

ANUARIO DE SEXOLOGÍA



No. 15, 2025



ANUARIO DE SEXOLOGÍA N.º. 15, 2025

A.E.P.S

(Asociación Estatal de Profesionales de la Sexología)

C/ Martín Santos Romero, 1 47016, Valladolid

Teléfonos: 983 390 892 / 645 697 363

<http://www.aeps.es>

EDICIÓN: Inma Ruiz de Lezana, Susana Maroto, Félix Gutiérrez y Bruno Martínez.

DISEÑO GRÁFICO: Karina Maldonado / d.karinamaldonado@gmail.com

IMPRIME: Printcolor

ISSN: 1137-0963

D.L.VA 36-2024

·Normas de publicación en www.aeps.es

ANUARIO DE SEXOLOGÍA



No. 15, 2025



AVISOS Y CORRECCIONES

Desde la editorial del anuario N° 14 publicado por la AEPS en 2023, queremos hacer saber que posterior a su publicación hemos tenido constancia de un error que se refiere a las citas y que aparece en el texto sin mención al autor. Se trata del artículo titulado “*Consintiendo el deseo. De cómo poner las condiciones para que emerjan las ganas*”, firmado por Maite Higuero Barandalla. Después de constatar con la autora, que ha solicitado disculpas a los lectores/as, pasamos a detallar el texto y la manera en que debería haberse publicado:

APTITUDES POSIBLES A SER IMPLEMENTADAS EN EL ENCUENTRO

“Si con el cuerpo disfrutamos, con el cuerpo sentimos, con el cuerpo expresamos, con el cuerpo hablamos, dejad que el cuerpo hable. Y la forma más hermosa y posibilista a la vez, sería dejar que el cuerpo hable en todas sus manifestaciones, particularidades y contradicciones”.

“Estamos hablando de placer, de la capacidad que uno tiene de sentirse a gusto, agradable y armónico consigo mismo. Cómo bien señalaba Amezua: “Busca lo que te guste y hazlo”.

En esa búsqueda de placer habría que resaltar, en primer lugar, que todo el cuerpo es igual. Estamos cargados de prohibiciones, tenemos partes prohibidas en nuestro cuerpo, hay unas partes que consideramos bonitas, otras feas. Nosotros somos lo parcial, lo dividido, como si hubiera zonas altas, zonas medias, regulares, zonas malas y zonas prohibidas. Sólo tenemos una zona que es mi cuerpo”.

“No hay nada prohibido entre dos personas que quieran compartir. Sobre todo, cuando lo que hay que compartir es ternura, es comunicación, es diálogo, es empatía, es encuentro, es ganas de sentirse placentero. Ser importante para algo y para alguien. Eso sería la ternura, la capacidad que uno tiene de ser placentero a través del otro porque el otro es importante para ti”.

Este texto está basado en la charla impartida por Carlos Menendez “Deficientes mentales y sexualidad” en el edificio de “La Bolsa” (Bilbao) en Diciembre de 1990, y posteriormente recogida en el Boletín de Información Sustráia n° 5 (pag. 7-16) Abril de 2002. Edita: Asociación Sexológica SUSTRAIA. Asociación para el fomento de la educación, terapia e investigación sexológica.

EDITORIAL

Este anuario es el decimoquinto que se publica en la AEPS y ha supuesto un nuevo reto y una nueva ilusión. Antes de finalizar la edición del anterior y de cara a darle una continuidad a los anuarios, me planteé la posibilidad de enredar a nuestra entidad en este viaje. Las razones son sencillas, tenemos compañeros y compañeras con una larga experiencia en el acompañamiento, terapia, educación, investigación, teorización...en torno a la discapacidad, diversidad funcional... (así llamada y sin desechar otros términos que satisfagan en mayor medida) y a la sexualidad, y nos faltaba dedicarle un monográfico de textos en que publicar y compartir este conocimiento.

Desde los comienzos de la AEPS ha habido espacios de dedicación a este tema en diversas ocasiones. En Valladolid, octubre 2009, el *VIII Congreso Estatal de Profesionales de la Sexología. "Otros horizontes, nuevas realidades"*, dio cita a profesionales de la AEPS que disertaron, debatieron y experimentaron de manera vivencial poniendo el cuerpo en el centro, a lo largo de 4 días. Así también importantes colaboraciones con otras entidades que han tenido a bien hacer un enfoque desde la sexología sustantiva, han contado con nuestros profesionales, un ejemplo son las jornadas celebradas en Avilés en 2002 en el año europeo de las personas con discapacidad "*Jornadas Discapacidad y Vida sexual: la erótica del encuentro*" en colaboración con COCENFE, Asturias. A partir de ellas se editó una publicación con el mismo título que contenía artículos firmados por profesionales de la sexología que participaron con sus ponencias. Resaltar también que en 2006 en Valladolid y en colaboración con la entidad INTRAS, la AEPS colaboró en la organización de otro encuentro junto con expertos de varios países europeos en el marco del proyecto europeo SWOD con el título "*Sexualidad y mujeres con discapacidad*".

No quiero dejar pasar las próximas jornadas que tenemos en marcha para noviembre del 2025 en Santiago de Compostela "*Los renglones torcidos de Eros*" y que se encuadran en la perspectiva de la plena integración, al considerar al hombre y a la mujer desde su ser sexuado y, por tanto, desde sus posibilidades y capacidades de encuentro. Será precisamente en ese marco donde estaremos presentando este nuevo anuario nº15.

Poner de relieve que nuestras jornadas han tenido la mirada puesta en este tema de una manera general o específica a lo largo de nuestro histórico, por una razón muy evidente, la sexología habla de diversidad, de relaciones, de encuentro, siempre con un enfoque integrador que ponga en el centro que somos sexuados y que como tales interactuamos sean cuales fueran nuestras posibilidades, cada cual con su biografía; este encuadre epistémico establece el marco comprensivo de todas las sexualidades.

Junto a estas experiencias hay que sumar el trabajo que durante años vienen realizando socios y socias de nuestra entidad en esta área obteniendo resultados muy significativos, por lo que actualmente disponemos de un conocimiento que bien merece el reconocimiento y la difusión. Nuestro talante como entidad siempre ha sido compartir conocimiento para mejorar la vida de hombres y mujeres.

Dentro de este contexto, Inma Ruiz de Lezana, como especialista en la materia y yo, como responsable de publicaciones, nos planteamos crear un monográfico que recogiera textos con varias colaboraciones y en el que se incluyeran experiencias

llevadas a cabo que puedan servir de interés como hechos prácticos. Contamos con profesionales que trabajan con empeño y devoción con mujeres y hombres diversos que por circunstancias sociales se ven marginadas/os a la hora de poder atender sus sexualidades.

Reconocemos que la sexología tiene todo que aportar desde su conocimiento y su *praxis* a la mejora de la calidad de vida de quienes se encuentran en estas situaciones de vulnerabilidad y marginalidad. De hecho, queremos poner en valor lo que ya se está mejorando y de ahí este ánimo de compartir.

El índice de este monográfico está constituido por aportaciones de varios profesionales de la sexología que nos comparten sus textos como fruto de este conocimiento. Es por ello que se trata de recoger frutos más que de sembrarlos y de afrontar con orgullo los logros, eso sí, los logros suelen tener tras de sí trabajo, intentos fallidos, fracasos... que también nos interesan.

Hemos querido elaborar un monográfico honesto, que sea de utilidad para quienes empiezan y nutritivo para quienes se acercan al tema. Pero también hay un propósito de romper mitos y abrir caminos facilitadores frente a un tema de trabajo que despierta emociones varias y que suele verse de difícil acceso. Pretendemos que nuestros colegas nos contagien de su disfrute en el viaje por las dificultades y por los logros.

Así a través de su difusión queremos facilitar además herramientas, literatura sobre el tema y contactos de entidades que vienen trabajando en profundidad desde hace tiempo. A su vez, queremos poner en valor este trabajo con el reconocimiento desde la AEPS de esta aportación de nuestros socios y socias.

Gracias por vuestra generosidad
Susana Maroto
Presidenta de la AEPS

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN

INMA RUIZ DE LEZANA MARAÑÓN.....9

SEXOLOGÍA Y DISCAPACIDAD. UN ENCUENTRO ENCARNADO

INMA RUIZ DE LEZANA MARAÑÓN..... 13

SEXUALIDADES DIVERSAS EN LA DISCAPACIDAD INTELECTUAL. LA DIVERSIDAD EN LA DIVERSIDAD.

JAVIER BENGOA LARRAÑAGA..... 29

“EL GOZO FUERA DEL POZO”

DÉBORA BAZ RODRÍGUEZ..... 41

NEURODIVERGENCIA Y SEXUALIDAD. AVANCES Y RETOS

JAIONE VALDÉS ITUARTE..... 55

REHABILITACIÓN SEXUAL EN LA LESIÓN MEDULAR: UNA MIRADA SEXOLÓGICA A SUS DESAFÍOS Y POSIBILIDADES.

MARÍA EUGENIA CABEZAS CARRERAS..... 63

FACTORES DE VULNERABILIDAD EN LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL EN LA VIVENCIA DE LA SEXUALIDAD.

RAÚL GONZÁLEZ CASTELLANOS..... 83

SEXUALIDADES Y SALUD MENTAL INTRÍNSECAMENTE UNIDAS. EXPERIENCIA PRÁCTICA.

LOURDES PÉREZ JIMÉNEZ..... 99

SEXUACIÓN MECÁNICA: CARNE, TÉCNICA Y BIOGRAFÍA

BRUNO MARTÍNEZ SANTIAGO..... 117

UNA MIRADA SEXOLÓGICA AL ASUNTO DE LA ASISTENCIA SEXUAL

INMA RUIZ DE LEZANA MARAÑÓN..... 129



INTRODUCCIÓN

INMA RUIZ DE LEZANA MARAÑÓN

Este anuario se adentra en el territorio fascinante y profundamente humano que emerge de la mirada sexológica al asunto de la discapacidad. Más que un simple compendio académico, este volumen constituye una invitación transformadora a sumergirnos con sensibilidad, empatía y rigor científico en las múltiples dimensiones de la experiencia sexual humana en toda su diversidad. La sexual, como expresión fundamental de lo humano, trasciende las barreras y limitaciones que a menudo imponemos desde perspectivas reduccionistas. En el encuentro entre lo sexual y el asunto de la discapacidad se revelan una riqueza de experiencias, desafíos y posibilidades que ayudan a la comprensión de la diversificación de la diversidad y a una atención profesional más comprometida.

Queríamos que este anuario recogiese el poder de la experiencia directa. Los relatos contenidos son el fruto de invitar a quienes viven y respiran su profesión a compartir vivencias clave. Hemos querido construir cuidadosamente un itinerario de descubrimiento a través de los textos, que esperemos sea además transformador. En él convergen voces experimentadas de nuestro marco sexológico, cuya contribución nacida de la práctica cotidiana, representa un testimonio de la extraordinaria capacidad de adaptación y resistencia de las mujeres y hombres que los protagonizan. Somos conscientes de que es precisamente en esa autenticidad donde reside el valor de este proyecto. La experiencia real habla por sí misma, ofreciendo perspectivas genuinas y conocimientos prácticos que pueden resultar inspiradores de una forma única.

Nuestra travesía comienza con el artículo *“Sexología y discapacidad. Un encuentro encarnado”* que yo misma escribo, invitando a reflexionar sobre las aportaciones mutuas que se tejen entre ambos campos, proponiendo la alosexualización como un concepto que permite a las personas en situación de discapacidad o dependencia alcanzar el reconocimiento y la validación social plena de su identidad sexuada. Este artículo establece los cimientos teóricos y metodológicos que iluminarán todo nuestro recorrido.

Javier Bengoa Larrañaga nos conduce después a través de las *“Sexualidades diversas en la discapacidad intelectual”*, compartiendo la experiencia transformadora del programa *“Sexubide”* de Gorabide. Su trabajo constituye un ejemplo de cómo es posible superar mitos arraigados y prejuicios limitantes para facilitar el desarrollo pleno y satisfactorio de la sexualidad en personas con discapacidad intelectual, siempre desde el respeto absoluto a sus proyectos de vida y bajo el marco conceptual de la Sexología Sustantiva.

El siguiente paso nos lleva a *“El gozo fuera del pozo”*, un artículo donde Débora Baz Rodríguez presenta un enfoque innovador de intervención sexológica con personas con grandes afectaciones cognitivas. Este trabajo es una profunda exploración sobre cómo reconocer al sujeto sexuado desde su propio sistema de valores, logrando conciliar los valores sexuales del entorno familiar con los del individuo, incluso cuando el diálogo convencional no es posible. Es una reflexión esencial sobre cómo la mirada sexológica se convierte en un espacio de auto-reconocimiento, abordando los retos de la comunicación no verbal con una sensibilidad única.

Jaione Valdés Ituarte nos guía hacia el fascinante territorio de la *“Neurodivergencia y sexualidad: avances y retos”*, analizando con precisión cómo las particularidades en el funcionamiento neurológico configuran experiencias sexuales únicas. Su artículo subraya la urgente necesidad de desarrollar estrategias educativas inclusivas y adaptadas, orientadas hacia el bienestar integral, la construcción de una autoestima sólida y el ejercicio pleno de los derechos sexuales.

El trabajo de Raúl González Castellanos sobre *“Factores de vulnerabilidad en las personas con discapacidad intelectual en la vivencia de la sexualidad”* constituye un análisis imprescindible de los elementos contextuales e intrínsecos que incrementan la exposición al abuso sexual. Su contribución va más allá del diagnóstico para proponer estrategias concretas de intervención, desmantelamiento de mitos y construcción de redes de apoyo efectivas.

El recorrido continúa con *“Rehabilitación sexual en la Lesión Medular: una mirada sexológica a sus desafíos y posibilidades”* de M^a Eugenia Cabezas Carreras. Este artículo describe con detalle una experiencia encarnada sobre cómo una lesión medular afecta la sexualidad a nivel físico, psicológico y sexológico, incluyendo el impacto en la funcionalidad, el placer, la autopercepción y la imagen corporal. La segunda parte plantea el proceso ideal de rehabilitación sexual para la recuperación y vivencia plena de la dimensión sexual y erótica.

Luego, nos sumergimos en *“Sexualidades y salud mental intrínsecamente unidas. Experiencia práctica”* de Lourdes Pérez Jiménez, quien explora la relación bidireccional entre la salud mental y la sexualidad, destacando cómo los diagnósticos psiquiátricos pueden estigmatizar y restringir la vivencia sexual. Presenta una experiencia práctica de colaboración entre EMAIZE Centro Sexológico y ASASAM, mostrando resultados significativos en la autoestima, comunicación y reducción del estigma.

Casi al final de nuestro viaje, Bruno Martínez Santiago, en su artículo *“Sexuación Mecánica: Carne, Técnica y Biografía”*, desarrolla una fenomenología de la prótesis y las ayudas mecánicas. Explora cómo la tecnología puede ser un factor de apertura erótica y sexuante, apoyándose en autores como Merleau-Ponty y Simondon. Su fenomenología de las ayudas técnicas las reposiciona no como meros instrumentos, sino como elementos activos en la construcción de la biografía sexuada, abriendo nuevas posibilidades eróticas y de significación personal.

Y cerramos nuestro recorrido con *“Una mirada sexológica al asunto de la asistencia sexual”* de mi autoría, abordando uno de los debates más complejos y actuales de nuestro campo, la asistencia sexual. Un tema que lidera importantes debates éticos, sociales y legales por la recurrente comparación con la prostitución, y que se sitúa en la intersección de los derechos sexuales, la autonomía, la ética y las políticas sociales, subrayando la necesidad de un marco para el acompañamiento corporalizado enfocado en la autonomía de quienes requieren este apoyo.

Este anuario no aspira únicamente a informar o actualizar conocimientos; su propósito es fundamentalmente transformador. Cada texto constituye una invitación a reexaminar nuestras concepciones, a ampliar nuestras perspectivas y a comprometernos con una práctica profesional más inclusiva, comprensiva y humanizada. En un mundo que a menudo excluye y silencia las experiencias sexuales de quienes se encuentran en

situación de discapacidad o dependencia, estos trabajos representan actos de resistencia académica y profesional, testimonios de la capacidad humana de encontrar placer y significado más allá de cualquier limitación aparente.

Esperamos que este viaje sea una fuente de inspiración y transformación profesional y personal.

Inma Ruiz de Lezana Marañón.

Teoría de conjuntos

Cada cuerpo tiene
su armonía y
su desarmonía.

En algunos casos
la suma de armonías
puede ser casi
empalagosa.

En otros
el conjunto
de desarmonías
produce algo mejor
que la belleza.

Mario Benedetti, 1988.



SEXOLOGÍA Y DISCAPACIDAD. UN ENCUENTRO ENCARNADO.

INMA RUIZ DE LEZANA MARAÑÓN

RESUMEN

Siendo nuestra común cualidad sexual un hecho que nos diferencia, vincula y referencia frente a los demás sujetos, resulta curioso apreciar cómo se “desajusta” como cualidad en situaciones de dependencia o discapacidad. Este artículo se plantea desgranar la importancia de la *alosexualización* o “*la mirada de los demás que sexualiza*”, como un factor inclusivo en una categoría sustancial, la de hombre o mujer; y sobre lo significativo que puede resultar este hecho para quienes, encontrándose en las supuestas lindes, necesitan transitar hacia territorios de reconocimiento y validación social. En este recorrido nos acercaremos a comprender diferentes posicionamientos que abordan este hecho, para señalar algunas apreciativas aportaciones que la peculiaridad de esa cualidad sexual realiza a nuestra Sexología Sustantiva. También se describen estrategias y recursos que pueden ser de utilidad para comprenderlo en el plano de la acción.

Palabras clave: Sexología Sustentiva, discapacidad, sexualidad, diversidad funcional, alosexualización, derechos sexuales, modelo social

SEXOLOGY AND DISABILITY. AN EMBODIED ENCOUNTER.

ABSTRACT

Since our shared sexual quality is a fact that differentiates, connects, and defines us in relation to other subjects, it is interesting to see how it “disintegrates” as a quality in situations of dependency or disability. This text aims to unravel the importance of *allosexualization*, or “*the gaze of others that sexualizes me*”, as an inclusive factor in a substantial category: that of man or woman; and to explore how significant this fact can be for those who, finding themselves on the supposed borders, need to move toward other territories of social recognition and validation. In this journey, we will come to understand different positions that address this fact, to highlight some of the contributions that the peculiarity of this sexual quality makes. It also describes strategies and resources that may be useful for understanding it in action.

Keywords: Sexology, disability, sexuality, functional diversity, allosexualization, sexual rights, social model.

