios, palmaditas o pellizcos o roces contra el cuerpo de otra persona.
- Conducta verbal de naturaleza sexual, por ejemplo, insinuaciones sexuales inapropiadas, proposiciones o presión para realizar actos sexuales, sugerencias continuadas para quedar fuera del centro después de haber dejado claro que tales sugerencias son inapropiadas, flirteos ofensivos y no deseados, comentarios provocativos, insinuantes y lascivos.
- Conducta no verbal de naturaleza sexual, por ejemplo, la exhibición de fotografías pornográficas o de contenido sexual, objetos, material escrito, correos electrónicos, cartas o fax.
- Comentarios no deseados o despectivos sobre la vestimenta o el aspecto físico.
- Gestos lascivos e insinuantes.

Estas acciones pueden ocurrir también fuera del centro, debiéndose prestar atención a posibles señales de abuso o acoso en otros entornos.

Protocolo de actuación

El centro debe contar con un protocolo de actuación que contenga al menos, los siguientes elementos:

- Objeto.
- Responsables.
- Medidas preventivas.
- Procedimientos para:
- Detección de víctimas de abusos.

- Detección de potenciales abusadores.
- Actuaciones a desarrollar ante sospecha de abusos (detección, denuncia, investigación, derivación, atención a víctimas, etc.).
- Registros.
- Evaluación.

9.3. Indicadores de evaluación

Criterio: se debe disponer de un protocolo de detección y actuación ante situaciones de abuso o violencia hacia las personas usuarias del centro y difundirlo entre el personal del centro.

- Indicador: protocolo de detección de situaciones de abuso o violencia hacia las personas usuarias del centro elaborado y difundido entre el personal del centro

Fórmula: sí/no

Estándar: sí

- Indicador: % de profesionales que conocen y manejan el protocolo de detección de situaciones de abuso o violencia hacia las personas usuarias del centro

Fórmula: $(\text{n}^\circ \text{ de profesionales que conocen y manejan el protocolo} / \text{n}^\circ \text{ total de profesionales}) \times 100$

Estándar: 100%

- Indicador: veces que se ha puesto en marcha el protocolo de detección y actuación ante abusos en el año

Fórmula: nº de veces

Criterio: se debe atender por parte del centro a todos los indicios de posibles abusos detectando la necesidad de intervención.

- Indicador: % de casos ocurridos y no detectados de forma previa por el personal del centro en el período de un año

Fórmula: $(\text{n}^\circ \text{ de casos ocurridos y no detectados de forma previa} / \text{n}^\circ \text{ de casos totales de abuso o violencia ocurridos en el centro}) \times 100$

Estándar: 0%

Criterio: el centro establecerá programas de abordaje afectivo-emocional, con personas que hayan sufrido abusos, por parte de profesionales formados en la materia, encaminados a minimizar los efectos negativos que estos abusos hayan generado.

- Indicador: % de usuarios/as víctimas de abuso a los que se han aplicado programas de abordaje afectivo-emocional puestos por parte del personal cualificado

Fórmula: $(\text{n}^\circ \text{ de usuarios/as víctimas de abuso a los que se han aplicado programas de abordaje afectivo-emocional} / \text{n}^\circ \text{ total de usuarios/as víctimas de abusos})$

Estándar: 100%

10. ANEXOS.

Anexo 1. Derechos sexuales y reproductivos en declaraciones internacionales.

Los derechos sexuales y reproductivos como tal no están identificados o ratificados por la comunidad internacional en instrumentos legales. En cambio sí es posible realizar un rastreo de documentos internacionales que dan carta de reconocimiento a los mismos como Derechos Humanos.

1948. Declaración Universal de los Derechos Humanos. Naciones Unidas. Artículo 16

- Los Hombres y las mujeres tienen derecho a casarse y fundar una familia.

1968. Conferencia sobre los Derechos Humanos. Teherán.

- Derecho de las parejas a decidir del número de hijas/os y su distanciamiento.

1974. Conferencia de Población. Bucarest.

- Papel de los estados asegurando el derecho a la descendencia, lo que incluye información y acceso a los métodos de control de la fertilidad.

1975. Declaración I Conferencia Mundial sobre la Mujer. México.

- Derecho a la integridad física y a decidir sobre el propio cuerpo, el derecho a las diferentes opciones sexuales y los derechos reproductivos, incluyendo la maternidad opcional.

1979. Convención sobre la Eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer de Naciones Unidas.

- Derecho a la igualdad de mujeres y hombres en las decisiones reproductivas y a la responsabilidad compartida que implican los hijos e hijas.