CONTACTO

INMA RUIZ DE LEZANA MARAÑÓN
 inmaruizdelezana@gmail.com
 www.inmaruizdelezana.com

1. LA ALOSEXUACIÓN COMO CLAVE INCLUSIVA

.....

La idea que desarrollo en este artículo ha crecido poco a poco, engendrada en los grupos de mujeres y hombres en situación de discapacidad que suelo acompañar.

Quienes trabajáis con grupos, sabéis a qué me refiero cuando se percibe el *insight* grupal. Un vibrante momento cuando el efecto de lo planteado se extiende como una honda de resonancia invisible que atraviesa a sus componentes, elevando la intensidad del momento. Me daba cuenta de que, tras realizar comentarios del tipo: “Sí... *esto nos pasa a mujeres como nosotras*” o “*a hombres como vosotros*”, percibía en el grupo esa especie de onda expansiva de reconocimiento; a la que reaccionaban sobreponiéndose a dificultades o limitaciones, con especial curiosidad, atención e intención de participación. Como si se incorporasen al grupo desde otro plano y sintiesen la convocatoria a desvelar parte de su fuerza y conexión con la vida, re conectándose con su agencia sexual.

Esta percepción me hizo pensar, y me propuse experimentar esta idea sin más rigor que el de la propia observación.

2. LENGUAJE Y DIVERSIDAD: TENSIONES TERMINOLÓGICAS

.....

Vivimos en un hipersensibilizado momento sobre el uso del lenguaje y suele ser habitual que antes de co-

menzar una exposición, se explique cuál va a ser la manera de referirnos a la realidad sobre la que se va a hablar. No es preciso explicar que el lenguaje nunca es neutral y que marca un posicionamiento o perspectiva de quien habla. Pero referirnos a la diversidad genera torpezas con el lenguaje al querer nombrar lo inabarcable; como, por ejemplo, la del acrónimo LGTB nacido en los años 90; al que se van añadiendo letras para nombrar partes de la diversidad sexual no “incluidas o representadas” en una sigla que, en esencia, debería ser infinita.

Con la diversidad funcional como término, ocurre algo similar pero al contrario, puesto que incluye toda la diversidad que somos sin nombrar las particularidades de determinadas situaciones. También la emergente diversidad de situaciones de discapacidad comienza a diversificarse y a adoptar posicionamientos políticos con respecto a los derechos básicos. Así, tenemos la reivindicación del uso del término *Diversidad Funcional por el Movimiento de Vida Independiente*ⁱ en contraposición a designaciones como *discapacidad o minusvalía* que denotan negativamente la diferencia. *Diversidad Funcional* busca subrayar que todas las personas funcionan de manera diferente y que el problema radica en la discriminación que sufren algunos funcionamientos debido al capacitismo vigente. (Santesmases, 2023).

*Plena Inclusión*ⁱⁱ en cambio reivindica el uso del término *Personas con Discapacidad Intelectual*; ya que, *Diversidad Funcional* puede referirse a cualquiera dado que todos formamos

parte de la diversidad. Este posicionamiento está en sintonía con el de la *Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*ⁱⁱⁱ (ONU, 2006) que propone el concepto de *Persona con Discapacidad*. Para Plena Inclusión, es la forma más correcta de englobar y nombrar al colectivo y, por tanto, de garantizar el desarrollo de los Derechos y Ciudadanía de las personas; pues, con el término *Diversidad Funcional*, la discapacidad no queda definida ya que se elimina la caracterización concreta y propia que nos permite identificarla.

Posicionamientos muy diferenciados que ilustran las distintas tensiones y posiciones que emergen con una mirada reivindicativa en lo que describo como el Plano de los Derechos, es decir, de las tareas políticas al respecto.

Foro de vida independiente. <http://forovidaindependiente.org/que-es-el-fvid/>

Palacios, A., & Romañach, J. (2006). **El modelo de la diversidad.** *La Bioética y los Derechos Humanos como herramientas para alcanzar la plena dignidad en la diversidad funcional.* Ediciones Diversitas. https://sid-inico.usal.es/docs/F8/FDO18989/modelo_diversidad.pdf

Plena Inclusión: Posicionamiento de Plena inclusión sobre terminología
<https://www.plenainclusion.org/noticias/posicionamiento-de-plena-inclusion-sobreterminologia/>

3. LA MIRADA SEXOLÓGICA

Pero nuestra tarea sexológica está comprometida como ciencia, con los Hechos Sexuales, mucho más allá de contemplar y reivindicar los Derechos Sexuales.

Podemos así decir que, resolviendo estas tensiones terminológicas, más que nombrar a las “*personas*”, nombraremos a las “*mujeres*” y los “*hombres*” ya así sexuados. Nuestra mirada y atención se pondrán en esa realidad sexuada, en la comprensión de las diferencias y relaciones entre mujeres, entre hombres y entre ambos, sean cuales sean sus capacidades, circunstancias, etc.

Nuestro posicionamiento sexológico nombrará la singularidad de nuestra sexistencia de las diversas maneras que esta compleja realidad precise, según nos dirijamos a las mujeres y hombres que nombremos, sexándoles, como clave de intervención con perspectiva sexológica; superando el plano normalizador que invita a olvidar o negar este fundamental hecho. De esta manera, no hablaremos de “*personas*”, sino de niñas y niños, chicos, chicas, mujeres y hombres sean cuales sean sus circunstancias. Y aunque parezca tan básico, es un aspecto crucial pues la normalización o corrección política impone clasificaciones que no comprenden la versátil variedad de singularidades. Este diálogo entre sexología y discapacidad desafía paradigmas binarios, invitando a una ciencia más humilde y situada, pues la sexología aporta herramientas para comprender la diversidad sexuada, mientras la discapacidad cuestiona los límites normativos de lo deseable.

La base de los derechos y obligaciones no reside tanto en el allanamiento de las diferencias, cuanto en la comprensión de las diferencias por razón de sexo.

Efigenio Amezúa. *El sexo: historia de una idea.*

Nombrar la cualidad sexuada, *alo-sexuar*; es una atribución, un reco-

nocimiento de la realidad sexuada que nombra a las mujeres y hombres en la situación de la discapacidad que sea, y a todos hombres y mujeres diversamente funcionales. Aquí radica el potencial del esencial aspecto inclusivo de nuestra mirada sexológica.

3.1. COMPRENDER CÓMO SE DIVERSIFICA LA DIVERSIDAD

La mirada sexológica es un interesante punto de vista para comprender cómo se diversifica la diversidad; y como tal, estudia y explica la diversidad del Hecho Sexual Humano en todos y cada uno de los sujetos, en todos. Especialmente diversa en las peculiaridades de quienes salen de los estándares y transitan “las lindes”, donde aún se percibe y significa más la diversificación de nuestra cualidad sexuada donde se constatan las diferencias tan significativas que existen en las distintas situaciones de discapacidad.

Precisamente la homogenización es uno de los mitos principales sobre la discapacidad que se construye sobre la idea de que los sujetos en situación de discapacidad son iguales, y de que se puede hablar de ellos y ellas como un solo grupo, unidos fundamentalmente por una condición que; se supone, les define sin reconocer las singulares diferencias y proyectando la *capacidad* como la condición neutra, esperable y definitiva de la condición humana; mientras se posiciona la *discapacidad* como la *otredad*, lo extraño (Santemas, 2023), sin olvidar que ambas categorías no remiten a condiciones fijas ni a identidades esenciales.

A diferencia de la actitud dominante en nuestra cultura; que concibe como natural lo que se ajusta a los

patrones estandarizados y normalizados, y como antinatural, desviado y patológico a todo lo demás; la Sexología propone una mirada que va más allá de las clasificaciones que conecta desde la vital realidad de los hechos sexuados.

Poco tenemos que ver una mujer sordociega, otra con parálisis cerebral y otra como yo, salvo el hecho de que todas somos mujeres. Diversas, pero todas mujeres sexuadas, sexadas, deseantes, deseables... y eso que nos une resulta una clave importante para incorporar como estrategia de intervención.

La diversidad de discapacidades es otra de las dimensiones de expresión de la diversidad humana. Suelen definirse según las funcionalidades a las que afecten: sensoriales, físicas, cognitivas, comunicativas, neurológicas, motoras, etc. Cada niño o niña, hombre o mujer tenga o no discapacidad presenta unas características que también se expresarán en su sexualidad y proceso de sexuación; y así, como mujer en situación de discapacidad, expresará sus propias peculiaridades sexuales, por ejemplo: ser insensible a los andrógenos, tener pene, amar a otras mujeres, erotizarte con juegos sado-maso, etcétera, y definirte hasta el infinito con aspectos que interseccionan tu singularidad: lesbiana, transexual, BDSM, la que sea.

Para acoger esta mirada a la diversidad, es preciso revisar los saberes instalados con viejos referentes y abrir oportunidades a otras formas de pensamiento vivo, flexible y lúdico. Revisar también lo que se ha depreciado o deslegitimado, para mirar de forma apreciativa estas realidades, sus experiencias, tensiones e interesantes aportaciones. Esta

mirada apreciativa hacia las singularidades, hacia los afectos, afinidades y sinergias siempre en continuo cambio, pues lo diverso sólo puede pensarse desde *la singularidad radical de la existencia*.^{iv}

3.2. EL SEXO, FACTOR DE INCLUSIÓN

El dialogo entre *lo sexual* y el asunto de *la discapacidad* genera tensiones habitualmente provocadas por el deseo, el placer y el libre albedrío para experimentar de quienes se encuentran en esas circunstancias. Si nos remitimos al propio mapa del Hecho Sexual Humano, esas tensiones aparecen en los registros de sexualidad, erótica, amatoria y pareja; no tanto en el registro de sexo, que se expresa con todo su potencial al margen de silencios y elusiones.

La cuestión es que, precisamente al eludir, silenciar o no reconocer el sexo de quien sea, desajusta y problematiza su sexualidad, su erótica, su amatoria y por supuesto, cualquier asunto de pareja. ¿Será que las distancias causantes de la exclusión y el estigma se empiezan a resolver cuando ponemos la atención, reconocimiento y cuidado en el sexo, en nuestra cualidad sexuada y en sus deseos de expresión y vivencia?

Parece que cuando una mujer o un hombre son ubicados en el territorio de la exclusión, el primer rasgo que desaparece es el de su condición sexuada. Entre los mecanismos que le desacreditan como de interés o valía para la comunidad; el que instantáneamente actúa como factor desacreditante, invisibilizándose o desajustándose, es el sexual. Se difuminan y minimizan los rasgos sexuales, la feminidad o masculini-

dad, las peculiaridades del momento evolutivo, la intimidad erótica. Se invisibiliza la imagen corporal sexuada, los deseos eróticos, fusivos, amatorios, conceptivos y queda como desacreditada la valía erótica y sexual. Además, si se trata de quien tiene una discapacidad, lo sexual viene a concebirse como algo “especial”, como un asunto “desajustado” bien sea por la *asexualización* o por la *hipersexualización*, “*el ángel inocente o la bestia descontrolada*”; un asunto a controlar, supervisar, o regular.

4. ACTITUDES Y DISPOSITIVOS DE CONTROL

.....

Y tú ¿Qué relación tienes con la discapacidad? ¿Cuál es el imaginario simbólico y cultural que la rodea? ¿Cuál es tu primer recuerdo o encuentro con una persona con discapacidad? ¿Qué edad tenías y tenía? ¿Qué hacía? ¿Dónde estaba? ¿Qué sentiste? ¿Qué discapacidad tenía?

Silvina Peirano

Estas cuestiones sirven para repensar las imágenes que aparecen relacionadas a estas referencias sobre la discapacidad. Sus respuestas originan nuestro imaginario simbólico y cultural, los símbolos interiorizados de nuestra cultura hacia la discapacidad. Es fundamental partir de una reflexión sobre las concepciones, experiencias, ideas y valoraciones que forman el *currículum oculto* para conocer cómo pueden estar impregnando nuestras relaciones y prácticas diarias. Imágenes que han sustentado la idea de “normalidad” que la Sexología se empeña en superar; pues, como ya sabemos, desde nuestra mirada hay mucho más que comprender, cultivar y cuidar que clasificar o curar.

... también comprender nuestra pertenencia a la naturaleza, y a partir de ello darnos cuenta de que no existe, ni puede existir, nada “antinatural”. La naturaleza no se rige por leyes, ni por ideales, es profundamente activa y productiva generándose a sí misma y de todos nosotros como parte de ella. En ella toda existencia es singular. Las clasificaciones surgen de un proceso de abstracción, varían con el tiempo, y son muy distintas en cada cultura. De cerca nadie es normal... y tampoco desviado, todos somos singulares, con muchísimos rasgos comunes.

Denise Najmanovich

Antropología e historia de la discapacidad
Pedraza, P. (2020). *El mito de Hefesto: la constitución ambivalente de la discapacidad en los orígenes de la cultura occidental*. En Curso doctorado: *El Paradigma de la Diversidad Funcional: Fundamentos de un nuevo movimiento social*. Universidad de Murcia. https://www.um.es/discatif/TEORIA/Patricio_Hefesto.pdf

Peirano, S. (2010). *Mitología de la sexualidad especial: el devenir del deseo en minusvalizantes necesidades*. En *Actas del I Simposio del Observatorio de la Discapacidad: Perspectivas y retrospectivas en torno a la discapacidad y las ciencias sociales*. <https://docs.google.com/document/d/1MRysVD-WhCciKLaN4Rm7HJ3SLyONsVYST-f0djiCID3k80/edit>

4.1. ACTITUDES DE CONTROL

Un pilar fundamental de nuestra formación sexológica es la revisión actitudinal con el Modelo Tri-referencial (actitudes normativas, combativas o de cultivo) de Efigenio Amezúa. En mi experiencia he podido identificar, además, otro tipo de actitudes muy presentes en el ámbito de las situaciones de discapacidad o de-

pendencia, que llamo *Actitudes de Control* y que se expresan en el continuo: *Evitación - Sobreprotección*.

Este modelo de actitudes pretende ejercer el control sobre la sexualidad de quienes hablamos y oscila en la tensión que crea en ocasiones no saber qué hacer y eludir la responsabilidad con respecto a la atención y cuidado de la sexualidad. Serían las *Actitudes de Evitación* que se perciben, por ejemplo, entre profesionales que, sin formación y sin la cobertura o amparo de un programa de atención a la sexualidad validado por la entidad para la que trabajan, intentan evadir el tema por miedo a equivocarse.

O su correlato, las *Actitudes de Sobreprotección*, con las que se encapsula y controla todo lo que tenga que ver con “lo sexual”. Actitudes muy habituales en entornos familiares y de tutela que, con la hipervigilancia y control, intentan evitar la experimentación y el aprendizaje sobre sexualidad de las chicas y chicos, de las mujeres y hombres en situación de discapacidad; por los miedos que despierta el reconocimiento de esta dimensión. Así van perpetuándose en el entorno comunitario todos los mitos y estereotipos al respecto.

ACTITUDES DE CONTROL:

Evitación – Sobreprotección

Entorno familiar - Sobreprotección

Entorno institucional - Evitación y escape

Entorno comunitario - Estigma y estereotipos

Este tipo de actitudes se generan en contextos en los que predomina un modelo de relación de dependencia, que genera dispositivos de control

hacia lo sexual en el sentido que definió Foucault, activados por el miedo a un sinfín de “amenazas” que lo sexual despierta.

En todas ellas se elude la perspectiva esencial sexuada; que lo sexual es un hecho que ocurre y no puede dejar de hacerlo, más allá de que se controle, esconda o sobreproteja, como si evitando o escondiendo fuese posible eludir la expresión de nuestra biográfica cualidad sexuada.

Es preciso un comprometido trabajo personal y colectivo para pasar de estos ecosistemas de dependencia y control, a una cultura del encuentro y la relación que posibilite entornos amables para la vida y capaces de albergar la diversidad. Estos contextos de interdependencia, son los que posibilitan una actitud de cultivo adecuada; la que aprendimos en nuestra formación sexológica; que genera prácticas de calidad. Un paradigma relacional que reconozca la dignidad y valía del otro sujeto sexuado como base de la diferenciación humana y de los encuentros, sinergias e interacciones.

4.2. ENCUENTRO, CUIDADO Y CULTIVO PARA LA INCLUSIÓN

Nos encontramos de frente con otro de los axiomas sexológicos “los sexos somos relativos y relacionales” (Landarroitajauregi, 2006). Esa tensión que la condición sexuada produce, nos lleva a diferenciarnos e irremediabilmente, a ir hacia el otro sujeto. Un recorrido vivo, que se expresa en una especie de baile entre lo que yo soy y mi interés sobre ti, entre identidad y deseo de encuentro, entre necesidad de individuarme, referenciarme y de encuentro contigo.

Pero ¿quién es el otro sujeto? ¿cómo nos llevamos con la diferencia? Ese

sujeto hacia quien sentimos interés es un hombre o una mujer diferente a ti, que nos propone un interesante viaje. Como dice Oswaldo A. Zavala “*nombramos la diferencia para no serlo*”. Es preciso deshacerse de preconceptos para habitar la experiencia desde su singularidad. Pues es la singularidad, la diferencia que somos, la que posibilita el encuentro y la relación, es en su reconocimiento en donde ocurre el encuentro. Ese espacio que nace de la mágica suma $1+1=3$, un nuevo espacio sinérgico diferente a *ti* y a *mi*, que es el *nosotros*.

Este espacio común liminal que sucede de la intersección, es un lugar de sinergia sexuante, del reconocimiento que hago de ti como sujeto sexuado y de mi disponibilidad a ser afectada por ti. Ese lugar en los márgenes de una misma en el que se dispone la experiencia del encuentro, a la afectación en la vulnerabilidad de ambos sujetos sexuados, a poner en juego las habilidades que marquen el carácter del encuentro. Puede darse en cualquier tipo de relación: en la amorosa o erótica de una manera, en la relación de acompañamiento o terapéutica de otra. Cada caso exigirá poner en marcha las habilidades y herramientas para cada tipo de encuentro, en las que te has entrenado, hayas experimentado o no.

Este aventurarse que siempre resulta una experiencia de aprendizaje, suele resultar dificultoso y transgresor si tu situación es de dependencia o discapacidad

4.3. DE LO COMÚN... A LO COMUNITARIO

Ese lugar de encuentro es el espacio que tú y yo creamos en común, en donde nace lo comunitario. El

lugar en el que comienza a tejerse la trama de redes que sostienen la vida y en donde se produce la inclusión. Ese espacio de lo común, es el contenedor de diferencias, del encuentro con la alteridad que incluye la diferencia. Es un espacio privado, íntimo con sus propias reglas, las que quienes de él participen acuerden. Este espacio inclusivo suele ser vivido con cierta incertidumbre, pues es un espacio de experimentación, aprendizaje y desarrollo en la comprensión de los vínculos en los que participamos.