1994. Conferencia sobre Población y Desarrollo. El Cairo.

- Amplía la definición de los derechos reproductivos, incluyendo la capacidad de disfrutar tanto una vida sexual satisfactoria como de procrear.

1995. La Conferencia Mundial sobre la Mujer de Beijing.

- Ratifica todo lo adoptado en El Cairo.

Por su parte, la Asociación Mundial de Sexología (WAS) enumera hasta once derechos sexuales, que serían derechos humanos fundamentales y universales, en la *Declaración del XIII Congreso Mundial de Sexología, 1997, Valencia, España*. Revisada y aprobada por la Asamblea General de la Asociación Mundial de Sexología (WAS) el 26 de agosto de 1999 en el XV Congreso Mundial de Sexología, Hong Kong, República Popular China.

Aún cuando no es posible afirmar que una Declaración Universal de Derechos Sexuales haya sido redactada y ratificada por la comunidad internacional, sí es razonable afirmar y defender estos derechos sexuales en tanto que derechos humanos, por tanto, universales e inalienables. Su respeto y ejercicio han de ser promovidos para el logro de un desarrollo pleno y digno de las personas.

1993. Normas Uniformes sobre la Igualdad de Oportunidades para las personas con discapacidad. Naciones Unidas.

- Reconoce la importancia de la igualdad y la no discriminación en lo que se refiere a la sexualidad, las relaciones sexuales, el establecimiento de relaciones de pareja, la maternidad y paternidad, etc. tanto en cuanto a actitudes como a información y educación sobre el funcionamiento y control sexual del propio cuerpo y todas sus potencialidades.

2008. Convención Internacional de los Derechos de las Personas con Discapacidad. 2008. *Artículo 23. Respeto del hogar y la familia*. Los estados partes respetarán y asegurarán

- El derecho a decidir libremente en cuanto a descendencia.
- Que las personas con discapacidad, incluidos los niños y las niñas, mantengan su fertilidad, en igualdad de condiciones con las demás.
- El cuidado de la salud sexual y reproductiva.

1997. Manifiesto de las Mujeres con Discapacidad. Foro Europeo de la Discapacidad.

Recomienda:

- Promover el derecho a decidir sobre cuestiones de sexualidad, embarazo, nuevas técnicas de reproducción, adopción, maternidad y cualquier otro aspecto que sea pertinente
- Se debe garantizar a las mujeres con discapacidad el derecho a la familia, a las relaciones sexuales y a la maternidad
- Promover el derecho a una educación sexual integral, libre de prejuicios. En cualquier momento y etapa del ciclo vital y sobre cualquier aspecto relacionado con la sexualidad.

2011. 2º Manifiesto de los Derechos de las Mujeres y Niñas con Discapacidad de la Unión Europea.

Concebido como una herramienta para activistas y responsables políticos, fue aprobado en Budapest los días 28 y 29 de Mayo de 2011 por la Asamblea General del Foro Europeo de la Discapacidad, a propuesta de su Comité de Mujeres. Se trata de una revisión efectuada a la luz de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de Naciones Unidas

Si bien no debiera ser necesario un reflejo específico de los derechos sexuales y reproductivos para las personas con discapacidad, su manifestación de forma explícita en estos documentos responde a la constatación de la discriminación a que se ven sometidas muchas mujeres y hombres con discapacidad, en este caso, y, cómo no, a la constatación de la vulneración de los derechos sexuales y reproductivos que experimentan estas personas en todo el mundo.

Anexo 2. Derechos sexuales y reproductivos. Declaración del 13° Congreso Mundial de Sexología

La sexualidad es una parte integral de la personalidad de todo ser humano. Su desarrollo pleno depende de la satisfacción de las necesidades humanas básicas como el deseo de contacto, intimidad, expresión emocional, placer, ternura y amor.

La sexualidad es construida a través de la interacción entre el individuo y las estructuras sociales. El desarrollo pleno de la sexualidad es esencial para el bienestar individual, interpersonal y social.