En la cultura Maya se susurran *In Lak'ech* como una forma de saludar y despedirse que significa "tú eres otro yo", una visión del universo en conexión, en relación. Una idea que sintetiza nuestra visión relacional pues todo lo que existe en esta vida guarda una relación, una conexión respetuosa, poderosa y más o menos armoniosa que se sustenta día a día en una más o menos nutrida red de vínculos, cuidados e interdependencias que se traman en diferentes tipos de relaciones con los demás y con todo lo que nos rodea, recordándonos la cualidad vulnerable de nuestra existencia en un amplio registro de afectos, frustraciones, sensaciones, placeres, gozos, dolores, emociones... Pues el encuentro auténtico ocurre cuando se reconoce al otro como sujeto sexuado abandonando la fascinación o el paternalismo y se activa una ética del cuidado basada en la mutua vulnerabilidad.

4.4. DISCAPACIDAD ¿REFERENTE DE DÉFICIT O DE DIVERSIDAD? (OSWALDO A. ZAVALA)

Esta cuestión es importante pues el encuentro de calidad solamente es posible en el referente de la diver-

sidad, es el marco que posibilita el *reconocimiento de tu diferencia* de donde resulta la verdadera potencia de cambio.

Para nuestro desarrollo es necesario ponerse frente a alguien, aprender a situarse frente a la diferencia, reconocer el propio valor y el ajeno. Aquí es donde el reconocimiento de ti y del otro, como sujeto sexuado aporta un valor fundamental al encuentro, donde la cualidad sexuada que eres, que yo percibo y te comunico es una estrategia de inclusión fundamental, creando un espacio de posibilidades que facilita la mirada que aprecia a tu potencial sexuado, sean cuales sean tus capacidades y circunstancias.

Así se va produciendo en la experiencia del encuentro, un saber poco reconocido que es el saber de mi a través de ti.

Educar la mirada es, por tanto, un primer paso para integrar la diferencia. Una vez eliminada la fascinación, la puerta al diálogo debería abrirse para que la interacción comience a fluir. Para ello será necesario liberar los miedos y actuar olvidando la excepcionalidad del otro.

*Marta Allué.
Inválidos, feos y freaks.*

Entonces, nuestro referente sexológico es el que ve el valor en cada una de las singularidades humanas, una mirada que enriquece la comunidad, un bien común a considerar como criterio de calidad, que resulta de considerar la diversidad como un valor. Esto significa que la sexualidad de quien está en situación de discapacidad enriquece y aporta asuntos interesantes que permite que la diversidad se exprese en toda

su potencia, la potencial suma de las diferencias que enriquece la vida.

Percibir las aportaciones que la expresión de lo sexual en las distintas situaciones de discapacidad trae: ricas y resilientes biografías sexuales en situaciones de precaria educación sexual y precaria socialización, interesantes y transgresoras estrategias para conseguir cotas de intimidad, el cultivo de la sensibilidad hacia la belleza de cuerpos no estandarizados, la comunicación corporal sin habla, intimidades que se reinventan frente a límites físicos o sociales, ritmos más calmados, aprendizajes más pausados y expectativas no tan resolutivas, itinerarios desconocidos para llegar a lugares inexplorados, una corporalidad presente en toda su globalidad sensorial...

Pero el asunto especialmente interesante es que nos recuerda que el cuerpo es el lugar de aprendizaje y de la experiencia, nos plantea superar la desconexión que deja el cuerpo al margen cuando hablamos y nos enseña a escuchar y a observar los pequeños gestos y señales que corporalmente emitimos para decir sin palabras. Una educación de la sensibilidad, del vínculo y de los sentidos. Recuperar el cuerpo como lugar de conocimiento, expresión, dignidad y cuidado. Despertar la cultura del cuidado de sí, del otro, del entorno, reconociendo el cuerpo como territorio sentido, habitado, creando los soportes estructurales para que el cuerpo se sienta, se escuche y se respete. Nos recuerda que el cuerpo es el lugar.

Descubrir el potencial de aspectos que nos pasan de largo, dar significado a recursos que tenemos a disposición que exigen el despliegue de

la creatividad erótica y sensual para identificar y crear los apoyos necesarios para cada singular sexistencia.

Un cambio de mirada hacia una rica sexistencia deseante de muchas mujeres y hombres en situación de discapacidad, que también despierta el deseo de otros sujetos que están o no en situación de discapacidad, en diferentes registros a los que ya se ha puesto nombre: erótico *Devotee*, de imitación *Wannabe*, de atracción *Pretender*, de admiración *Admirer* o de identificación *Transable*.

Pero en la experiencia de acercamiento al asunto de la discapacidad, he constatado cómo esta diferencia se percibe más como una desventaja, con el peso de la estigmatización que cada contexto reproduce en cada historia particular dificultando la relación, el encuentro y por ende, la inclusión. Los sujetos sexuados se suelen definir por su situación de discapacidad, percibida además como un hándicap.

Así que una importante tarea es la de construir ese lugar de encuentro, hacer o hacerse un lugar en el mundo, pasa por adquirir un reconocimiento, validación y aceptación; un lugar para encontrarse con los otros sujetos sexuados. Según la *Teoría del Reconocimiento* de Honneth (2007), se interpreta el encuentro y la relación como un proceso de reconocimiento recíproco que apoya y facilita la autorrealización para conseguir una identidad consolidada. Este proceso se da en un entramado de relaciones de reconocimiento que incorpora estas dimensiones sexuales y eróticas en cada hombre o mujer más allá de sus habilidades, capacidades, imagen o autonomía, fundamentales para ajustar el sentimiento de la propia valía para la interacción

con una misma y con las demás personas. La primera de estas esferas de reconocimiento es la esfera de las relaciones íntimas o del amor, en cuyo seno el individuo alcanza reconocimiento (Honneth, 2007).

Estas relaciones de reconocimiento son interacciones sexuales, son condiciones que posibilitan el proceso creativo de la identidad sexual en cada biografía.

5. PLANO POLÍTICO O DE LOS DERECHOS

.....

No sé si tuvisteis la ocasión de presenciar la entrega del premio al mejor actor a Telmo Irureta en la gala de los premios Goya 2023, cuando al final de su turno de agradecimientos recogiendo el premio al mejor actor revelación por su actuación en *La Consagración de la primavera*; gritó “Nosotras también follamos”; y de seguir el reguero de comentarios que provocó en las redes sociales. Este grito poderoso viene a evidenciar el momento de emergencia del asunto sexual y la discapacidad; así como a ilustrar su actual politización. Uno de estos frentes de políticos está protagonizado por el diálogo que sostienen el *feminismo* y el *capacitismo*, muy bien retratado por Andrea G. Santesmases en su libro *El cuerpo deseado*.

Durante décadas la reivindicación de los derechos humanos se había centrado en asuntos relacionados con la legislación de la asistencia y seguridad social, o con cuestiones de derecho civil como la incapacitación o tutela; pero actualmente la reivindicación de los derechos fundamentales de quienes están en situación de dependencia o discapacidad está teniendo un posicionamiento disi-

dente a través de lo sexual como tema; que, al explicitarse, moviliza y sensibiliza conciencias con mucho impacto. El trabajo de colectivos como *Yes, we fuck*, o la colección de vídeos *Vivir y otras ficciones* de Antonio Centeno son representativos al respecto.

VIDEOS

Anomalías recalcitrantes:
<https://vimeo.com/173480515>

Yo me masturbo:
<https://youtu.be/dL5kAiLPb71?si=Q-8clcCNa0S5szBZ3>

Yes, we fuck:
<https://vimeo.com/123177395?share=cop>

Esta politización del asunto sexual en la discapacidad es interpretada por Tom Siebers (2008), teórico de los *Estudios Críticos de Discapacidad*, planteando que las personas con diversidad funcional constituyen una minoría sexual, ya que experimentan discriminaciones análogas a otras minorías sexuales como las restricciones legales e institucionales a su intimidad, a la expresión de su sexualidad y su posibilidad de establecer relaciones consensuadas con sus parejas. Habla incluso de una sexualidad en el armario, estigmatizada, invisibilizada o incluso patologizada, de una “cultura sexual” *Erótica - Orgullo crip*, basada en códigos de relación, seducción y erotización propios. Nos resultan familiares estos recorridos de visibilización o “salida del armario”, ¿verdad?.

Nuestra cultura se ha organizado desde una perspectiva identitaria y normalizadora que nos lleva a deshabitar la experiencia del encuentro. De ese modo la diversidad se licúa y queda subsumida en la diferencia,

capturada por lo normal como patrón de comparación.

Denisse Najmanovich

Estos posicionamientos políticos vienen evolucionando en décadas hasta el actual *Paradigma de la Diversidad*, resultado de la evolución teórica del *Modelo Médico Rehabilitador*, que concebía la rehabilitación o curación de las mujeres y hombres en situación de discapacidad para su incorporación a la sociedad; evolucionando al *Modelo Social*, que plantea que las personas están discapacitadas por la sociedad y que, con los apoyos adecuados, pueden participar plenamente en ella; hasta llegar al *Paradigma de la Diversidad* que propone claves para una sociedad que preserve la dignidad de cada hombre y mujer, poniendo en valor la diversidad, la diferencia que cada cual somos para los demás como un preciado valor.

Este es un importante espacio de confluencia entre el *Paradigma de la Diversidad* y la *Filosofía de Vida Independiente*, y nuestra perspectiva sexológica que más allá de utilizar lo sexual como espacio de actuación sociopolítica; plantea la diversidad como el hecho fundamental de nuestra sexuada existencia esencialmente inclusiva.

6. PLANO CIENTÍFICO O DE LOS HECHOS

La Sexología como ciencia, se ocupa de comprender el *Hecho Sexual Humano* que se expresa con toda su fuerza y vigor mucho más allá de posicionamientos e intereses políticos y también científicos, más allá de todo lo que estemos aquí disertando sobre la realidad sexuada; y a

pesar de todos los impedimentos y trabas que los diferentes contextos se empeñan en poner con la ilusa intención de evitarla.

Lo sexual se expresa inevitablemente y todos los mecanismos que intentan evitarlo provocan, una existencia fragmentada que aún dificulta más el aprendizaje, la experiencia y la inclusión; mucho más para quienes puedan tener dificultades concretas al respecto de comprensión, aprendizaje, expresión, experimentación, etcétera.

Es interesante en este sentido, la lectura de la novela *Lectura Fácil* de Cristina Morales (2018) en la que se escuchan voces protagonistas de mujeres con discapacidad intelectual que han aprendido a relacionarse con los dispositivos que se organizan para su tutela y control; y, a la vez, llevar otra vida acorde con sus deseos.

No vaya a ser que nos pongamos a organizar la vida o la sexualidad a quienes la tienen ya organizada, a su manera generando vivencias paralelas y dobles vida.

Recordemos la crucial importancia de protagonizar la propia biografía, para ser agente de tu cualidad sexuada, "*Nada para mí sin mí*" (lema del Movimiento de Vida Independiente "*Nada sobre nosotras sin nosotras*"), que posibilite superar la tendencia a la tutela y sobreprotección que los diferentes contextos ejercen aislando y dificultando establecer relaciones y vínculos de forma natural y disfrutar del tesoro de la experiencia.

También la Sexología propone una mirada que sexúa y acredita el carácter sexual significativo en el pro-

ceso de sexuación; pues si no, en su defecto, se activa el mecanismo de infantilización, falta de experiencias, de educación sexual y del reconocimiento que impide el desarrollo de una moral autónoma, provocando una adolescencia eterna bajo control y supervisión en contextos de marcada dependencia.

Superando el axioma beauvoriano “*No se nace mujer, se llega a serlo*”; no nacemos mujeres, nacemos niñas. Pero en algunas de las situaciones de discapacidad, se nace niña, y una se mantiene “*como niña*” toda su vida, privada de los aprendizajes, procesos, vivencias y experiencias que pueden convertirte en mujer, a pesar de que el proceso de sexuación vaya evolucionando a su propio ritmo y vayan floreciendo los caracteres sexuales secundarios. Se produce una *desclasificación* que acentúa las dificultades de mis propias circunstancias, y provoca además una desclasificación de mí, en mi entorno y circunstancias, como “*la mujer que no puedo llegar a ser*”.

Recordamos la idea de que nuestra condición sexuada es también un factor de inclusión pues en este entorno descalificador, nombrar el sexo que somos, posibilita las interacciones sexuales que hacen sentirnos parte activa de nuestra dimensión sexual y compartir este aspecto con otras mujeres y hombres. Es desde este lugar desde donde se lidera la agencia de tus deseos para poder ser la mujer o el hombre que eres, para participar así de la vida aportando la riqueza particular de quien eres a la comunidad, porque lo que cada cual somos enriquece esa idea de lo común, enriquece lo comunitario.

Como advierte Benedetti, “en la suma de desarmonías reside una

belleza que trasciende cánones”. Nuestra tarea es crear marcos donde esa belleza “ni empalagosa ni estigmatizada” pueda florecer.

7. LA CITA PENDIENTE

.....

Me he imaginado un encuentro encarnado, entre la *Sexología* y el *Asunto de la Discapacidad* y me he imaginado ¿cómo se acercarían? ¿qué se dirían? ¿cómo se mirarían? ¿qué aportaciones y sinergias tendrían?

A ese encuentro, *Doña Sexología* llegaría toda galana, interesándose en seducir a quien había tenido tan abandonado, ofreciendo todos sus encantos: diferencia, anhelo, encuentro y sinergia. Ella tan diplomática y reconocedora de diferencias, muy hábil en el encuentro, manejando la tensión entre ambos. Ocupándose con sumo cuidado en crear un cálido espacio común en el que depositar los tesoros de tal experiencia. Quizás le propondría alguna cuestión con cierta graciosa empática altivez que ayudase a reconocerse, distintos y en relación.

Lo que quizás no se esperaba, era la sorpresa que le iba a suponer este encuentro; pues *Don Asunto de la Discapacidad*, venía cojeando y sonriendo, simpático, disponible y humilde, con un vigor arrollador y unas ganas de goce inmenso, con muchísimo tiempo para ir despacio a crear y gozar de esas sinergias y con un deseo implacable de ser quien es.

Doña Sexología rendida a sus pies; una vez más, se abriría de par en par a lo que *Don Asunto* le proponía; y así su sabia mirada a la diversidad, se vio una vez más enriquecida.

BIBLIOGRAFÍA

- Allué, M. (2012). Inválidos, feos y freaks. *Revista de Antropología Social*, 21, 273-286.
- Amezúa, E. (1999). Teoría de los sexos: La letra pequeña de la Sexología. *Revista de Sexología*, 97-98. Publicaciones del Instituto de Sexología.
- Amezúa, E. (2000). El Ars Amandi de los sexos: La letra pequeña de la Terapia Sexual. *Revista Española de Sexología*, 99-100. Publicaciones del Instituto de Sexología.
- Amezúa, E. (2003). El sexo: Historia de una idea. *Revista Española de Sexología*, 115-116. Publicaciones del Instituto de Sexología.
- Baz, D. (2020). *Más Sex Education: Una metodología accesible para todas las personas*. Sex In Life. Programa Erasmus de la Unión Europea.
- Bárcena, F., & Mélich, J. C. (2000). *La educación como acontecimiento ético*. Paidós.
- Beauvoir, S. (1977). *El segundo sexo: Los hechos y los mitos*. Siglo Veinte.
- Comas, D., Sancho, M., & Zalakain, J. (2023). *Hacia la personalización de los cuidados y los apoyos, marco del sistema de atención a la dependencia*. Zerbitzuan, 79.
- Foucault, M. (2003). *Historia de la sexualidad: La voluntad de saber*. Siglo XXI.
- Galarza, D. M., Limón, C., & Larisa, S. (2018). *Reflexiones sobre la inclusión: Una postura crítica frente al análisis de la discapacidad y la normalidad*. Qartuppi.
- Garay, A. (2001). *Poder y subjetividad: Un discurso vivo* [Tesis doctoral, Universitat Autònoma de Barcelona].
- García-Santesmases, A. (2023). *El cuerpo deseado: La conversación pendiente entre feminismo y anticapacitismo*. Kaótica Libros.
- Goffman, E. (1995). *Estigma: La identidad deteriorada*. Amorrortu Editores.
- Honneth, A. (1997). *La lucha por el reconocimiento: Por una gramática moral de los conflictos sociales*. Crítica.
- Kaplan, B., & Kaplan, D. (2008). *El derecho a la educación de niños y adolescentes con discapacidades*. Novedades Educativas, 210.
- Landarroitauregi, J. R. (2003). Sexualidad y minusvalías: Precios, aprecio, desprecios y menosprecios sexuales. En F. Martínez Sola (Ed.), *Discapacidad y vida sexual: La erótica del encuentro* (pp. 45-60). COCEMFE.
- Landarroitauregi, J. R., & Pérez, E. (2006, octubre 17-19). *Mujer, discapacidad y pareja* [Ponencia]. Conferencia Internacional Sexualidad y Mujer con Discapacidad (SWOD), Valladolid, España.
- Landarroitauregi, J. R. (2016). *Sexorum Scientia Vulgata: Textos breves para la divulgación de la ciencia de los sexos*. ISESUS.
- Najmanovich, D. (2018). *Nosotros y los otros: Diversidad y cuidado de sí y del otro*. *Teoría & Práctica*, 36(73), 17-31.
- Nussbaum, M. C. (2012). *Crear capacidades: Propuesta para el desarrollo humano*. Paidós.
- Padrón, M. (2012). *Dossier formación de formadores y formadoras en educación sexual para personas con discapacidad intelectual*. ASPROMANIS.