Los derechos sexuales son derechos humanos universales basados en la libertad inherente, dignidad e igualdad para todos los seres humanos. Dado que la salud es un derecho humano fundamental, la salud sexual debe ser un derecho humano básico. Para asegurarnos que los seres humanos desarrollen una sexualidad saludable, los derechos sexuales siguientes deben ser reconocidos, promovidos, respetados y defendidos por todas las sociedades de todas las maneras. La salud sexual es el resultado de un ambiente que reconoce, respeta y ejerce estos derechos sexuales:

1. **El Derecho a la Libertad Sexual:** La libertad sexual abarca la posibilidad de los individuos de expresar su potencial sexual. Sin embargo, esto excluye todas las formas de coerción sexual, explotación y abuso en cualquier tiempo y situaciones de la vida.
2. **El Derecho a la Autonomía Sexual, Integridad Sexual y Seguridad del Cuerpo Sexual:** Este Derecho implica la habilidad de tomar decisiones autónomas sobre la vida sexual de uno dentro del contexto de la propia ética personal y social. También incluye el control y el placer de nuestros cuerpos libres de tortura, mutilación y violencia de cualquier tipo.
3. **El Derecho a la Privacidad Sexual:** Que implica el derecho a tomar decisiones individuales y conductas sobre la intimidad siempre que ellas no interfieran en los derechos sexuales de otros.
4. **El Derecho a la Equidad Sexual:** Este derecho se refiere a la oposición a todas las formas de discriminación, independientemente del sexo, género, orientación sexual, edad, raza, clase social, religión o invalidez física o emocional.

5. **El Derecho al Placer Sexual:** El placer sexual incluyendo el autoerotismo, es una fuente de bienestar físico, psicológico, intelectual y espiritual.
6. **El Derecho a la Expresión Sexual Emocional:** La expresión sexual es más que el placer erótico en los actos sexuales. Cada individuo tiene derecho a expresar su sexualidad a través de la comunicación, el contacto, la expresión emocional y el amor.
7. **El Derecho a la Libre Asociación Sexual:** Significa la posibilidad de casarse o no, de divorciarse y de establecer otros tipos de asociaciones sexuales.
8. **El Derecho a Hacer Opciones Reproductivas, Libres y Responsables:** Esto abarca el Derecho para decidir sobre tener hijos o no, el número y el tiempo entre cada uno, y el derecho al acceso a los métodos de regulación de la fertilidad.
9. **El Derecho a Información Basada en el Conocimiento Científico:** La información sexual debe ser generada a través de un proceso científico y ético y difundido en formas apropiadas en todos los niveles sociales.
10. **El Derecho a la Educación Sexual Comprensiva:** Este es un proceso que dura toda la vida, desde el nacimiento, y debería involucrar a todas las instituciones sociales.
11. **El Derecho al Cuidado de la Salud Sexual:** El cuidado de la salud sexual debe estar disponible para la prevención y el tratamiento de todos los problemas, preocupaciones y desórdenes sexuales.

LOS DERECHOS SEXUALES SON DERECHOS HUMANOS FUNDAMENTALES Y UNIVERSALES

Declaración del 13º Congreso Mundial de Sexología, Valencia (España), revisada y aprobada por la Asamblea General de la Asociación Mundial de Sexología (WAS) el 26 de agosto de 1999, en el 14º Congreso Mundial de Sexología, Hong Kong, República popular China.

Anexo 3. Necesidades de investigación.

Los estudios en profundidad sobre salud sexual de las personas con discapacidad teniendo en cuenta dimensiones de género son aún escasos y los mismos están principalmente centrados sólo en algunas fases o aspectos de la sexualidad humana.

Así, el objeto de estudio principal ha sido el hombre heterosexual sano a partir del cual se han hecho generalizaciones a otra población, o estudios excepcionales de otros sujetos. Si en general hay menos estudios y menos conocimiento de la sexualidad femenina que de la masculina, hay también muchos menos en el campo de la discapacidad y dentro de él, entre las mujeres. De hecho, las primeras investigaciones sobre sexualidad en las personas con discapacidad fueron a resultas de las guerras mundiales, cuando soldados (hombres) que habían adquirido discapacidades volvían del frente y reclamaban una actividad sexual satisfactoria. Es por esto que el campo donde se ha producido un mayor bagaje de conocimiento y se han generado más respuestas es en el de hombres con lesiones medulares.

La mirada de género por tanto es aún deficitaria. En esta materia las personas con discapacidad se sitúan en primera línea para incidir en la necesidad de incorporar planteamientos de la teoría de la interseccionalidad también en el ámbito de la investigación y producción científica con objeto de mejorar su calidad de vida y romper con los mitos que giran en torno a ellas, tales como:

- Estudios fundamentados sobre los significados, valores, actitudes, necesidades y prácticas sexuales de las personas con discapacidad, atendiendo a la especificidad de las distintas discapacidades y con perspectiva transversal de género.
- Investigaciones, transversales y longitudinales, sobre la influencia de la discapacidad en las distintas fases de la respuesta sexual de las mujeres y de los hombres.
- Estudio y diseño de ayudas técnicas para mejorar, complementar y/o enriquecer el autoerotismo, las relaciones sexuales y la fertilidad de las mujeres y hombres con discapacidad contando con su punto de vista y aportaciones.
- Estudios sobre los conocimientos e ideas previas de las mujeres y hombres con discapacidad sobre la sexualidad y, concretamente, sobre los recursos en materia de salud sexual y reproductiva (con especial atención al conocimiento

y uso de métodos contraceptivos y de barrera así como de fármacos destinados a la mejora de la ejecución sexual) y su uso.