- Palacios, A., & Romañach, J. (2006). *El modelo de la diversidad: La bioética y los derechos humanos como herramientas para alcanzar la plena dignidad en la diversidad funcional*. Diversitas.
- Peirano, S. (2014). *Mitología de la sexualidad especial: El devenir del deseo en minusvalizantes necesidades*. En *Actas del I Simposio del Observatorio de la Discapacidad*. Universidad Nacional de Quilmes.
- Pie, A., & García-Santesmases, A. (2015). *La voz de las subalternas: Cinco narrativas de mujeres resistentes*. Institut de Ciències Polítiques i Socials.
- Pérez de Lara, N. (2001). Identidad, diferencia y diversidad: Mantener viva la pregunta. En J. Larrosa & C. Skliar (Eds.), *Habitantes de Babel* (pp. 123-140). Laertes.
- Pépin, C. (2022). *Encontrarse*. Siruela.
- Plena Inclusión. (2017). *Posicionamiento de Plena inclusión sobre terminología*.
- Rovaletti, M. L. (2007). Hacia una experiencia primaria de la alteridad: El otro en las situaciones límites [Ponencia]. XIV *Jornadas de Investigación en Psicología del Mercosur*, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina.
- Ruiz de Lezana, I. (2018). *Apuntes sobre sexualidad y discapacidad en el entorno escolar*. CERMI Cantabria.
- Ruiz de Lezana, I. (2021). La atención y el cuidado de la sexualidad como clave de inclusión de hombres y mujeres con discapacidad. *Actas del VIII Congreso de la Red Española de Política Social (REPS)*.
- Ruiz de Lezana, I., & Valdés, J. (2022). *El valor de la resiliencia en el ámbito de la sexualidad en mujeres adultas con discapacidad orgánica/física*. COCEMFE Castilla y León.
- Sáez, S. (2000). El hecho sexual humano. En *Jornadas: Jóvenes y sexualidad: Algunas situaciones de exclusión*. Consejo de la Juventud de España.
- Sanmiquel-Molinero, L. (2020). Los Estudios de la Dis/capacidad: Una propuesta no individualizante para interrogar críticamente la producción del cuerpo-sujeto discapacitado. *Papeles del CEIC*, 2020(2), 1-19.
- Siebers, T. (2013). Disability and the theory of complex embodiment. En L. Davis (Ed.), *The Disability Studies Reader* (pp. 278-295). Routledge.
- Skliar, C. (2001). *Habitantes de Babel: Políticas y poéticas de la diferencia*. Laertes.
- Valdés-Ituarte, J., & Ruiz de Lezana, I. (2023). El valor de la resiliencia en el ámbito de la sexualidad en mujeres adultas con discapacidad orgánica/física. *BIS*, 25. AEPS.
- Zavala, O. A. (2020). La discapacidad, ¿referente de un déficit o de diversidad? *Tramas*

NOTAS

i) El Movimiento de Vida Independiente (MVI) es un movimiento social y filosófico que surge entre las décadas de 1960 y 1970 en Estados Unidos, impulsado por las propias personas con discapacidad. Su objetivo principal es luchar por la plena inclusión y participación de las personas con discapacidad en la sociedad, garantizando su derecho a tomar sus propias decisiones y a vivir de forma autónoma.

ii) Plena Inclusión es un movimiento asociativo español que trabaja incansablemente por los derechos y la plena inclusión de las personas con discapacidad intelectual o del desarrollo y sus familias. Es una red de organizaciones que agrupa a asociaciones y fundaciones a nivel nacional, y que cuenta con federaciones en las distintas comunidades autónomas.

iii) La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD) es un tratado internacional de derechos humanos, adoptado por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 13 de diciembre de 2006. Es un hito fundamental en la lucha por la igualdad y la dignidad de las personas con discapacidad a nivel global.

iv) Cita de Marcos Sanz Agüero. La singularidad radical de Mane Tatulyan (2021)



SEXUALIDADES DIVERSAS EN LA DISCAPACIDAD INTELECTUAL. LA DIVERSIDAD EN LA DIVERSIDAD.

JAVIER BENGOA LARRAÑAGA

RESUMEN

Relato mi experiencia de acompañamiento a las personas con discapacidad intelectual y del desarrollo en el ámbito de la sexualidad. Tras evidenciar la condición sexual de las personas con discapacidad intelectual, superando los mitos respecto a su sexualidad, comparto el programa de sexualidad de Gorabide, "Sexubide", iniciado el año 2012. Su objeto: proporcionar los apoyos necesarios para que las personas con discapacidad intelectual puedan desarrollar su sexualidad de manera satisfactoria de acuerdo a su proyecto de vida. Para indagar con una mirada positiva sus necesidades y anhelos, se diseñó una herramienta alineada con la Sexología Sustantiva, teniendo en cuenta el mapa del hecho sexual humano propuesto por Amezúa y desarrollado después por Landarroitajuregi. Se alinea también con la metodología de la planificación centrada en la persona, el paradigma de los apoyos y la calidad de vida.

Se exponen algunos casos concretos de acompañamiento y experiencias en viviendas y residencias de personas con muy diferentes necesidades de apoyo.

Termina el artículo con la experiencia de acompañamiento a un grupo LGTB de la asociación, con idea de buscar un espacio de desarrollo de esta orientación sexual del deseo, que aún ha de ser reivindicada en este colectivo.

Palabras clave: discapacidad intelectual, sexualidad, sexubide, LGTB, diversidad

DIVERSE SEXUALITIES IN INTELLECTUAL DISABILITY. DIVERSITY WITHIN DIVERSITY.

ABSTRACT

I describe my experience of supporting people with intellectual and developmental disabilities in the area of sexuality. After highlighting the sexual condition of people with intellectual disabilities, overcoming the myths regarding their sexuality, I share the Gorabide sexuality program, "Sexubide," which began in 2012. Its objective: to provide the necessary support so that people with intellectual disabilities can develop their sexuality satisfactorily according to their life plan. To investigate their needs and desires with a positive view, a tool aligned with Substantive Sexology was designed, taking into account the map of the human sexual fact proposed by Amezúa and later developed by Landarroitajuregi. It is also aligned with the methodology of person-centered planning, the paradigm of support and quality of life. Some specific cases of support and experiences in homes and residences of people with very different support needs are presented. The article ends with the experience of accompanying an LGBT group of the association, with the idea of finding a space for the development of this sexual orientation of desire, which has yet to be claimed in this group.

Keywords: intellectual disability, sexuality, sexubide, LGBT, diversity

CONTACTO

JAVIER BENGOLA LARRAÑAGA
javibengoalarra@gmail.com

Pretendo en estas breves líneas compartir mi experiencia en el acompañamiento y apoyo a las personas con discapacidad intelectual y del desarrollo en la evolución de sus biografías sexuales. En la entidad en la que, además de otros quehaceres, colaboro como sexólogo, en el año 2012 iniciamos un proyecto de sexualidad, en la actualidad “Sexubide”, con la finalidad de acompañar a las personas con discapacidad intelectual en el desarrollo de la sexualidad desde el marco de la Sexología Sustantiva. En el devenir de los años he constatado, como no podía ser de otra manera, que existe toda la diversidad sexual en el grupo que llamamos “discapacidad intelectual”. Desgranaré, a modo de ejemplo algunos de estos acompañamientos. Terminaré relatando la experiencia del grupo LGTB que se puso en marcha dentro del programa.

Antes de entrar en materia sexológica, me parece oportuno anotar brevemente qué es esto que suscribimos bajo el constructo de “discapacidad intelectual”. Reseño aquí la última revisión de la definición dada por la AAIDD (Asociación Americana de Discapacidades Intelectuales y del desarrollo), entidad referente mundial en esta materia.

Entendemos por discapacidad intelectual la limitación en el funcionamiento intelectual. Además, hay una limitación en la conducta adaptativa (conceptual, social y práctica) que se produce antes de los veintidós años. (Shalock, Luckasson y Tassé, 2021).

Ha sido muy significativa la evolución en la definición de “persona con discapacidad intelectual”. Tal y como recoge Aguado Díaz en su “Historia de las discapacidades”, (Aguado, 1995), de aquel concepto demonológico antiguo, con sus consecuencias de abandono o eliminación, pasando por la concepción como enfermedad y su consecuente segregación; de la consideración de paciente y sujeto a ser rehabilitado, a la actual concepción de persona, de ciudadano con derechos.

Siguiendo las consideraciones de Etxeberria, el reconocimiento de las personas con discapacidad intelectual como ciudadanos, se enmarca en la *Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad (2006)*. La propia ONU declaraba que la Convención debe garantizar los mismos derechos para las personas con discapacidad. A este autor le parece especialmente relevante acercar a la persona con discapacidad intelectual al concepto de ciudadanía, ya que parece tener especial dificultad para la “realización efectiva de la ciudadanía” (Etxeberria, 2008)

Centrándonos nuevamente en la definición dada por la AAIDD, el gran cambio paradigmático en la concepción de la discapacidad intelectual se produjo realmente en la revisión publicada en 1992. Supone un cambio fundamental, ya que da paso al paradigma) de los apoyos. La discapacidad intelectual no se entiende ya como un rasgo de la persona, sino como resulta-

do de la interacción de la persona y el contexto (Verdugo y Schalock, 2010). Por tanto, la discapacidad intelectual se refiere a un estado de funcionamiento humano y no a una condición de la persona. Así, la persona puede, desde su autodeterminación, llevar una vida buena, la que busca en base a sus valores y deseos.

Entrando ya en cuestiones sexológicas, no quiero dedicar ni un minuto a justificar la obviedad de que las personas con discapacidad intelectual son seres sexuados y como tales viven sus vidas, bajo este hecho ineludible. Hay suficiente bibliografía sobre ello. Como muestra significativa, hace ya veinticinco años que Alfredo Fierro, en la Segunda Conferencia Nacional sobre sexualidad y personas con discapacidad psíquica (Cádiz, 1999), titulaba su ponencia “El sexo de los ángeles”, justamente para ironizar sobre la absoluta irrelevancia del debate (Fierro, 2000). Aunque ciertamente, esta metáfora destila un gran puritanismo al entender que la personas con discapacidad intelectual son como niños, como ángeles, puros, despojados de sexo. A pesar del paso de los años, aún estamos muy anclados en esa concepción respecto a las personas con discapacidad intelectual. Los mitos respecto a su sexualidad, quedan bien recogidos en una sencilla publicación llevada a cabo por la organización FEAPS Valencia (ahora Plena Inclusión CV) y aún queda mucho recorrido para superarlos. Sabemos que se sienten de un sexo u otro, que tienen deseos sexuales, que aman y son amados, que sienten placer,...(FEAPS CV, 2015). En mi experiencia profesional, he constatado que no hay ninguna particularidad respecto a la sexualidad de las personas con discapacidad in-

telectual en relación a la población general. Comparten la misma esencia sexuada que todos los demás y participan de la misma singularidad que cualquier hombre o mujer en la dimensión sexual (De la Cruz y Rubio, 2011).

Plena Inclusión, confederación estatal de entidades que apoyan a las personas con discapacidad intelectual, hace una apuesta bien clara por el apoyo a su sexualidad al publicar su posicionamiento institucional al respecto. En el mismo, plantea algunas propuestas básicas para el desarrollo de su sexualidad dirigidas a las personas con discapacidad, a las familias y a los profesionales (Plena Inclusión, 2017).

Por otro lado, la concepción predominante sobre el sexo aún tiene muchos tintes de ese sexo de los “grandes titulares” del que hablaba Amezúa. En esos titulares, se ha dado un gran protagonismo al sexo considerado “como objeto tabú, con sus atractivos y peligros, son su mitologización y patologización”. (Amezúa, 2001, p. 263). Para salir de este atolladero, para la “modernización de los sexos” es necesario “el desarrollo de su letra pequeña: la de los sexos. El antiguo modelo del *locus genitalis* ha llegado ya a su límite y no da para más”. (Amezúa, 2001, p. 267). Además, desde esta mirada, el gran peso dado a la cópula en el binomio amor-sexo, ha hecho que se considere peligroso, o cuando menos innecesario, abrir la puerta de las cuestiones sexuales a las personas con discapacidad intelectual. Siguiendo a este autor, pionero y referente fundamental en la sexología, me parece clave el planteamiento que realiza: “La entidad propia del sexo es la sexuación y ésta tiene sus consecuencias so-

bre la reproducción y el placer; pero, sobre todo, en las identidades y en la organización de sus deseos; en definitiva, en sus relaciones como sujetos sexuados, lo que abre un horizonte nuevo y distinto a los planteamientos anteriores” (Amezúa, 2003, p. 26).

De ahí, que el marco epistemológico que ofrece la Sexología Sustantiva me parece excepcional para poder acompañar a las personas con discapacidad intelectual en el desarrollo de su sexualidad. Dejando atrás las imposiciones del “*locus genitalis*” con su tríada de conceptos: instinto reproductor, idea de cópula como referente universal y la institución matrimonial como marco de legitimación de los dos anteriores. Dicho de otra manera, impidiendo “que el árbol genital te impida ver el bosque de los sexos” (Landarroitajuregi, 2012, p. 691). O como señala el mismo autor, “... la *Sexología Sustantiva* que aquí ofrecemos no pretende ser la ciencia que gestiona las *miserias* del sexo ni tampoco la disciplina que estudia el sexo como si fuese una *miseria*; al contrario, pretende ser la ciencia que estudia los *valores* de los sexos y sus interacciones, y la disciplina que trata el sexo como un *valor*.” (Landarroitajuregi, 2019, p. 10).

Esta noción de los sexos, nos coloca en el sexo que somos, en su esencialidad, en lo sustantivo. Y desde este paradigma, es posible, y necesario, apoyar a las personas con discapacidad intelectual en su vida sexuada. El paradigma de *Sexus* propuesto por Landarroitajuregi me parece un referente primordial para emprender esta tarea: *Sexus-Eros-Afrodísia-Ginos*. Estos cuatro referentes epistémicos nos llevan a comprender la diferencia y diversidad que genera el sexo; los hombres y las mujeres se

buscan y desean sabiéndose relativos y relacionales, aunque con dificultades, se encuentran piel a piel para gozarse y descubrir que con la cooperación es posible llegar a sinergia y de ahí a la eudemonia o vida buena. (Landarroitajuregi, 2012)

Ya hemos comentado que la Sexología Sustantiva, aporta la visión del sexo como un valor humano digno de ser cultivado. El término valor enlaza directamente con la ética. El valor es la cualidad que hace importantes las cosas para las personas y por tanto, dignas de ser respetadas. El principio ético fundamental y primero es el de la dignidad de la persona, es un valor intrínseco que poseemos todos los seres humanos. (Román, 2003). La ética del cuidado nos sitúa a los que nos dedicamos a cuidar a las personas con discapacidad intelectual, en ese ámbito privilegiado e íntimo desde el que, con esa mirada atenta que nos exige, aceptamos que la dignidad de la persona no puede entenderse si no es desde su ser sexuado. Por tanto, ya no se trata tanto de dar respuesta a sus peticiones, sino que hemos de entender el apoyo en la sexualidad como algo valioso que ha de ser cultivado para tener una vida buena. Nuestros proyectos de felicidad no pueden estar exentos de algo tan esencial que nos atraviesa, como es el hecho de ser sexuados. La ética del cuidado nos exige dar respuesta a esta cuestión, ya que nos pone en contacto con la realidad de las personas y sus vulnerabilidades. Es cierto, que en ocasiones se ha apelado a la misma ética para negar el apoyo en la sexualidad de las personas con discapacidad intelectual. Desde el principio de “no maleficencia”, se ha podido considerar que, al no haber un consentimiento explícito en el área sexual, se con-

cluya que podamos producir más mal que bien. Esta mirada nos vuelve a colocar en esa concepción antigua del sexo entendido como peligroso, desde las teorías menores, a decir de Amezúa. Sin embargo, considero que la relación de interdependencia en la que nos coloca el cuidado, va más allá de los mínimos que establecen los principios de no maleficencia y justicia. Nos colocamos en la superación de los mínimos exigibles, para ofrecer a la persona algo que es valioso en sí mismo y que afecta a su propia dignidad. Queda bien expresado en la siguiente cita: "...una forma de pensar en el sexo como un valor digno y atractivo. Un hecho humano susceptible de ser entendido como un bien estimable cuya comprensión y cultivo razonables puede ser una vía de mejora en la felicidad y calidad de vida de todas las personas." (Malón, 2009, p. 7).

Tras estos necesarios prolegómenos, pasaré a compartir el trabajo concreto que estoy desarrollando en la asociación en la que trabajo y la evolución del mismo. Desde las premisas comentadas previamente, en el año 2012 pusimos en marcha el "Proyecto de sexualidad" en Gorabide, asociación que pretende "Contribuir a que las mujeres y los hombres con discapacidad intelectual de Bizkaia y sus familias puedan desarrollar sus aspiraciones vitales, ofreciendo apoyos e innovación en las respuestas desde una perspectiva ética y promoviendo su participación, contribución e inclusión en una sociedad más justa y solidaria" (WEB Gorabide). El proyecto tiene sus orígenes en los tres grupos de interés que conforman la asociación. En primer lugar, las propias personas con discapacidad intelectual van reclamando sus derechos, así como sus deseos y necesidades

sexuales (espacios de intimidad, apoyos a la pareja, la erótica,...). Las familias y tutores, además de reclamar sus derechos, solicitan un mayor apoyo para dar respuesta a las necesidades que observan en sus familiares o tutelados. Por último, los profesionales que prestan los apoyos directos, desde la cotidianidad y complicidad con las personas con discapacidad, ponen el foco en los anhelos y necesidades de aquellos a los que apoyan.

El proyecto fue cobrando entidad hasta convertirse en el actual "Sexubide", Programa de sexualidad de Gorabide. El proyecto se inició como parte de la agenda de innovación de esta entidad, planteándonos como objetivo "proporcionar los entornos y apoyos necesarios para que las personas con discapacidad intelectual puedan desarrollar su afectividad y sexualidad de la manera más satisfactoria posible de acuerdo con su proyecto de vida y sus necesidades de apoyo." (Web Gorabide)

Se empleó una metodología de abajo-arriba, partiendo de necesidades y personas concretas. Se pretendía que desde un inicio se moviera algo en la vida de las personas, que algo pudiese mejorar desde el primer momento. Al mismo tiempo, que sirviera de tracción para iniciar otros nuevos programas en los centros, que de alguna manera se fuesen "contagiano" y extendiéndose por la entidad. De esta manera, aquello que se inició como una innovación, podría incluirse e integrarse en el plan individual de cada persona y que con total naturalidad, se diera respuesta al desarrollo de la sexualidad como otra cuestión clave para el buen vivir de las personas. Así, se comenzó con el desarrollo de seis experiencias que, poniendo en el centro a

cada persona, permitía identificar los apoyos vinculados a los deseos, necesidades y sueños de la persona en lo referente a su dimensión sexual. Cada plan estaba acompañado por un facilitador, persona de referencia y confianza de la persona con discapacidad. El facilitador es una figura primordial en el proceso, ya que es quien mejor conoce a la persona y ha de acompañarla desde la complicidad siguiendo sus anhelos y no lo que los profesionales consideren necesario o bueno para la persona.

El grupo de facilitadores, se reunía aproximadamente cada dos meses, para compartir los planes concretos y recibir una supervisión y apoyo desde un punto de vista sexológico.

En un inicio, las temáticas sexuales planteadas desde los centros, se enmarcaban bajo el prisma de lo problemático, con connotaciones negativas (“que no se masturbe en público”, “que no toque a sus compañeros”, “que trate bien a su pareja”, “que no plantee determinadas conductas inadecuadas”, ...), por ello surgió la necesidad de contar con una herramienta que permitiera indagar de manera más positiva y amplía los deseos y necesidades de las personas con discapacidad intelectual.

El objetivo de la herramienta era, por un lado, que fuese útil para descubrir y acompañar a las personas en llevar adelante sus anhelos y deseos de la manera más satisfactoria posible, de acuerdo a su proyecto de vida y sus necesidades de apoyo. Por otro lado, tenía también un objetivo pedagógico, pretendiendo ampliar los conocimientos de las personas con discapacidad intelectual y de los profesionales que utilizaban la herramienta y dirigían la indagación. De

esta manera, la propia herramienta se convertía en un elemento clave del proceso de diálogo y también de descubrimiento y aprendizaje.

La herramienta “Sexubide” (Bengoia, 2022) cuenta con unas dimensiones que derivan del mapa conceptual del hecho sexual humano propuesto por Amezúa (2003) y desarrollado posteriormente por Landarroitajauregi (2016): Sexuación, sexualidad, erótica, amatoria, pareja y procreación. Aunque estoy de acuerdo con otros autores al considerar el sexo como un hecho, más que como un derecho, se han incluido como ámbitos de indagación los derechos sexuales, ya que aún hay que reivindicarlos para las personas con discapacidad intelectual (WAS, 1999).

Cada una de estas dimensiones se concretan en diferentes áreas de indagación, que acompañadas de imágenes a modo de pictogramas, permiten establecer un diálogo con la persona para indagar más profundamente en los deseos de la persona. De ahí se obtienen unos objetivos y planes concretos para llegar a las metas deseadas.

Todo el proceso está alineado también con la metodología de la Planificación Centrada en la Persona, el paradigma de los apoyos y el modelo de calidad de vida.

Uno de los primeros planes que se pusieron en marcha fue un proyecto de vida en pareja (2012). Concretamente, una pareja que llevaba algunos años de relación y solicitaban poder vivir juntos en la misma habitación. Puede parecer algo muy sencillo y, de hecho, así se demostró en el propio proceso. Sin embargo, emergieron todos los miedos y fantasmas. Hasta entonces, únicamente

te había un piso en el que convivían dos parejas, pero no una pareja que viviera en un piso compartido con otras personas y mucho menos en una residencia. La vida erótica se planteaba siempre fuera de los centros y este proyecto ponía también la erótica sobre la mesa. Había que hablar con tutores, con los propios compañeros y compañeras, con la dirección, con los monitores, había que hacer cambios de habitaciones, ... La realidad demostró que no era tan complicado y que era posible llevar a cabo una vida en pareja en un piso compartido. De hecho, otra pareja se subió al mismo carro y se amplió el plan a dos parejas.

Este primer proyecto fue conocido en otros servicios y dio paso a otros planes en otras dos residencias, incluyendo algunas para personas con necesidades de apoyo extensas. Jaime y Belén es una pareja que vive en una habitación en una residencia para 20 personas. Ambos salen a trabajar y todos los años van de vacaciones de manera autónoma. Llevan juntos más de 10 años. Fue una felicidad para ellos cuando pudieron comprar la cama de matrimonio y poder vivir juntos en su proyecto de vida en pareja. Pienzan tal vez, en poderse hacer pareja de hecho. En la misma residencia, Sonia y Patxi comparten habitación desde hace algunos años, siguiendo la estela de la primera pareja.

En una residencia de 25 personas, muchos de ellos con grandes necesidades de apoyo, viven Consuelo y Lorenzo. Fueron despacio, pasaron algún fin de semana en algún hotel cercano para ver cómo se sentían. Fueron evolucionando hasta que decidieron dar el paso de vivir juntos en la misma habitación. Sus familias acompañaron en el proceso.

Otro plan interesante fue llevado a cabo por Javier, que vive en una residencia con otras 20 personas. Es una residencia heterogénea. Javier tiene grandes necesidades de apoyo, no tiene lenguaje oral y su comprensión es muy escasa. Utiliza pañal de manera continuada. Es un hombre joven, muy cariñoso, que disfruta mucho del contacto con los demás. No tiene conciencia de intimidad y puede masturbarse en los lugares comunes. Se puso en marcha un plan para que pudiese conocer y disfrutar de su cuerpo en un entorno privado. No era fácil, ya que necesitaba atención continua para evitar peligros de los que él no era consciente. El proyecto fue evolucionando hasta plantear con él una actividad semanal individual para disfrutar de su cuerpo. La actividad se llama "El placer de los sentidos: la piel". Acompañado de una monitora y con distintos materiales (geles, plumas, vibrador, cremas, ...) disfruta de las sensaciones de su cuerpo siguiendo el ritmo que él marca. Aquí, es fundamental el conocimiento y cercanía de las profesionales, ya que hay que estar atentos a lo que Javier comunica con sus gestos y acciones. Es significativa esta anotación que hace una profesional tras realizar la actividad con él: "Se mueve por la cama para explicarle a la monitora las zonas que le gustan"

Este proyecto individual ha servido de base para que, en una residencia de 60 personas con grandes necesidades de apoyo, se ponga en marcha la actividad de "Taller del placer de los sentidos". Se ha creado un espacio tranquilo y seguro, con distintos rincones donde poder disfrutar de las sensaciones corporales. Olores, luces diferentes, colchonetas que vibran, masajeadores,

... Un espacio en el que un grupo de mujeres y hombres acompañados de una monitora, disfrutaban de las sensaciones del cuerpo, se encuentran con otras personas, disfrutaban de los placeres sensitivos, dando culto a Hedoné. Hay que seguir reivindicando el placer para las personas con discapacidad intelectual.

Ignacio, un chaval de veintitantos años entró en el proyecto con algunas dificultades relacionadas con su identidad sexual. Vivía en una residencia de sesenta personas, con perfiles muy heterogéneos. Le gustaba vestirse de mujer y decía que quería ponerse pechos. En ocasiones decía que era un chico y en otras que quería ser mujer. Lo que sí pedía, era poder vivir con mayor tranquilidad y naturalidad con su imagen de mujer. En el plan, se le acompañó para que tuviera un espacio seguro en el que poderse expresar como mujer, siendo aceptada la situación por el resto de compañeros y compañeras de su unidad. El siguiente paso será dar el salto al entorno social, si así lo considera Ignacio.

Juan Miguel trabajaba en empleo protegido y vivía en un piso con otros tres compañeros. Quería mantener relaciones eróticas con una mujer y le costaba encontrarla. Solicitó apoyo para poder utilizar servicios de prostitución. En su plan, se le ofrecieron los apoyos necesarios para que pudiera utilizar de manera autónoma un servicio de prostitución.

A medida que se ponían en marcha los diferentes planes, emergió una nueva necesidad: la educación sexual. Nos encontramos con una escasa cultura sexual en las personas con discapacidad intelectual, que como ya conocemos, han teni-

do vetado el acceso a las informaciones relacionadas con los sexos, con esa idea de “para qué abrir la caja de Pandora”. Por otro lado, las familias se sentían inseguras y, en muchos casos, les faltaban herramientas para acompañar a sus familiares en las cuestiones sexuales. Los profesionales planteaban una demanda similar de mayores conocimientos en la temática sexual, además de la necesidad de un debate ético para asegurar un acompañamiento adecuado.

Por estas razones, se llevaron a cabo diversas formaciones, especialmente dirigidas a las personas con discapacidad intelectual, pero también a sus familias y a los profesionales de la entidad.

Paralelamente, tanto desde los procesos de planes individuales, como de las sesiones de formación, fueron surgiendo demandas de una atención más individualizada para tratar diferentes dificultades personales. Surgieron algunos casos relacionados con la identidad sexual y pude acompañar en su tránsito a un joven que se decía transexual. Fue necesario hablar y acompañar a su madre. También estuvimos en contacto el instituto donde estudiaba.

Surgieron algunas personas con dificultades relacionadas con la orientación sexual. El asesoramiento iba en la dirección de acompañar a las personas a asumir este deseo y salir del armario para llevar una vida más plena.

Muchos casos de asesoramiento han estado relacionados con el uso de las nuevas tecnologías y las redes sociales. Un mundo complejo en el que las personas están inmersas y en ocasiones con importantes di-

facultades para calibrar las consecuencias y las dinámicas que exige la comunicación a través de las redes sociales. Es un arma de doble filo. Pueden ser elementos que faciliten el encuentro entre las personas, pero también un mundo incierto. Considero que es un campo en el que habrá que acompañar a las personas con discapacidad intelectual de manera muy cercana.

Sexubide se abrió a todo un mundo de peculiaridades, las que nombra Amezúa en el mapa conceptual que presenta del hecho sexual humano. (Amezúa, 2003). Peculiaridades que, como el autor indica surgen especialmente de la combinación de los planos de la erótica y el ars amandi, aunque también de la sexuación y la sexualidad en un proceso de cada vez mayor individualización. Así, me encontré asesorando a personas con objetos de deseo y una erótica muy diversa. Atracción por los pies, por los olores, juegos anales, atracción por los niños, ... En realidad, se ha tratado especialmente de acompañar en el entendimiento y aceptación de esa singularidad erótica e introducir cierto sosiego en el entorno social de la persona. En algunos casos también ha sido necesario implantar una supervisión intensa para evitar posibles abusos.

Por tanto, Sexubide se ha ido desarrollando y se asienta ahora en los tres pilares que han sido descritos: los planes individuales, la educación sexual y el asesoramiento individualizado.

Para terminar, relataré brevemente la experiencia del grupo LGTB al que acompañé desde algunos años. Surgió tras un taller de sexualidad planteado para gays y lesbianas. A aquel primer taller, únicamente acudieron

hombres, y pocos. No nos extrañó demasiado. La creencia de que las personas con discapacidad intelectual pudieran ser homosexuales, no se contemplaba como una realidad. Por lo tanto, pocos se atrevían a abrir las puertas de ese armario. Y todavía se visualizaba menos a las mujeres dentro de esta posibilidad.

Tamarit, en la revista *Voces*, del movimiento asociativo Plena Inclusión, describe con nitidez la situación a este respecto. Dice que no nos resulta extraño encontrar personas con discapacidad intelectual que hablen dos idiomas (diversidad lingüística en la diversidad funcional). Tampoco nos es extraño encontrar a personas con discapacidad con un tattoo o un piercing o cuidando exquisitamente su imagen (diversidad estética en la diversidad funcional). Tampoco se nos hace raro encontrar personas con diferentes creencias religiosas, o ateas o diferentes filiaciones políticas (diversidad cultural en la diversidad funcional). Sin embargo, “¿Realmente creemos que es diferente en la esfera de la sexualidad? Yo conozco a un varón homosexual con una gran discapacidad y grandes necesidades de apoyo, yo conozco a una mujer que sin ningún reparo habla con admiración de su pareja, su novia, yo conozco a un hombre trabajador y amable que se manifiesta abiertamente homosexual y reivindica su derecho a ser como es. Diversidad sexual en la diversidad funcional. ¿Hasta cuándo esto va a seguir siéndonos extraño, cuando no oculto? Ya ¿no?” (Tamarit, 2013)

Han pasado ya diez años de esta cita y, afortunadamente, las cosas van cambiando, aunque... despacito.

Me parece oportuno traer aquí a colación la idea de que “Ni las perso-

nas homosexuales (varones o mujeres) ni las personas heterosexuales (varones o mujeres) eligen -ni optan, ni deciden, ni construyen- su orientación del deseo. Lo mismo ocurre con la identidad sexual: ni las personas transexuales (varones o mujeres) ni las personas cissexuales (varones o mujeres) eligen o deciden su identidad sexual. En el mejor de los casos, la conocen, la descubren, la aceptan, la expresan y la gestionan. Y, en el peor de los casos, no hacen ninguna de tales cosas; lo cual viene a ser una buena inversión en sufrimiento propio y ajeno. Cuando uno no se conoce, no se descubre, no se acepta, no se expresa o no se gestiona, sufre; y cuando uno pelea contra sí mismo, siempre pierde.” (Landarroitajaregi, 2018, p. 17). Por tanto, el hecho de que una mujer con discapacidad intelectual desee mujeres y que un hombre con discapacidad intelectual desee hombres, es un hecho más de diversidad sexual que entronca directamente con dos hechos sexuales claves, como son la sexuación (productor de diferencias sexuales) y la sexación (productor de categorías sexuales).

Tras aquel primer taller en 2017, decidimos seguir reuniéndonos y hacer grupo. Nos quedamos con el nombre “Grupo LGTB” por su sencillez, asumiendo que englobaba toda la diversidad posible relacionada con la orientación sexual. Los objetivos que se planteaban eran muy sencillos:

- Tener un lugar de encuentro donde poder hablar de nuestra orientación y de nuestras vivencias al respecto en un espacio seguro, sin ningún temor. Se trata de ese proceso de descubrir y aceptar lo que uno es.
- Conocer a más gente del colectivo LGTB y tener posibilidades de en-

contrarse con otras personas y poder ligar, y tal vez encontrar pareja. Estamos hablando del proceso de expresión.

- Que la sociedad nos escuche y acepte como somos y sentimos.

Pronto involucramos a las mujeres lesbianas contactando directamente con ellas para que se unieran al grupo. Hemos llegado a participar quince personas.

Principalmente, hemos hablado de nuestros sentimientos, de nuestra vida, de nuestros deseos, de nuestras parejas, ...en un ambiente tranquilo, que nos ha permitido compartir y sentir que es posible vivir nuestra orientación sexual. Es posible incorporarla a nuestra vida.

También hemos hecho un poco de educación sexual aclarando conceptos y situando las diferentes cuestiones sexológicas que poníamos sobre la mesa.

Hemos participado como voluntarios en Zinegoak (festival internacional de cine LGTBIQ+ de Bilbao).

Hicimos un primer encuentro LGTB para Gorabide y también hemos dado alguna charla cuando nos han llamado de alguna otra entidad.

A pesar de todo, vamos despacio. Aún la visibilización es escasa y algunas personas del grupo se quejan de que sus familias no aceptan su condición y plantean una mayor reivindicación de sus derechos. Muchas familias aceptan la orientación sexual de sus hijas e hijos, pero aún queda trabajo en este sentido.

Estamos contactando con otras entidades dentro de la discapacidad in-

telectual para realizar ese encuentro LGTB que ya estaba planteado desde hace algún tiempo. Pensamos que se llevará a cabo en un breve plazo de tiempo.

El siguiente paso será contactar con alguna organización del movimiento LGTB de la ciudad, para tener una mayor integración y estar más en contacto con la realidad social, a la vez que podremos hacernos más visibles en el entorno social.

Para concluir este breve relato de mi experiencia en el acompañamiento a las personas con discapacidad intelectual, se me hace casi imprescindible nombrar aquel conocido axioma de Havelock Ellis que dice que “entre los sexos -y en sus encuentros- se dan más situaciones cultivables que trastornos curables”. No hay nada problemático en la sexualidad de las personas con discapacidad intelectual, ni nada extraño o fuera de lugar. Una mirada positiva y comprensiva de los fenómenos nos ayuda a aceptar la realidad de otra manera.

Más que un mundo de problemas, se descubre una gran necesidad de educación sexual. Una educación que ha de ser comprensiva, cercana y veraz. A veces, es suficiente con un espacio de comunicación y diálogo que permita hablar de lo que nos ocurre o de lo que sentimos con claridad y llanamente, sin tapujos, sin críticas.

También se descubre la necesidad de un acompañamiento más explícito, en lectura fácil. Que llegue a las personas sin que nuestros miedos a poner palabras sin circunloquios y que las personas puedan desarrollar su biografía sexualada.

La consideración de las personas con discapacidad intelectual como seres sexuados es un hecho. Toda la diversidad sexual está presente en la diversidad intelectual.

BIBLIOGRAFÍA

- Aguado Díaz, A.L. (1995). *Historia de las deficiencias*. Escuela libre editorial Fundación Once.
- Amezua, E. (2001). Educación de los sexos: la letra pequeña de la educación sexual". *Revista española de Sexología*. Publicaciones del Instituto de Sexología.
- Amezua, E. (2003). Sexo: Historia de una idea. *Revista Española de Sexología*. Publicaciones del Instituto de Sexología.
- Bengoia, J. (2022). *Sexubide. Una herramienta para apoyar a las personas con discapacidad intelectual y del desarrollo*. <https://gorabide.com/ARCHIVOS/index.php?gorabide-sexubide-cas.pdf>
- De la Cruz, C. & Rubio, N. *En el plural de las sexualidades*. (2011). FUNDADEPS. Real Patronato sobre discapacidad.
- Etxeberria, X. (2008). La condición de ciudadanía de las personas con discapacidad intelectual. *Cuadernos Deusto de Derechos Humanos*, 48. Bilbao: Universidad de Deusto.
- FEAPS CV (2015). *Dibujando la sexualidad de las personas con discapacidad intelectual y/o del desarrollo: una cuestión de derechos*. Valencia: FEAPS CV.
- Fierro, A. (2000). El sexo de los ángeles. En J.R. Amor (Ed.) *Sexualidad y personas con discapacidad psíquica*. FEAPS.
- GORABIDE. (s.f.). *¿Qué es Gorabide?*. <https://gorabide.com/conoce/que-es-gorabide/>
- GORABIDE. (s.f.). *Programa de sexualidad Gorabide*. <https://gorabide.com/programas/sexubide/>
- Landarroitajuregi, J.R. (2012). *Nociones de sexosofía antigua*. ISESUS.
- Landarroitajuregi, J.R. (2018). *Sexo, identidad y orientación del deseo: otra perspectiva*.
- Malón, A. (2009). *Sexualidad. Planteamientos y claves para la intervención profesional en el ámbito de la discapacidad*. CADIS Huesca.
- Román, B. (2003). La ética en los servicios de atención a las personas con discapacidad intelectual severa. ¿Por qué?. En *La ética en los servicios de atención a las personas con discapacidad intelectual severa*. Cuadernos de la Fundació Víctor Grífols i Lucas.
- Schallock, R.L., Luckasson, R. & Tassé, M.J. (2021). *Discapacidad intelectual: Definición, clasificación y sistemas de apoyos*. (12ª edición, M.A. Verdugo & P. Navas, trads.). Hogrefe TEA ediciones. (Obra original publicada por la AAIDD)
- Tamarit, J. (2013). Diversidad diversa. *Voces*. 395. Plena Inclusión.
- Verdugo, M.A. & Schallock, R.L. (2010). Últimos avances en el enfoque y concepción de las personas con discapacidad intelectual. *Siglo Cero*, 41(4), 7-21. Ediciones Universidad Salamanca
- World Association for Sexual Health (WAS). (1999). *Declaración de los derechos sexuales*. Plena Inclusión

“EL GOZO FUERA DEL POZO”

DÉBORA BAZ RODRÍGUEZ

RESUMEN

En este artículo se presenta un enfoque de intervención sexológica con personas con grandes afectaciones cognitivas. Se reconoce al sujeto sexuado desde su sistema de valores y se trata de conciliar los valores sexuales de su entorno familiar con los del propio sujeto. La intervención parte de la biografía sexuada y del recorrido para reconocerla cuando no podemos realizar el diálogo habitual de consulta.