- Investigación con perspectiva de género sobre los efectos en la respuesta sexual de mujeres y hombres de fármacos habitualmente prescritos y consumidos para las distintas discapacidades que lo requieren.
- Investigación comparativa y con perspectiva de género de estos fármacos para optimizar sus efectos positivos reduciendo los secundarios o negativos, especialmente los que afectan a la respuesta sexual.

Anexo 4. Apoyos.

Algunas personas con discapacidad física requieren de un re-aprendizaje (puesto que el aprendizaje intencional o no, programado o no, se posee) del hecho sexual en un contexto individualizado, diseñado por entero para cada mujer u hombre en sus circunstancias y características únicas. Algunas estrategias que pueden desarrollarse son los grupos de ayuda mutua y los programas de rehabilitación o reeducación sexual que, por otra parte, se vienen desarrollando en algunos países como Israel, donde existen Centros de Rehabilitación Sexual en los que, además de profesionales, personas con discapacidad apoyan, enseñan y orientan a otras en relación con su sexualidad sirviendo como modelos.

Creación de Grupos de Autoayuda.

Algunas organizaciones de mujeres con discapacidad física¹³ están creando y desarrollando grupos de reflexión y discusión que abordan la sexualidad como un eje vital para el desarrollo completo de las mujeres con discapacidad, incluso también se están planteando la realización de estudios en profundidad que otorguen voz a las demandas, experiencias, ideas y reflexiones de las personas con discapacidad física. En esta línea se conocen muchas experiencias realmente enriquecedoras y productivas de grupos de ayuda mutua en el ámbito de las personas con discapacidad. La posibilidad de contar con experiencias y procesos similares y de

13

LUNA

intercambiar saberes entre iguales facilita el fortalecimiento de la identidad, de la autoestima y la generación de respuestas y recursos positivos, además de la consolidación de redes de apoyo social.

Programas de rehabilitación y reeducación sexual

Se hace necesaria la especialización de las y los profesionales de la salud y la sexología para dar respuesta a la diversidad de las mujeres y hombres (infancia, adolescencia y juventud) con discapacidades físicas u otras discapacidades. En este sentido habría que partir del reconocimiento de la enorme diversidad que ofrecen, si bien es posible hacer algunas matizaciones (no excluyentes) y su posible relación con el goce de la salud sexual y reproductiva¹⁴, tales como:

- El momento de aparición de la discapacidad. Probablemente va a incidir en unas pautas educativas y unas relaciones sociales diferentes. El presupuesto de asexuación se daría principalmente entre las mujeres con discapacidades congénitas. En los casos de discapacidades adquiridas la dificultad estará más relacionada con el proceso de adaptación o ajuste biopsicosocial a la nueva situación.
- Discapacidad con carácter progresivo o estable. El carácter evolutivo de la discapacidad conlleva toda una serie de adaptaciones en todos los sentidos, también la salud sexual ha de promoverse de modos diferentes y adaptados a esta circunstancia.
- Distintos grados de discapacidad. Las personas gravemente afectadas requerirán de determinadas ayudas personales y técnicas, como puede ser incluso la o el asistente personal, específicas y adaptadas a cada caso, así como de la intimidad y libertad necesaria para poder establecer encuentros eróticos (en solitario o en compañía).
- Discapacidad visible o no visible. La visibilidad o no de la discapacidad va a ser una variable clave de cara al posicionamiento de la sociedad ante estas personas, especialmente en lo que concierne a su sexualidad. Ello puede repercutir en muchos aspectos de la salud sexual. Cobra especial relevancia la

¹⁴ *Estos aspectos habrán también de contemplarse en cualquier programa educativo y actuación destinada a incrementar la calidad de la salud sexual de las personas con discapacidad.*

actitud y valoración hacia el propio cuerpo, tanto a nivel estético como funcional.

De cualquier forma siempre habrá de realizarse un ajuste en términos de autoestima sexual, que incluye el aprendizaje de nuevas estrategias y el uso de ciertos apoyos técnicos para la búsqueda del placer, pero siempre acompañado de un reajuste cognitivo y emocional a la propia sexualidad y a la situación sexual y, muy especialmente, a la propia imagen y el propio cuerpo. Para ello existen ejercicios y técnicas en el marco de la terapia sexual, mediante la cual se pueden trabajar y reeducar distintos aspectos.