El profesional de la sexología encontrará en este artículo una reflexión sobre el trabajo, que nos acerca a entender cómo la mirada sexológica es el espacio en el que el otro se reconoce como sujeto sexuado. Esta tarea se lleva a cabo con la colaboración de los profesionales que acompañan a la persona desde el centro de atención especial donde recibe los apoyos para su vida diaria.

Finalmente se aborda un esquema para la intervención, no exenta de dificultades, una de ellas es el sistema de comunicación entre cliente y profesional. Esta comunicación con la persona que no tiene comunicación verbal es uno de los retos, ya que se ha de encontrar un lenguaje propio. En la profesión de la sexología sabemos que las dificultades no son disfunciones, se trabaja desde la peculiaridad y en el artículo se abre este campo.

Palabras clave: Persona con grandes afectaciones cognitivas, la otredad, peculiaridades sexuales, educación, biografía sexuada.

“THE JOY OUT OF THE TANK”.

ABSTRACT

This article presents an approach to sexological intervention with people with severe cognitive disabilities. The sexed subject is recognised on the basis of his or her value system and an attempt is made to conciliate the sexual values of his or her family environment with those of the subject himself or herself. The intervention is based on the subject's sexed biography and the path to recognise it when we cannot find it through the usual consulting dialogue.

The sexology professional will find in this article a reflection on the work in consulting, which brings us closer to understanding how the sexological perspective is the space in which the other is recognised as a sexed subject. This work is carried out with the collaboration of the professionals who accompany the person from the special care centre where they receive support for their daily life.

Finally, an outline for intervention is given, not without difficulties, one of which is the communication system between client and professional. This communication with the

person who has no verbal communication is one of the challenges, as a language of his or her own has to be found. Fortunately, in the sexology profession we know that difficulties are not dysfunctions, we work from the peculiarity and the article opens this field.

Keywords: Person with severe cognitive disabilities, otherness, sexual peculiarities, education, sexed biography.

CONTACTO

DÉBORA BAZ RODRÍGUEZ
debora@amaturi.org
www.amaturi.org

1. EL POZO

Cuando trabajamos con discapacidades y no con personas estamos trabajando dentro de un pozo. Este pozo no nos deja ver a la persona porque estamos viendo su diagnóstico. Que el título no nos confunda: el pozo no es el cuerpo, ni tan siquiera la discapacidad misma, el pozo está en la mirada de los otros, en el sistema de comunicación de los otros, en las actitudes, miedos, prejuicios de los otros. El pozo es desconocimiento y desinformación.

1.1. EL POZO DEL DIAGNÓSTICO

En el mundo de la intervención con personas con diversidad cognitiva hay unas siglas desde donde se organizan los conceptos y los diagnósticos. La Asociación Americana de Discapacidades Intelectuales y del Desarrollo (AAIDD), es un espacio donde se teoriza y se estudia todo lo que tiene que ver con la Discapacidad intelectual (DI).

La discapacidad Intelectual también está contemplada entre los 300 trastornos del DSM-IV-TR. La AAIDD es un organismo internacional tan reco-

nocido que la Asociación Americana de Psiquiatría ha adoptado su definición de discapacidad intelectual y los criterios de diagnóstico propuestos por esta.

Existen multitud de inventarios y escalas de conducta adaptativa para valorar a las personas con discapacidad intelectual, aquí relato algunos de los muchos que se utilizan en la atención a personas con discapacidad intelectual:

·*Inventario de destrezas adaptativas* – (CALS) Versión experimental, adaptada por Delfín Montero. ·*Escala de evaluación de la capacidad adaptativa*- (EVALCAD) Traducción y Adaptación de GAUTENA. ·*Listado de habilidades de auto-ayuda personal y social* De Dorothy Jefree. WEST VIRGINIA – (WV-VAM) Universidad Autónoma de Madrid. *Guía portage de educación preescolar* S. Bluma, M.Shearere, A. Frohman y J. Hilliard Página 3 de 6. ·*Adaptive living skills curriculum* (ALSC) R.H. Bruininiks, L.E. Morgan, Gilman y Anderson. ·*Inventario para la planificación de servicios y programación*

individual.- (ICAP) R.H. Bruininks, B.K. Hill, R.W. Woodcock y R.F. Weatherman.

En la actualidad la mayoría de instrumentos de evaluación trabajan sobre el constructo “conducta adaptativa”. La conducta adaptativa se define como el conjunto de habilidades conceptuales, sociales y prácticas que han sido aprendidas por las personas para su funcionamiento en su vida diaria (Shalock et al., 2010). La conducta adaptativa es un criterio diagnóstico requerido por todos aquellos sistemas que definen la discapacidad intelectual (Asociación Americana de Psiquiatría, 2000; Luckasson et al., 2002; Organización Mundial de la Salud, 1992).

Como profesional que trabaja en centros de atención a personas con discapacidad intelectual, entiendo la necesidad por parte de los profesionales de atención directa, de manejar estos materiales de diagnóstico en su día a día. Respeto profundamente el ingente trabajo que desarrollan. Quiero dejar una especial mención al trabajo del profesor Miguel Ángel Verdugo, Doctor en Psicología (Universidad Autónoma de Madrid), y Máster en Educación Especial (Universidad de Columbia, Nueva York), catedrático de Psicología de la Discapacidad en la Universidad de Salamanca, España.

En la intervención coordinada entre diferentes profesionales de los centros de atención a la discapacidad y los profesionales de la sexología, por nuestra parte trabajamos sin nosografía; esto nos permite acercarnos a la persona y no a la discapacidad.

1.2. EL “POZO”: UNA CONSTRUCCIÓN EXTERNA.

La frase de “ser o no ser” en la sexualidad no está en activo. No se puede no ser, igual que no se puede no ser sujeto sexuado. La cuestión es el espacio para ser y la construcción de sujeto sexuado cuando la persona tiene grandes afectaciones cognitivas.

La sexología da un marco muy certero a toda esta cuestión, la sexuación no es una cuestión consciente ni cognitiva, es una cuestión vital. La sexualidad sí que pasa por la auto-percepción, la manera que cada uno tiene de percibirse y sentirse como sujeto sexuado y esto es algo que pasa en el interior de cada cual de manera única. La cuestión de la autopercepción en las personas con un lenguaje no verbal es la gran incógnita. Una de las cuestiones centrales en nuestra relación con las personas sin un sistema de comunicación, es que damos por supuesto que como no lo comunican no lo viven. Este es el gran error, no saber escuchar no significa que no esté pasando. La vivencia de la persona es con ella y no con nosotros. La cuestión una vez más está el exterior (El pozo), en nuestra interpretación del otro, lo que no sabemos ver pasa igualmente a nuestro lado.

“Yo no soy el sujeto sexuado que los otros ven, pero para ellos sí que lo soy”, con esta frase resumo la percepción de las propias personas con discapacidad cuando me relatan cómo les ven sus familiares y su entorno. Para centrarnos en la persona tenemos primero que pasar por la mirada de los otros. La persona con grandes afectaciones cognitivas está en un ecosistema humano muy amplio (familias, profesionales, comunidad) que ocupa muchísimo espacio privado. Las amplias necesidades de apoyo justifican esta

ocupación pero no justifica los modos de ocupación. La privacidad está totalmente anulada y lo peor de todo es que, de un modo no consciente, lo que se ha obviado también es la mirada a la intimidad. La intimidad va ligada a la sexualidad, es la forma de nombrar ese espacio que pertenece a la peculiaridad propia (Amezúa y Foucart, 2013), ambas cuestiones pertenecen únicamente al sujeto porque son vividas por cada individuo, por este motivo no se pueden negar pero sí se pueden ignorar.

Los otros como agentes desexualizadores. Si lo que los demás ven es a una persona a la que hay que ofrecer apoyos para las funciones de la vida diaria, desde esa mirada se está en la búsqueda de ofrecer estos apoyos de la mejor manera posible. Los apoyos son funcionales, la búsqueda va en el camino de las funciones. La sexualidad no es una función, es una cualidad de cada sujeto, es un valor. Cuando utilizo el término de “desexualización” me refiero a que desde fuera no se pone en valor la condición sexuada del sujeto, no se ve al hombre o a la mujer. Cuando se pasa por alto la condición sexuada de la persona se “desexualiza”. Cuando se interpreta las necesidades del otro desde la lectura propia se “desexualiza”. Cuando se pregunta pero no se espera la respuesta se “desexualiza”. Cuando se habla de los derechos de la sexualidad de las personas con discapacidad intelectual se “desexualiza”, porque la sexualidad no es un derecho, la sexualidad es una cualidad y nadie puede quitarte tu condición sexuada. Otra conversación sería la de la vivencia de esa sexualidad y las condiciones que facilitan o limitan la vivencia de los seres sexuados. No es una cuestión

de tener o no tener sexualidad, es una cuestión de ser sexuado (Merleau-Ponty, 1947).

1.3. EL POZO Y EL EFECTO IGLÚ.

El mundo no es un iglú, únicamente comparten su forma esférica. Dentro del iglú tenemos la seguridad de nuestra familia, pero somos seres sociales, comunitarios en interacción con otros entornos y con otras relaciones. Dentro de casa en la seguridad del iglú estamos en pijama, al salir nos cambiamos de ropa, nos preparamos para la interacción con el exterior, buscamos y anhelamos la interacción en comunidad. Cuando la curiosidad y el impulso relacional nos hacen salir de la seguridad del hogar necesitamos el abrigo necesario para el exterior. Este abrigo es el conocimiento de uno mismo en interacción con otros. Si no se nos proporciona ese conocimiento saldremos en pijama, desprovistas e indefensas; es en ese momento cuando nos pueden pasar situaciones que nos hagan reaccionar de manera desajustada. Sin protección necesaria, en el exterior, la consecuencia lógica es el congelamiento.

De acuerdo con la propia condición sexuada, la persona con diversidad cognitiva activa el impulso de la curiosidad por la interacción con los otros, si lo hace desde el desconocimiento porque no se le ha proporcionado la educación sexual necesaria, saldrá sin duda desprotegida, es en ese momento cuando surgen los desajustes relacionales. En cuanto aparecen las conductas desajustadas, las personas de su entorno interpretan estas reacciones como un problema, como la incapacidad para las relaciones personales e intenta desactivarlo, asociando la conducta con la discapacidad. En

ese momento se repliega, desactiva las interacciones y regresa al hogar: al iglú. Desde nuestra experiencia la lectura es distinta, creemos que si la persona con diversidad intelectual se expresa de manera desajustada en sus relaciones con los otros no es por causa de su discapacidad si no consecuencia de la falta de educación sexual. Creo que cada individuo tiene la capacidad necesaria para aprender aquello que necesita, el aprendizaje no depende de las capacidades cognitivas sino de las capacidades del educador/a en adaptar los conocimientos al sistema de aprendizaje de la persona. Cualquiera ser humano sin la protección necesaria fuera del iglú se congelaría, no es una cuestión de la capacidad cognitiva, es una cuestión de la necesidad de comprensión de nosotros mismos dentro del medio en el que vivimos.

Las personas con grandes afectaciones cognitivas viven permanentemente en un iglú donde están seguras y monitorizadas las 24 horas del día. Eso es así por sus necesidades de especial apoyo y atención. ¿En el iglú están seguros?: por supuesto que sí. Seguros, protegidos y amados. ¿Esto es suficiente para la persona? ¿Podemos vivir únicamente dentro del iglú con la única compañía de nuestra familia?... Como siempre desde nuestra profesión muchas son las preguntas y pocas las respuestas generales. Como profesional quiero desarrollar un poco más toda esta cuestión, no con ánimo de responder, sino con el ánimo de compartir experiencias.

2. SALIR FUERA DEL POZO

Si el pozo es la mirada de los otros, la única manera que hay de salir de

ahí es transformando esa mirada. Nuestra propuesta es que la mirada sexológica inicia un camino de salida del pozo y de entrada en el sujeto sexuado.

La sexología desde el concepto de la "otredad" nos ayuda a entender la construcción del sujeto sexuado. En el encuentro con los otros mi ser se construye. Me veo, me siento, me percibo en relación con otros. Si en esta relación, el otro me "desexualiza" poco me queda de mi propio ser; pero si en el encuentro, frente a mí, tengo a un otro donde puedo verme y descubrirme, en ese encuentro es en el que me quedo. El otro es para mí un espacio con el que me construyo. Este es el encuentro que se espera en la relación entre profesional de la sexología y persona con discapacidad intelectual, el del descubrimiento propio, no en el de la respuesta dada. Es necesario que desde la sexología nos encontremos además con el ecosistema humano, que acompaña la vida de las personas con diversidad cognitiva, para propiciar en familias y profesionales el conocimiento del hecho sexual humano.

La base de nuestro trabajo es la búsqueda del medio para conectar, desde fuera, con la sexualidad de la persona gravemente afectada y poder prestarle los apoyos necesarios para esa autopercepción de su ser sexuado. La sexuación es un proceso individual, es un traje hecho a medida donde cada cual es su propio sastre. Por lo que, lo que le sirve a unas personas no tiene necesariamente que servirle a otras. Un traje es un continuo proceso de confección. Los profesionales de la sexología no somos el sastre, sólo somos quien comprende la confección del hecho sexual humano. Trabajamos

desde el cultivo de la sexualidad como valor, desde esta cualidad en la que cada cual se percibe de una manera única. La sexualidad cultivada lleva a una calidad de vida más humanizada y, en consecuencia, más agradable y feliz (Amezúa, 1978).

En nuestro trabajo el “Hecho Sexual Humano” ha sido sin ninguna duda la mejor de las herramientas. En el trabajo específico con personas con grandes afectaciones cognitivas es necesario dar un paso más, sin dejar atrás los planteamientos, ideas y estructuras sexuales es necesario ir a lo orgánico (que no al órgano) y a lo esencial; a lo que está más allá del intelecto y de las estructuras teóricas y conceptuales. Mientras estamos en la sesión de trabajo nuestra herramienta principal de comunicación es el cuerpo, nuestro cerebro está activo pero no se trabaja desde ahí, sería como hablar dos idiomas al mismo tiempo, lo cual sería un cortocircuito comunicativo. Este camino exige establecer una comunicación basal de cuerpo a cuerpo a través de los sentidos, dejar de lado los lenguajes conceptuales y entender el propio lenguaje de cada una de las personas con las que trabajamos. No se trata de crear un lenguaje para que la persona lo aprenda, lo que hacemos es algo nuevo en común, hacemos una oferta de intercambio, una experiencia compartida y vivida conjuntamente por las dos. Todo este sistema de comunicación servirá para poder conectar desde lo íntimo con la persona, escuchando su ser para poder acompañarla desde su propio proceso. En este proceso el sexólogo ve al sujeto como sujeto sexuado, nuestra mirada es el espejo donde el otro se reconoce.

“... es el sujeto quien se sexúa ante la presencia de los distintos modos

de estar en el mundo del resto de sujetos sexuados a los que tiene acceso. Y lo va haciendo, a lo largo de su vida, con unos y otros elementos o, más bien, junto a ellos. No con todos y menos aún en idéntica intensidad. Cada sujeto, contexto y momento histórico tendrá por bueno su particular listado de elementos más y menos sexualmente significativos. (Díez Arrese, 2020).

2.1. SALIR DEL POZO CON LA ALTERIDAD.

Cualquier programa en materia de educación sexual tiene que partir de la premisa de que la intervención nunca debe de ser intrusiva. Para acercarnos a la intimidad de la persona es necesario contar con su consentimiento y pedirle permiso. El consentimiento no es una pregunta a la espera de una respuesta afirmativa o negativa, el consentimiento es un modo de tratarnos, es también una actitud desde donde te veo, atiendo y entiendo. Si no abordamos correctamente el tema de la sexualidad desde la propia persona, si no decodificamos de una forma idónea su comportamiento para poder conocer cuáles son sus deseos, entonces no podremos hacer una intervención real y acabaremos dirigiendo y actuando de una forma intrusiva haciendo que se comporte según nuestros parámetros y nuestros modelos.

En las personas con grandes necesidades de apoyo, el conocimiento de su dimensión sexuada no tiene por qué darse únicamente desde lo cognitivo, ya que las personas pueden conocerse desde la vivencia. Cuando la estructura cognitiva de la persona está gravemente afectada, la comunicación, los aprendizajes y la autopercepción de la sexualidad pueden llegar desde el cuerpo. Su

afectación cognitiva no desactiva su condición sexuada. Algunos rasgos diferenciales, tales como la inteligencia, el carácter, o las habilidades y capacidades no son sino objetos de comparación en ocasiones odiosas, para afirmar quién es más o quién es menos. (Amezúa, 1978). Desde la sexología trabajamos con el sujeto sexuado, no con su diagnóstico intelectual, la discapacidad forma parte de la peculiaridad del sujeto pero no le resta ni le suma en su condición sexuada. Desde la lógica de los sexos, sabemos que todas las personas somos sexuadas y como tal nos deseamos, nos atraemos, nos buscamos, y esto ocurre en el peculiar modo de cada cual. Todo esto ocurre desde su condición sexuada no desde su coeficiente intelectual. Salir de esta lógica de los sexos nos llevaría a otras lógicas eugenésicas que calificaría a los humanos como más capaces o menos capaces. Nuestra episteme no clasifica, no juzga, no diagnostica, únicamente establece un lenguaje a través del cual la persona pueda comprenderse, entender sus relaciones como únicas abrazando la diversidad y tomar sus propias decisiones de manera autónoma.

En nuestra experiencia en la intervención con personas con grandes afectaciones cognitivas, el cien por cien de las situaciones que nos llegan por parte de profesionales o familiares, vienen por una conducta erótica que se valora como desajustada o perjudicial para la persona o su entorno. Estamos en el eje conceptual de la erótica, no se nos ha planteado en ningún caso la cuestión de la sexualidad como cualidad, o del proceso de sexuación. En nuestro bagaje profesional siempre ha sido una cuestión de conducta erótica disruptiva, la causa por la que se inicia una colaboración pro-

fesional con nosotros. Las familias y los profesionales se mueven entre la antigua teoría del locus genitalis y la clásica teoría erótica, por lo que nuestro trabajo es adentrarlos en la moderna teoría de los sexos. Es fundamental dejar claro que no trabajamos desde las funciones ni desde los placeres, trabajamos desde los sujetos sexuados.