Asistencia Sexual

En otros países europeos se han puesto en marcha estas prácticas en relación con la sexualidad de las personas con discapacidad física. En nuestro contexto cercano sería ocultar la realidad si no se reconoce que muchas personas voluntarias asisten a otras con discapacidad para que mantengan relaciones sexuales. Por ello hay que tener en cuenta estas medidas por novedosas y por el reconocimiento del derecho de acceso a las relaciones sexuales, siendo conscientes también de que son motivo de un intenso debate.

Anexo 5. Necesidades específicas de las personas en mayor situación de dependencia.

El documental *Almas con Sexo*, dirigido por Pilar González Rams y el largometraje francés basado en hechos reales, *Nacional 7*, de Jean-Pierre Sinapi, son otra muestra de todo lo que tienen que decir y ofrecer las personas con discapacidad con mayores necesidades de apoyo. Con *Nacional 7* es posible asistir a un proceso de democratización de la convivencia en un centro residencial y a la progresiva disolución de las barreras y desigualdades jerárquicas establecidas entre residentes y personal empleado, católicas/os y musulmanes, heterosexuales y homosexuales, etc. a partir del reconocimiento del hecho sexual y el disfrute de derechos sexuales de las personas que allí residen. Un proceso que tiene que ver con la identidad individual y dignidad humana como valor universal. En lugar opuesto, *Almas con sexo* enfrenta las dificultades, estrategias y recursos de mujeres y hombres con discapacidad que viven en España para desarrollar una plena identidad sexual y autofirmarse como sujetos sexuados en los distintos contextos en que se desenvuelven, mostrando las desigualdades generadas en función del poder adquisitivo, unidad de convivencia, género y lugar de residencia.

Instituciones residenciales

Para una real promoción de los derechos sexuales sería recomendable apuestas novedosas y progresistas en el ámbito de la gestión de servicios sociales, especialmente de instituciones residenciales para personas con discapacidad que fomenten una convivencia democrática y respetuosa con el fenómeno sexual, que experimenten otras formas de organización de los tiempos, espacios y recursos para garantizar el disfrute de relaciones sexuales y el auto-erotismo, así como incorpore programas de educación sexual especializados y adecuados a la población a la que se dirigen.

La Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia dispone entre sus prestaciones servicios de carácter personal y sanitario.

Artículo 25. Servicio de Atención residencial.

1. El servicio de atención residencial ofrece, desde un enfoque biopsicosocial, servicios continuados de carácter personal y sanitario.
2. Este servicio se prestará en los centros residenciales habilitados al efecto según el tipo de dependencia, grado de la misma e intensidad de cuidados que precise la persona.
3. La prestación de este servicio puede tener carácter permanente, cuando el centro residencial se convierta en la residencia habitual de la persona, o temporal cuando se atiendan estancias temporales de convalecencia o durante vacaciones, fines de semana y enfermedades o periodos de descanso de los cuidadores no profesionales.
4. El servicio de atención residencial será prestado por las Administraciones Públicas en centros propios y concertados.

Un catálogo de servicios acorde a lo establecido en el artículo 25 de la ley ha de incluir la atención continuada al desarrollo y promoción de todos los aspectos de la persona, incluyendo por ello su sexualidad.

12. Resumen de indicadores

La sexualidad como una acción transversal		
Indicador	Estándar	Valor actual
1. % de personas usuarias informadas en la fase de acogida sobre las características y normas del centro en materia de relaciones interpersonales.	100%	
2. Nº de programas de educación sexual puestos en marcha anualmente	>=1	
3. Se dispone de un espacio de sugerencias, dudas y peticiones anónimas relacionadas con la sexualidad	sí	
4. % de quejas y/o sugerencias relacionadas con la sexualidad recibidas en el centro por personas usuarias respecto al total de quejas y/o sugerencias recibidas	<10%	
5. % de quejas y/o sugerencias respondidas respecto del total de quejas recibidas relacionadas con la sexualidad	100%	
6. % de quejas y/o sugerencias resueltas respecto del total de quejas recibidas relacionadas con la sexualidad	<60%	
7. Grado de satisfacción de la persona con la resolución de la queja o sugerencia relacionada con la sexualidad	<70%	
8. Tiempo medio empleado en la respuesta a la queja o sugerencia	<10 días	
9. Existencia de espacios habilitados en el centro para que las personas usuarias puedan desarrollar sus relaciones interpersonales e íntimas.	sí	

10. % de personas usuarias a las que se ha dispuesto los apoyos requeridos y necesarios para mantener relaciones interpersonales.	100%	
11. % de personas usuarias que han visitado al especialista al menos una vez en los últimos 12 meses	100%	
12. Nº de programas de educación sexual dirigidos a residentes, personal de atención y personal de administración	≥ 1 por cada grupo	
13. Nº de programas de educación sexual adecuados y adaptados a los distintos tipos de discapacidad destinados a residentes	≥ 1	
14. Nº de programas de educación sexual adecuados y adaptados a los distintos tipos de discapacidad destinados al personal de atención directa	≥ 1	
15. Nº de programas de educación sexual adecuados y adaptados a los distintos tipos de discapacidad destinados a personal de administración del centro.	≥ 1	
16. % de profesionales que han recibido formación e información específica, acceso a material, asesoramiento legal y pautas de intervención escritas.	100%	

Programa de formación		
Indicador	Estándar	Valor actual
1. Número de acciones formativas sobre sexualidad programadas para personas con discapacidad usuarias del centro	≥ 1	
2. Número de acciones formativas sobre sexualidad programadas para personal de atención directa del centro	≥ 1	

3. % de acciones formativas sobre sexualidad ejecutadas respecto de las programadas	100%	
4. % de personas usuarias que han recibido formación sobre sexualidad	$\geq 80\%$	
5. % de profesionales de atención directa que han recibido formación sobre sexualidad	100%	

Las revisiones ginecológicas-urológicas		
Indicador	Estándar	Valor actual
1. % de personas usuarias que firman el consentimiento informado para su inclusión en los programas de prevención sobre sexualidad	$> 80\%$	
2. % de personas incluidas en los programas de prevención que cumplen con todos los objetivos del mismo	100%	
3. Grado de satisfacción de usuarios/as incluidos en programas	$> 70\%$	

Las relaciones interpersonales en el centro.		
Indicador	Estándar	Valor actual
1. N° de espacios habilitados en el centro para que las personas usuarias puedan desarrollar sus relaciones interpersonales e íntimas.	≥ 1	
2. % de personas que han visto cubiertas sus necesidades personales y materiales tras solicitarlo con antelación en relación con el	$> 95\%$	

total de personas que lo han solicitado		
3. % de embarazos no deseados que se dan en el período de un año	0%	
4. % de usuarias embarazadas (embarazo deseado o no) que han sido orientadas a los recursos adecuados a su situación	100%	

Prevención de abusos		
Indicador	Estándar	Valor actual
1. Protocolo de detección de situaciones de abuso o violencia hacia las personas usuarias del centro elaborado y difundido entre el personal del centro	sí	
2. % de profesionales que conocen y manejan el protocolo de detección de situaciones de abuso o violencia hacia las personas usuarias del centro	100%	
3. N° de veces que se ha puesto en marcha el protocolo de detección y actuación ante abusos en el año		
4. % de casos ocurridos y no detectados de forma previa por el personal del centro en el período de un año	0%	
5. % de usuarios/as víctimas de abuso a los que se han aplicado programas de abordaje afectivo-emocional puestos por parte del personal cualificado	100%	

12. Glosario.

- **Bisexualismo:** orientación sexual, romántica y afectiva que se dirige hacia personas del sexo opuesto y/o mismo sexo de la persona. La identidad bisexual engloba la posibilidad, y no solo el hecho, de este comportamiento sexual con más de un sexo o género
- **Diversidad:** el concepto de diversidad engloba e incluye en su definición todas las formas de expresión humana. El concepto es utilizado en distintos ámbitos, desde la biodiversidad (variedad de seres vivos) a la diversidad étnica y sexual, donde en esta última se incluyen todas las formas de sexualidad y el erotismo humano
- **Género:** conjunto de valores, caracteres, creencias y actitudes que se adjudican o asocian a mujeres y hombres en relación a lo femenino y lo masculino. El género es la construcción cultural del sexo, son construcciones humanas, y por lo tanto, son mutables.
- **Heterosexismo:** creencia que la relación heterosexual es “lo natural” y por lo tanto hay que establecer normas, valores y estructuras éticas y estéticas que encaucen a las personas desde la infancia hacia la heterosexualidad. Paradójicamente “lo natural” no tendría por qué ser educado/a, y si lo requiere, deja de ser “natural”.
- **Heterosexualidad:** orientación sexual, romántica y afectiva que se dirige hacia personas del sexo contrario.
- **Homosexualidad:** orientación sexual, romántica y afectiva que se dirige hacia personas del mismo sexo de la persona. La identidad de género de un homosexual permanece acorde con su anatomía sexual.
- **Identidad de género:** autodefinición con respecto al conjunto de valores que se consideran propios de la femineidad y de la masculinidad (género), que puede o no corresponder con el sexo biológico y la orientación sexual.
- **Masturbación:** Es la excitación o estimulación específica de los órganos genitales con el objeto de obtener placer sexual, pudiendo llegar o no al orgasmo. Puede realizarse en solitario o a través de las relaciones sexuales, mediante la

manipulación instrumental, caricias corporales, fantasías sexuales o por la combinación de ellas.