2.2. SALIR ENTRANDO EN EL MAPA DEL SUJETO SEXUADO.

Presentamos a continuación una de nuestras metodologías en la intervención con personas con grandes afectaciones cognitivas. Esta intervención no se realiza en consulta, la llevamos a cabo desde un centro de atención a las personas con discapacidad intelectual, en colaboración con los profesionales del centro. El itinerario de trabajo lo trazamos acompañando al mapa del hecho sexual humano de nuestro cliente. Es un trabajo de asesoramiento que requiere tiempo, método y atención. El tiempo para recoger la información que la persona nos proporciona no puede ser apresurado, el método es el sexológico, el trazado nos lo marca el mapa del hecho sexual humano y la atención en nuestro trabajo la necesitamos para no desviarnos en la trampa de dirigir a la persona; nosotros vamos detrás. Una cosa más, nuestro cliente es la persona con diversidad intelectual, no su familia y tampoco el centro de atención a personas con discapacidad que nos contrata.

Este es el comienzo de un trabajo que creemos que no termina nunca, los apoyos cambian, es un proceso biográfico, aportamos a medida que la persona lo demanda. Cuando apoyamos en un momento concreto, con el tiempo aparecen nuevas situaciones y nosotros como profesionales tenemos el trabajo de

acompañar y diseñar, conjuntamente con la persona, nuevos apoyos. La educación sexual es la primera parte, una vez los acompañamos en la comprensión de su dimensión sexuada, el siguiente paso es acompañarlos en su vivencia sexual única y en su autonomía a la hora de la toma de decisiones.

Esta metodología está dirigida a personas con grandes necesidades de apoyo. Como ya hemos mencionado en apartados anteriores, debido a sus habilidades cognitivas, la comunicación y el trabajo no pueden ser desde la comunicación verbal, por lo que se hace necesario establecer otras vías de comunicación para comprender a la persona y poder incorporar nuevos elementos que le faciliten su vivencia sexuada. Sin perder en ningún momento la cuestión de que el sujeto sexuado sigue estando presente, sus capacidades cognitivas hacen necesario que la aproximación a su identidad sexuada sea desde lo basal. La base de la intervención es sistémica y conductual, por lo que el trabajo coordinado entre la familia y los profesionales del centro es fundamental. En este método de trabajo recogemos información sobre la persona a través de su conducta, del conocimiento de sus seres más próximos, y a través de su cuerpo.

2.2.1. PASOS PARA LA INTERVENCIÓN

1. Compromiso del centro para la intervención. Presentación a los profesionales.
2. Seguimiento del sujeto sexuado, escuchando la conducta.
3. Presentación a la familia.
4. Diseño de la intervención.
5. Evaluación.

2.2.1.1. COMPROMISO DEL CENTRO PARA LA INTERVENCIÓN. PRESENTACIÓN A LOS PROFESIONALES.

Presentamos el programa a la junta directiva del centro para su autorización. Definimos las estrategias generales y los procedimientos; realizamos la composición de los equipos de intervención directa, las líneas de comunicación con el resto del equipo y la metodología del trabajo con la familia.

Como ya hemos mencionado esta intervención está diseñada para trabajar desde un centro de educación especial. Las personas que trabajan en estos centros ya sean educativos, de formación, o residencias, no son personas independientes que ejerzan su profesión como autónomos, son en definitiva miembros de un equipo y como tales deben de trabajar. Esto significa que cuando se pone en marcha una actividad de educación sexual es fundamental contar en primer lugar con el total apoyo del equipo directivo, gerente del centro. El primer trabajo que tendrá que realizar la dirección será reunir al grupo multidisciplinar de intervención directa que se encargará de diseñar y ejecutar el programa, juntamente con el/la sexólogo/a. Nuestra propuesta es que este equipo esté formado por una persona del departamento de psicología del centro, el/a trabajador/a social, los educadores que se encargan de las personas con grandes afectaciones y algún cuidador/a. De los profesionales que componen este equipo deberá designarse un coordinador.

El siguiente apoyo que vamos a necesitar es el de todos los profesionales del centro, incluido personal de limpieza y conductores de transporte. Para una correcta intervención educativa se necesita elaborar una estrategia de intervención con una serie de pautas

que respondan ante determinadas conductas que pueda hacer la persona en cualquier contexto. Todos los profesionales del centro deben conocer esta intervención para responder según está prescrito en el programa cuando se relacionen con la persona con la que estamos realizando la intervención. Una intervención no es educativa si cada profesional ante una misma situación de una misma persona reacciona de una manera diferente o antagónica. Esta transmisión de la información debe darse con sumo cuidado, respetando en todo momento la intimidad de la persona, por lo que justificaremos desde la base del respeto que la comunicación sea estrictamente la necesaria para una buena intervención en el día a día, sin entrar en detalles privados de la persona con la que estamos trabajando.

2.2.1.2. SEGUIMIENTO DEL SUJETO SEXUADO, ESCUCHANDO LA CONDUCTA, ESCUCHANDO AL ENTORNO.

Para recoger información sobre la persona tenemos dos tipos de aproximaciones: por un lado el seguimiento de las situaciones y conductas de la persona y por otro entrevistas a su entorno más próximo. Recordemos que las personas con grandes afectaciones cognitivas tienen muy limitada la comunicación verbal y en muchos casos ésta llega a ser inexistente, por eso tenemos que buscar otros modos de conocer a la persona, uno de ellos es escuchar su conducta.

El seguimiento de la persona a través de sus conductas debe realizarse de la manera más descriptiva posible. En este sentido Verdugo y Bermejo (1998) mencionan este registro como de definición operativa: cuanto más descriptiva sea la conducta, el profesional que la observa podrá responder mejor según la pauta

marcada por el equipo multidisciplinar, aunque no forme parte de dicho equipo ni haya hecho el registro de la conducta a evaluar. Por este motivo es fundamental que el profesional que está recogiendo la conducta tenga una formación previa en el hecho sexual humano. Soy consciente de que me hago algo repetitiva con esta cuestión, pero desde mi experiencia esta formación marca la diferencia entre una intervención desde el modelo de los sexos, a una intervención desde el modelo del locus genitalis. Ni el genital ni la conducta erótica son nuestro campo de observación, nuestro campo es el sujeto sexuado.

El seguimiento se realizará dentro del centro, para cada persona se diseña un cuadro de seguimiento específico, en ocasiones se lo presentamos a las familias, pero nuestra experiencia es que sólo una de cada cinco familias lo cubre. Los profesionales están más acostumbrados a realizar estos seguimientos y son más exhaustivos a la hora de describir las conductas. Presentamos a continuación un cuadro genérico para recoger información en el centro sobre las situaciones y conductas generadas por la persona con la que vamos a trabajar. Una vez se inicia el proceso se recoge la información durante meses, antes y después de la intervención. Esto nos permitirá conocer los cambios en la persona y valorar si estamos realizando un buen acompañamiento o tenemos que realizar nuevas estrategias en la intervención sexológica.

Cuadro 1

OBSERVACIÓN CONDUCTA DE:				
FECHA:	NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE REGISTRA:	HORA COMIENZO:	TIEMPO DE DURACIÓN TOTAL:	LUGAR:
DÍA DE LA SEMANA:				
DESCRIPCIÓN DE LA CONDUCTA. Relato detallado y cualitativo de las expresiones corporales y de la secuencia.				
INTENSIDAD	SUAVE	MODERADA		INTENSA
ESTADO EMOCIONAL (Una descripción de estado emocional; la persona se encuentra alegre, relajada, satisfecha, frustrada, ansiosa, enfadada, o cualquier otra emoción que como profesionales que trabajáis con la persona y que conocen sus expresiones podáis identificar).				
ESTADO FISIOLÓGICO (Recogemos aquí si hay alguna muestra que pueda identificar si la persona ha tenido un orgasmo, erección, eyaculación o cualquier otra muestra física observable).				
PERSONAS PRESENTES				
CONDUCTAS POSTERIORES (EI resto del día)				
CONDUCTAS ANTERIORES (Pequeño resumen de conductas significativas)				

ENTREVISTAS CON EL ENTORNO

El formato de entrevista para recoger información sobre la persona tiene una sinergia muy operativa en nuestro trabajo, además de recoger información sobre la persona también tendremos información sobre la familia. Cómo se cuentan las cosas y las cosas que se cuentan nos aportará el posicionamiento de la familia ante la condición sexuada de su hijo o hija.

Nos encontraremos las veces que sean necesarias para recoger la información, como mínimo dos veces con cada familia. La entrevista no será pautada iremos construyendo un relato informal, no se trata de un interrogatorio sino de un diálogo donde el centro de la conversación será la persona con la que trabajaremos. Hablaremos sobre su entorno más cercano, sobre sus experiencias pasadas y la mirada de la familia extensa. Conoceremos sus personajes favoritos, sus preferencias, sus estrategias y recursos vitales.

En estas primeras entrevistas apenas haremos intervención sólo recogida de información. De esta manera no influiremos en el relato y podremos recoger la mirada de la familia sin nuestra distorsión.

2.2.1.3. PRESENTACIÓN A LA FAMILIA DEL PROGRAMA.

Este paso es concurrente con la entrevista a la familia, hablamos del programa en líneas muy generales, presentamos a la sexóloga o sexólogo que estará coordinando el programa y sobre todo pondremos el foco en que la intervención está apoyada por la dirección del centro con la total implicación del equipo de profesionales. Los objetivos en esta

primera toma de contacto con la familia son:

- Crear un espacio de confianza y naturalidad ante el tema.
- Reforzar la idea de que la cuestión sexual no es un problema para la persona ni para su familia sino una oportunidad. La sexualidad como un valor.
- Informar de que desde el centro no se iniciará ninguna intervención sin previa comunicación y acuerdo con la familia.
- Presentar a la familia la posible intervención. Se realizará después del seguimiento y una vez tengamos diseñada la intervención.

2.2.1.4. DISEÑO DE LA INTERVENCIÓN

Una vez recogida toda la información, se valorará la estrategia educativa, en función del análisis funcional de la conducta, la implicación de la familia y las estrategias de aprendizaje de la persona. La intervención la diseñamos en equipo y se pone en conocimiento de los profesionales que trabajan directamente con la persona.

Toda conducta o situación aparece y se mantiene por sus consecuencias ya que éstas pueden suponer para la persona un refuerzo positivo. El análisis funcional de la conducta es clave; una determinada conducta puede proporcionarle lo que la persona quiere, puede obtener algún objeto tangible o simplemente la atención de los demás. También puede suponer un refuerzo negativo ya que lo que consigue con esa conducta es que lo retiren de hacer algo que no le gusta. La conducta puede ser un refuerzo intrínseco en sí misma cuando lo que está llevando a cabo lo produce satisfacción directa.

Dependiendo de lo que la persona pretenda conseguir con cada conducta, se deberán utilizar unas estrategias de intervención u otras. Para esto el trabajo de observación de la funcionalidad por parte de los profesionales es algo clave en el conocimiento de la persona. Lo que se requiere es una intervención educativa, proporcionando e instruyendo en una conducta más ajustada que le proporcione la misma función. Hay una línea muy fina en todo este trabajo que como profesionales debemos de identificar con claridad en todo momento, lo que nosotros interpretamos y lo que la persona nos intenta transmitir tiene que estar lo más cerca posible. Esto se consigue reformulando una y otra vez la información, recogiendo de fuentes diversas en momentos diversos. Para todo esto el tiempo es clave, no podemos vernos forzados ni apresurados por la conducta en sí. Nosotros no trabajamos con conductas, trabajamos con sujetos sexuados que se comunican, entre otros canales, a través de su conducta. El deseo y la erótica están dentro de la intimidad de cada sujeto, en la línea fina en la que nos movemos tenemos que ser muy exquisitos en nuestra intervención, no estamos pautando, ni dirigiendo, ni regulando, estamos facilitando y para esto necesitamos escuchar a nuestro cliente, y cuando el cliente no habla con el lenguaje sino con su cuerpo entonces tendremos que aprender a escuchar con los ojos.

Para el diseño de la intervención tendremos que tener en cuenta la comunicación que la persona posea ya sea gestual o verbal, su funcionamiento social y madurez y la adaptación y apoyos a instrucciones verbales mediante ayudas visuales con las que esté acostumbrado a trabajar.

Las metodologías que utilizamos en nuestras intervenciones las hemos recogido del trabajo de los profesores Verdugo y Bermejo (Verdugo y Bermejo, 2011, p.146). Los procedimientos que son más útiles y que más utilizamos son: Refuerzo positivo, aproximaciones sucesivas, modelamiento, reforzamiento de conductas alternativas y alterar las condiciones estímulares.

Estas estrategias, en modo individual o combinadas, estarán definidas en la intervención de manera clara para que tanto la familia como los profesionales las pongan en práctica cuando se requiera. Recordamos que la intervención tiene que darse siempre del mismo modo por cualquier persona que presencie la conducta. De aquí la importancia de la implicación de todos los profesionales.

Dos tipos de estímulos para ayudarnos en la intervención, los lógicos y los preferidos:

- Estímulos lógicos: son los estímulos que se utilizan como refuerzo y que se relacionan de manera lógica con la conducta que se está enseñando. En cuanto alcance este objetivo una primera vez, las siguientes podrían asociar ese refuerzo.

- Estímulos preferidos: para esto deberemos determinar previamente cuáles son los estímulos preferidos de cada persona. Si la persona se comunica verbalmente se podrá obtener esta información personalmente, sino habrá que conseguirla mediante la observación o utilizando un test en el que, ante diferentes propuestas, la persona elija. Una fuente de información muy válida será el perfil sensorial de la persona con la que estamos trabajando, los profesionales en terapia ocupacional

están muy acostumbrados a manejar estos perfiles sensoriales.

2.2.1.5. EVALUACIÓN

Evaluamos el trabajo del equipo, las actitudes de los profesionales frente a la intervención y el trabajo con las familias. No evaluamos la consecución de objetivos ya que el único objetivo es el acompañamiento del proceso de sexuación de la persona y el apoyo a su vivencia sexual, en estos dos ámbitos no hay resultados que evaluar más allá del proceso de trabajo. Recordamos que trabajamos con el SER sexuado y no se evalúa a las personas si no a los procesos, el proyecto de vida es personal y ha de ser seguido y valorado por la propia persona no por equipos.

3. SIN ÁNIMO DE CONCLUSIÓN

No me atrevo a definir este último apartado como una conclusión, nunca he sido muy hábil en resúmenes ni conclusiones y por otro lado el concepto se me hace algo confuso, pero sí me gustaría aportar un poco más a modo de fin de artículo.

El título de este artículo es "*El gozo fuera del pozo*" a lo largo de estas páginas he hablado del pozo y de la salida fuera de esa estructura. De manera deliberada no he hablado del gozo y me gustaría explicar en este momento final el porqué de mi decisión. Entiendo que en un artículo dentro de un anuario de sexología hablar de gozo no aportaría mucho ya que es el centro de nuestra episteme y como tal todos lo hemos estudiado profusamente. Sabemos que el modo en que cada quien busca, encuentra, comparte y siente su deseo es único y como tal peculiar. Sobre las peculiaridades de cada uno de nuestros clientes versa nuestro tra-

bajo, la peculiaridad propia de cada persona con grandes afectaciones cognitivas se suma a nuestro campo. Como profesionales de la sexología sabemos que toda persona por el hecho de ser persona es sexuada y no puede no serlo, nuestro trabajo consiste en que cada cual se entienda y se perciba como sujeto sexuado, lo hacemos desde el cultivo de las posibilidades y no desde el pozo de las dificultades, lo hacemos con cada uno de los clientes que de un modo u otro se acercan a nuestra *praxis*.

BIBLIOGRAFÍA

- Amezúa, E. (1991). Sexología: cuestión de fondo y forma. La otra cara del sexo. *Revista española de sexología*, (49-50). Instituto de ciencias sexológicas.
- Amezúa, E. (1999). Teoría de los sexos: la letra pequeña de la sexología. *Revista española de sexología*, (95-96). Instituto de ciencias sexológicas.
- Amezúa, E. (2006). Sexologemas. *Revista española de sexología*, (135-136). Instituto de Ciencias Sexológicas.
- Caballo, V. (1998). *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. Siglo XXI Editores.
- Damián, L. (2023). *Tecnologías de Eros*. Egales.
- Díez, S. (2020, mayo). La noción de sujeto sexuado en sexología: Ajustes y excesos en identidad sexuada y transexualidad.
- Fromm, E. (1999). *El Arte de amar*. Paidós.
- Goleman, D. (1997). *Inteligencia emocional*. Kairós.
- King, C. (2022). *Escuela de Rebeldes*. Taurus.
- Lamata, R. (2005). *La actitud creativa*. Narcea.
- Landarroitajaregi, J. (2010) Reflexiones críticas para sexólogos avezados: Para una epistemología sexológica. *Revista española de sexología*, (157), 1-193.
- Malón, A. (2009). *Planteamientos y claves para la intervención profesional en el ámbito de la discapacidad*. CADIS.
- Malón, A. (2010). *Ética sexual contemporánea*. Tirant Humanidades.
- Malón, A. (2020). *La doctrina del consentimiento afirmativo*. Aranzadi.
- Pépin, C. (2023). *Encontrarse*. Siruela.
- Portellano, J. (2021). *Neuroeducación y funciones ejecutivas*. Ciencias de la Educación, Preescolar y Especial.
- Sapolsky, R. (2018). *Compórtate*. Capitán Swing.
- Ullerstam, L. (1999). Las minorías eróticas. *Revista española de sexología* (93-94). Instituto de Ciencias Sexológicas.
- Verdugo, M & Bermejo, B. (2011). *Discapacidad intelectual. Adaptación social y problemas del comportamiento*. Pirámide.
- Verdugo, M & Schalock, R. (2013). *Discapacidad e inclusión. Manual para la docencia*. Amarú Ediciones.
- Verdugo, M., Nieto, T., Crespo, M., & Jordán, B. (2012). *Cambio organizacional y apoyo a las graves afectaciones*. Amarú Ediciones.
- Vila, F., & Sáez, J. (2019). *El libro del buen amor. Sexualidades raras y políticas extrañas*. Ayuntamiento de Madrid.
- Wiener, G. (2022). *Sexografías*. Random House.

NEURODIVERGENCIA Y SEXUALIDAD: AVANCES Y RETOS.