- **Menopausia:** Suspensión de la menstruación. Usualmente se presenta en las mujeres entre los 45 y los 50 años. Es también un periodo de la vida de la mujer en el que cesa la actividad cíclica del ovario.
- **Menstruación:** Se refiere a la descamación cíclica del endometrio (revestimiento del útero) acompañada de hemorragias que se produce en la mujer que no está embarazada. Los periodos menstruales suelen comenzar en la pubertad y continúan hasta la menopausia, identificando los años fértiles de la vida de la mujer.
- **Orientación sexual:** gusto personal, sexual y romántico por un determinado sexo. Las orientaciones sexuales pueden ir de la heterosexualidad a la homosexualidad, pasando por un abanico de variantes donde en el punto medio se encuentra la bisexualidad.
- **Sexualidad:** se refiere a la actitud psicológica frente al sexo e implica la expresión de sentimientos. De este modo engloba sexo (biológico), sensualidad, erotismo, amor, entre otros conceptos.

13. Bibliografía.

Altable, R. (2005). Penélope o las trampas del amor: Ed. Nau libres.

Altable Vicario, R. (2006). El cuerpo, las emociones, la sexualidad. En: Rodríguez Martínez, C. (Comp) (2006). Género y currículo. Aportaciones del género al estudio y la práctica del currículo. Madrid: AKAL. S.A.

Arnau Ripollés, M. S. (2004). Sexualidad(es) y disCapacidad(es): La igualdad diferente: Foro de Vida Independiente, GIAT Discapacidad-Fundación Isonomía Igualdad Oportunidades.
<http://isonomia.uji.es/docs/spanish/investigacion/ciclo/syd.pdf>

Campo, M. y Sánchez Ramos, A. (2003). La mujer con lesión medular: Sexualidad y maternidad. Revista Terapia Sexual y de pareja, Vol 16,
<http://www.fejidif.org/fejidif/mujer/conclusiones/MUJERCONLESIONMEDULAR.pdf>

Cardenal, F. (2002). Discapacidad, sexualidad y familia. Boletín del Real Patronato sobre Discapacidad, abril-agosto, 51-52. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

Ciclo de Conferencias "Discapacidad e igualdad de oportunidades" del GIAT sobre Discapacidad de la fundación Isonomía para la Igualdad de Oportunidades (Universidad Jaume I de Castellón).

Cruz Pérez, M. P. (2004). Mujeres con discapacidad y su derecho a la sexualidad. Política y cultura (México), núm. 22 (otoño): 147-160.
<http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=26702208>

Fernández Herrera, D. y Padrón Morales, M. M. Orientación e intervención en situaciones especiales. Instituto Sexología de Málaga
www.institutodesexologia.org/PONENCIA_CRONICAS_DISCAPACIDAD.doc (Accedido en enero de 2011).

Foro Europeo de la Discapacidad (1997): Manifiesto de las Mujeres con Discapacidad de Europa. Bruselas: Foro Europeo de la Discapacidad (FED).

García Carenas, L., Alcedo Rodríguez, M. A., Aguado Díaz, A. L. (2008). La sexualidad de las personas con lesión medular: aspectos psicológicos y sociales. Una revisión actualizada. *Intervención Psicosocial* v.17 n.2.

http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-05592008000200003&script=sci_arttext&tlng=en

García Ruiz, M. Educación sexual y discapacidad. Material didáctico. COCEMFE Asturias.
<http://www.asturias.es/Asturias/descargas/PDF%20DE%20TEMAS/Asuntos%20Sociales/guia%20de%20educacion%20sexual%20y%20discapacidad.pdf>

Knight Rodríguez, M. y Castellanos Fuentes, L. (2006). Aplicación de un programa de educación sexual a pacientes con lesión medular. *Revista Digital*. Buenos Aires, Año 11. N° 99.
<http://www.efdeportes.com/efd99/sexual.htm>

López, F. (2002). *Sexo y afecto en personas con discapacidad*. Madrid: Ed. Biblioteca Nueva.

Malón Marco, A. (2009). *Sexualidad. Planteamientos y claves para la intervención profesional en el ámbito de la discapacidad*. Cadis Huesca.

Martín, P. Ser padres, un derecho también para los discapacitados. *Revista Accesible*, numero 26. http://www.minusval2000.com/relaciones/ArchivosRelaciones/ser_padres.html

Martínez Sola, F. (2003). *La erótica del Encuentro*. Jornadas Discapacidad y Vida Sexual. Ed. COCEMFE-Asturias.

http://www.infodisclm.com/documentos/salud/erotica_encuentro.pdf

Mazarrasa, L. y Gil, S. . Programa de Formación de Formadoras/es en perspectiva de género y salud. Módulo 12. Salud Sexual y reproductiva.

Mogollón Lopezosa, P. y Ayala Ferrada, O. (2004). *La salud en las mujeres con discapacidad*. Salud XVII. Instituto de la Mujer.

Mogollón, M. E. Cuerpos diferentes. Sexualidad y reproducción en mujeres con discapacidad. www.ciudadaniasesexual.org/.../M3%20M.%20Mogollón%20Cuerpos%20diferentes-Ordenado.pdf

Mujer y discapacidad. Buenas Prácticas. Colección Documentos, Serie Experiencias Innovadoras. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2000.

Mujeres con discapacidad y violencia sexual: guía para profesionales. Consejería para la Igualdad y Bienestar Social. Junta de Andalucía. 2008.

Nordqvist, I. (1992). Sexualidad y discapacidad. Un tema que nos concierne a todos. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales.

Pérez Mañogil, F. J. La violencia del silencio. Sexualidad+espasticidad+incomunicación. Relato autobiográfico.

<http://www.tricotilomania.org/paneldecontrol/noticias/archivos/LA%20VIOLENCIA%20DE%20SILENCIO.pdf> (Accedido en enero de 2011).

Rosado García, I. M. (2005). ¿Quién discapacita a la sexualidad? Ciclo de Conferencias "Discapacidad e igualdad de oportunidades" del GIAT.

http://isonomia.uji.es/docs/spanish/investigacion/ciclo/conf_discapacidad.pdf (Accedido en enero de 2011).

Sánchez Ramos, A. y de Pinto Benito, A. (2000). Lesión medular. Sexualidad y fertilidad. Unidad de rehabilitación sexual y reproducción asistida del Hospital Nacional de Paraplégicos de Toledo. EGRAF.

[http://www.aselme.com/aselme/aselme.nsf/63bc81c7570122b9c12570b60042c6da/bdf05f5703e7b593c1257102005383d5/\\$FILE/SexualidadyleSIONmedular-Libro.pdf](http://www.aselme.com/aselme/aselme.nsf/63bc81c7570122b9c12570b60042c6da/bdf05f5703e7b593c1257102005383d5/$FILE/SexualidadyleSIONmedular-Libro.pdf)

Sanz, F. (2007). Psicoerotismo femenino y masculino. Kairós.

Sexo y espina bífida. Basado en un texto de Bill Stewart. Asociación de espina bífida e hidrocefalia. 1985

Solaz Alepuz, A. (2007). Sexualidad y maternidad en la mujer con lesión medular. V Jornadas Mujer y Discapacidad. Toledo, 23-26 octubre. Sin publicar.

Soulier, B. (1995). Los discapacitados y la sexualidad. Colección Resortes, Barcelona: Edit. Herder.

Soto de Lanuza, J. L. (1987). Sexualidad y minusválidos. Dos realidades frente a frente. Madrid: Edit. Popular.

Torices Rodarte, I. y Ávila García, G. (2007). Orientación sexual para personas con discapacidad: aspectos generales y específicos. Ed. Mad.

Vázquez Riveiro. Hospital Asepeyo de Coslada. Vejiga Neurógena. Sexualidad.
<http://www.lesionadomedular.com/archivos/almacen/sexualidad%20y%20vejiga%20neurogena.pdf> (Accedido en enero de 2011).

Vélez Laguado, P. (2006). La sexualidad en la discapacidad funcional. Revista Ciencia y Cuidado. Universidad Francisco de Paula Santander. Vol . 3. 2006, pp. 156-162.
http://dialnet.unirioja.es/servlet/listaarticulos?tipo_busqueda=VOLUMEN&revista_busqueda=11555&clave_busqueda=3

Corto documental: Lo que tus ojos no ven, de Mati Morata

Vídeo documental Tesis Mujeres y Discapacidad:

<http://juntadeandalucia.es/organismos/igualdadybienestarsocial/areas/discapacidad/planes/paginas/plan-discapacidad-mujeres.html>