JAIONE VALDÉS ITUARTE

RESUMEN

Las neurodivergencias comprenden diferencias en el funcionamiento neurológico/neuropsicológico que inciden directamente en la forma de experimentar la sexualidad. El término “neurodiversidad”, propuesto por Judy Singer subraya que estas variaciones son expresiones legítimas del ser humano. Este artículo analiza la relevancia de promover una sexualidad positiva en personas neurodivergentes, destacando cómo la educación sexual inclusiva, la promoción de la autonomía y las estrategias de intervención adaptadas pueden contribuir a su bienestar emocional, el fortalecimiento de su autoestima y el ejercicio pleno de sus derechos. Asimismo, se exploran los retos específicos que enfrentan en el ámbito de la intimidad y las relaciones interpersonales, proponiendo un enfoque centrado en la persona y basado en el respeto y la dignidad.

Palabras clave: Neurodivergencias, Autismo, Sexualidad, Neurodiversidad, Educación Sexual, Autonomía sexual.

NEURODIVERGENCE AND SEXUALITY: ADVANCES AND CHALLENGES.

ABSTRACT

Neurodivergences encompass differences in neurological and neuropsychological functioning that directly influence how individuals experience sexuality. The term “neurodiversity,” proposed by Judy Singer, highlights that these variations are legitimate expressions of human diversity. This article analyzes the importance of promoting positive sexuality in neurodivergent individuals, emphasizing how inclusive sexual education, the fostering of autonomy, and adapted intervention strategies can contribute to their emotional well-being, the strengthening of their self-esteem, and the full exercise of their rights. Additionally, it explores the specific challenges they face in the sphere of intimacy and interpersonal relationships, proposing a person-centered approach grounded in respect and dignity.

Keywords: Neurodivergences, Autism, Sexuality, Neurodiversity, Sexual Education, Sexual Autonomy.

CONTACTO

JAIONE VALDÉS ITUARTE
jaionemindfulness@gmail.com
www.jaionevaldes.com

1. INTRODUCCIÓN

Las neurodivergencias hacen referencia a las diferencias en el funcionamiento neurológico/neuropsicológico que forma parte del hecho “sexual” humano. Se incluyen condiciones como los denominados Trastorno del Espectro Autista (TEA), Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH), Dislexia, Dispraxia, algunos Trastornos del Aprendizaje y otras formas de procesamiento cognitivo que son abordadas desde el enfoque clínico como Trastornos del NeuroDesarrollo (TND). Los TND constituyen un grupo de cuadros que tienen su inicio durante el desarrollo infantil, manifestándose habitualmente antes de los 6 años y caracterizándose por alteraciones en el funcionamiento personal, académico y social (American Psychiatric Association [APA], 2025). Sin embargo, el enfoque contemporáneo basado en la Neurodiversidad (más cercano a los derechos que a la clínica) plantea el reconocimiento de la diversidad como una manifestación legítima que caracteriza a todas las personas. Desde el ámbito de la sexología, este enfoque resulta fácilmente comprensible, pues refuerza la práctica profesional que realizamos en los procesos de acompañamiento que incluye respeto, empatía y atención a las peculiaridades y biografía de cada persona. En este sentido, el término “neurodiversidad” fue conceptualizado por la socióloga australiana Judy Singer, a finales de la década de 1990. Singer acuñó este concepto con el propósito de visibilizar las experiencias de las personas neurodivergentes y promover un cambio de paradigma que prioriza la aceptación, la inclusión y el respeto por sus singularida-

des. Bajo esta mirada, se sostiene que las *neurodiferencias* no deben reducirse a etiquetas de trastornos, sino entenderse como parte de una variabilidad que enriquece a las comunidades y aporta nuevas perspectivas. En este artículo se explora la relevancia de incorporar una visión amplia/positiva de la sexualidad en las personas neurodivergentes, entendiendo que la sexualidad constituye un aspecto esencial del desarrollo humano, la calidad de vida y la identidad sexual. Se analizará cómo una comprensión profunda de sus necesidades, sumada a un asesoramiento sensible y estrategias educativas inclusivas, puede mejorar de manera significativa su bienestar emocional, su capacidad de autodeterminación y el ejercicio pleno de sus derechos sexuales. Asimismo, se abordan de manera específica los retos que enfrentan las personas neurodivergentes en el ámbito sexológico, entre los que se incluyen las barreras en la comunicación, las dificultades en la interpretación de señales sociales y la carencia de referentes positivos sobre su propia vivencia erótica. Finalmente, se recoge algunas claves de intervención (decálogo) que fortalecen entre otros aspectos, la autonomía sexual, la prevención de riesgos y la construcción de entornos de confianza y respeto, contribuyendo así a la construcción de una sociedad más inclusiva y comprometida con los derechos sexuales.

2. SEXUALIDAD EN PERSONAS NEURODIVERGENTES

Se puede afirmar con toda seguridad que la sexualidad es algo inherente al ser humano, que forma parte de todas las personas sin distinción, que nos acompaña desde que nace-

mos y a lo largo de toda nuestra vida (De la Cruz, 2017). Sin embargo, las personas neurodivergentes a menudo enfrentan barreras y desafíos en relación a su sexualidad que son específicos por su condición y que pueden dificultar su capacidad para explorar y expresar su sexualidad de manera saludable y satisfactoria. A continuación, se recogen algunos datos que han sido extraídos de la guía de la *Asociación Asperger-TEA de Sevilla* realizada por el psicólogo sanitario y director técnico Daniel Plaza (2021): La población adolescente y adulta con TEA muestra un interés significativo por mantener relaciones emocionales y eróticas que les resulten plenas y satisfactorias. Diversos estudios han señalado que su nivel de deseo erótico y su percepción de satisfacción en este ámbito son comparables a quienes no presentan este diagnóstico. Se observa que las parejas compuestas por dos personas con TEA tienden a experimentar un mayor nivel de satisfacción en su vínculo. Esta mayor satisfacción parece estar relacionada con que existe una menor exigencia en cuanto a la manifestación y comprensión de las emociones, así como con la reducción de la frustración que habitualmente genera la dificultad para expresar reciprocidad afectiva. Las personas con TEA precisan recibir una enseñanza específica y estructurada sobre las habilidades sociales necesarias para establecer relaciones interpersonales adecuadas y sobre las normas explícitas que guían el comportamiento social aceptado. No resulta recomendable que estos aprendizajes se adquieran únicamente mediante la experiencia directa o a través de un enfoque implícito, ya que esto incrementa la probabilidad de cometer errores, de sufrir consecuencias negativas

y de consolidar una percepción de inadecuación personal. Generalmente, quienes presentan TEA han tenido menos oportunidades de adquirir experiencia relacionada con encuentros eróticos en comparación con la población general. Esta menor exposición, junto con las dificultades que suelen presentar para aprender de manera implícita, hace necesario prestar una atención cuidadosa a aquellos aspectos de la sexualidad que resultan más sutiles o complejos de comprender.

3. POR UNA EDUCACIÓN SEXUAL POSITIVA

Una de las estrategias fundamentales para promover una sexualidad positiva en personas neurodivergentes es la implementación de programas de educación sexual sensible y accesible, que vaya más allá de las premisas establecidas desde la perspectiva de la Neurotipia. Estos programas deben adaptarse a las necesidades específicas de cada persona, teniendo en cuenta sus habilidades de comunicación, su comprensión del mundo social y sus necesidades individuales en relación con la sexualidad y la erótica. La OMS (2006) enfatizaba que el acceso a información sexual veraz y adecuada es un derecho humano esencial que contribuye al bienestar integral y a la prevención de la violencia y el abuso. Hervás y Pont (2020) destacan que las personas con TEA muestran interés y deseo de mantener relaciones emocionales y sexuales, similares al resto de la población. Sin embargo, afrontan barreras específicas, como dificultades para interpretar señales sociales y regular la reciprocidad emocional. La rigidez cognitiva y los

intereses restrictivos complican la adaptación a cambios físicos y emocionales durante la adolescencia. Además, la hipersensibilidad sensorial influye en la percepción del contacto íntimo. Estas características incrementan la vulnerabilidad frente a situaciones de abuso y dificultan el establecimiento de límites. Muchas personas con TEA, además, manifiestan diferentes orientaciones del deseo erótico y una mayor prevalencia de disforia de género. Las autoras subrayan la necesidad de programas de educación sexual estructurada, adaptada y continua. También proponen el trabajo conjunto con las familias para garantizar la comprensión, la prevención de riesgos y la promoción de relaciones saludables. Es importante que la educación sexual se base en un enfoque práctico y concreto, que incluya estrategias visuales, actividades interactivas y materiales adaptados que faciliten la comprensión. De acuerdo con García Gómez (2008), el uso de apoyos visuales, como pictogramas y secuencias de imágenes, resulta especialmente eficaz para explicar conceptos abstractos como consentimiento, privacidad o límites personales. Además, la claridad en el lenguaje y la repetición de contenidos permiten consolidar aprendizajes y reducir la ansiedad asociada a situaciones nuevas.

Para lograr estos objetivos, es fundamental que el equipo educativo y las y los profesionales de la salud reciban formación específica. Lancha Villamayor (2020) analiza en su artículo la percepción de las y los profesionales de la educación respecto a la expresión sexual de las personas con trastorno del espectro autista (TEA). Las y los docentes coinciden en que este alumnado muestra interés por explorar su se-

xualidad y experimentar placer corporal, aunque con frecuencia manifiestan comportamientos rutinarios o que no se ajustan al contexto social, debido a una escasa conciencia de la privacidad y las normas sociales. La mayoría de las y los profesionales señala que estas personas necesitan una enseñanza explícita sobre los límites, la regulación de impulsos y los espacios adecuados para la autoexploración, ya que el aprendizaje incidental rara vez resulta efectivo. El estudio exploratorio pone de relieve la falta de formación específica tanto en el profesorado como en las familias, quienes a menudo se sienten inseguros/as o incómodos/as al abordar estos temas. Asimismo, se destaca la importancia de que los planes individualizados de apoyo contemplen objetivos relacionados con la educación sexual, adaptados a cada nivel de comprensión y madurez. Para fomentar la autonomía sexual, es esencial proporcionar información clara y accesible sobre la anatomía, la reproducción, la intimidad emocional y la negociación del consentimiento. Hervás y Pont (2020) subrayan que las intervenciones deben contemplar tanto contenidos básicos (por ejemplo, diferencias entre caricias afectivas y sexuales) como el desarrollo de habilidades de comunicación interpersonal. Este enfoque favorece que la persona neurodivergente pueda identificar qué situaciones son seguras, expresar qué le resulta placentero y establecer límites de manera asertiva. La autoexploración corporal es también un componente necesario. Tal como señala la UNESCO (2018), reconocer y aceptar el propio cuerpo, así como explorar la sexualidad de manera autónoma y respetuosa, forma parte del desarrollo integral. Estas prácticas deben abordarse sin

estigmas, validando la experiencia sexual de las personas neurodivergentes como legítima y valiosa. En conjunto, la educación sexual inclusiva y la promoción de la autonomía sexual constituyen herramientas fundamentales para garantizar el derecho a una sexualidad plena, segura y satisfactoria. Los programas deben diseñarse con un enfoque interseccional que contemple la diversidad funcional, la orientación sexual, el género y los contextos culturales.

4. DESAFÍOS ESPECÍFICOS Y ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN

.....

Abordar la sexualidad en personas neurodivergentes requiere reconocer los obstáculos que enfrentan para vivenciar y expresar su sexualidad de forma plena. El estudio de Álvarez-Lara *et al.* (2025) revela que muchas de estas personas tienen dificultades para explorar su sexualidad, comunicarse sobre sus necesidades íntimas y acceder a atención en salud sexual adecuada. Uno de los retos más significativos en este contexto es la interpretación del lenguaje no verbal y las señales sociales vinculadas al deseo, el consentimiento y los límites emocionales. Las narrativas recogidas por los autores reflejan que la comunicación no verbal se percibe como un área desafiadora, lo que puede ocasionar malentendidos o conflictos en relaciones íntimas (Álvarez-Lara *et al.*, 2025). Además, dicho estudio destaca una fuerte demanda de atención en salud sexual que sea inclusiva y personalizada. Las y los participantes expresaron que el modelo actual de atención, muchas veces estándar o muy protocolizado, no reconoce sus particularidades y no logra generar espacios de confianza donde

puedan exponer sus dudas, deseos o preocupaciones sin sentirse juzgados. En síntesis, Álvarez-Lara *et al.* Concluyen entre otros aspectos, que la invisibilización de la sexualidad en personas neurodivergentes no solo les impide ejercer plenamente sus derechos, sino que constituye un problema significativo de salud pública. Para revertirlo, es necesario promover una atención sanitaria especializada, una formación profesional adecuada y un discurso cultural que reconozca la diversidad sexual como parte integral de la identidad de estas personas (Álvarez-Lara *et al.*, 2025).

5. CONCLUSIONES

.....

La importancia de tener en cuenta la sexualidad en personas neurodivergentes radica en reconocer que la vivencia sexual es una dimensión inherente al ser humano y un derecho fundamental que no debe quedar supeditado a estereotipos, prejuicios o miedos. La evidencia revisada y plasmada en el presente artículo muestra que las personas neurodivergentes, ya sea por su forma de procesar la información, su singular manera de percibir el mundo o las barreras sociales que enfrentan, requieren un acompañamiento especializado que parta de la comprensión de su diversidad y de la validación de su identidad sexual. Promover el bienestar emocional, la autonomía sexual y la capacidad de disfrutar de una sexualidad plena y satisfactoria no es una aspiración secundaria, sino un componente esencial de la calidad de vida y de la salud integral. Como profesionales, tenemos la responsabilidad ética de garantizar que la educación sexual sea accesible, adaptada y culturalmente sensible. La implementación de programas de educación sexual

inclusiva no solo proporciona información, sino que siembra la semilla de la confianza en uno mismo, del respeto por el propio cuerpo y del derecho a decidir. Estos programas pueden suponer un cambio de paradigma, donde la sexualidad de las personas neurodivergentes deja de verse como un tema incómodo o tabú para convertirse en un área legítima de desarrollo personal. La promoción de la autonomía sexual implica trascender la mera transmisión de contenidos para fomentar la capacidad de expresar deseos, establecer límites y tomar decisiones informadas. Es en este punto donde la neuropsicología y la sexología pueden confluir de manera innovadora, aportando herramientas concretas que contemplen tanto los aspectos cognitivos como los emocionales. A través del uso de materiales visuales, simulaciones, juegos de rol y narrativas accesibles, es posible enseñar de manera práctica qué significa el consentimiento, cómo identificar situaciones de riesgo y cómo cultivar relaciones basadas en la reciprocidad y la empatía. Las estrategias de intervención adaptadas deben ser dinámicas, sensibles a la evolución de cada persona y capaces de incorporar nuevas perspectivas. Resulta indispensable crear entornos donde se respete la autoexploración, se acompañe sin juzgar y se priorice el bienestar subjetivo por encima de los estándares normativos. En este sentido, la sexualidad positiva no puede entenderse únicamente como la ausencia de riesgo, sino como la presencia de placer, libertad y dignidad. Asimismo, la implicación activa de profesionales de la neuropsicología y la sexología en la defensa de los derechos sexuales de las personas neurodivergentes es un acto de justicia social. Esta implicación requiere formación continua, reflexión ética y compromiso

con la transformación cultural. Al visibilizar la diversidad sexual y neurodivergente, se desafían los discursos patologizantes que históricamente han invisibilizado estas experiencias. La investigación, la divulgación y la incidencia política son vías complementarias para fortalecer esta labor y asegurar que ningún proyecto de vida quede limitado por el desconocimiento o la estigmatización. A través de un enfoque genuinamente centrado en la persona, es posible contribuir a la construcción de una sociedad más inclusiva y más honesta con la diversidad humana. Una sociedad que no solo tolere las diferencias, sino que las celebre como fuentes de riqueza colectiva. Una sociedad que reconozca que cada forma de sentir, desear y amar tiene un valor intrínseco que merece ser protegido y potenciado. Este compromiso no es una tarea individual ni de un único colectivo profesional: implica a familias, instituciones educativas, asociaciones, medios de comunicación y políticas públicas. Solo cuando estos agentes se alinean desde el respeto y la escucha activa, la sexualidad positiva deja de ser un ideal para convertirse en una realidad palpable. De esta forma, la sexología aplicada a la neurodivergencia no es únicamente un campo de estudio, sino un terreno fértil donde florecen la equidad, la empatía y el derecho a la felicidad. Y en ese terreno, cada persona —independientemente de su forma de procesar el mundo— tiene el derecho inalienable de vivir su sexualidad con plenitud, seguridad y orgullo.

DECÁLOGO: 10 ASPECTOS CRUCIALES EN LA SEXUALI- DAD POSITIVA PARA PERSO- NAS NEURODIVERGENTES

1. EDUCACIÓN SEXUAL INCLU- SIVA:

Las personas neurodivergentes necesitan acceso a programas de educación sexual adaptados a sus necesidades específicas, que utilicen estrategias visuales, materiales concretos y actividades interactivas para facilitar la comprensión de conceptos relacionados con la sexualidad.

2. CONSENTIMIENTO / NEGO- CIACIÓN Y LÍMITES:

Es fundamental brindar a las personas neurodivergentes información clara y accesible sobre el consentimiento sexual, ayudándoles a identificar situaciones de riesgo y a establecer límites saludables en sus relaciones interpersonales y sexuales/eróticas.

3. COMUNICACIÓN ASERTIVA:

Promover el desarrollo de habilidades de comunicación asertiva y resolución de conflictos es crucial para que las personas neurodivergentes puedan expresar sus deseos y necesidades de manera clara y directa en el ámbito de la sexualidad.

4. AUTONOMÍA SEXUAL:

Fomentar la autonomía sexual y la toma de decisiones informadas es esencial para que las personas neurodivergentes puedan expresar sus preferencias sexuales y vivir su sexualidad de manera plena y satisfactoria, respetando siempre su capacidad de elección.

5. APOYO EMOCIONAL:

Las personas neurodivergentes necesitan contar con un espacio seguro y de confianza donde puedan dialogar sobre sus inquietudes y dudas en relación con la sexualidad, recibiendo el apoyo emocional necesario para afrontar los desafíos que puedan surgir en este ámbito.

6. INCLUSIÓN Y DIVERSIDAD:

Es importante promover una visión inclusiva y respetuosa de la diversidad sexual y neurodivergente, reconociendo la validez de las diferentes formas de vivir la sexualidad y de expresar la identidad sexual en un marco de respeto y aceptación.

7. AUTOEXPLORACIÓN:

Fomentar la autoexploración y el autoconocimiento corporal puede ayudar a las personas neurodivergentes a comprender y aceptar su cuerpo, facilitando su conexión con su propia intimidad emocional y su capacidad de vivir una sexualidad plena y saludable.

8. EMPODERAMIENTO PERSO- NAL:

Promover el empoderamiento personal y la autoestima en las personas neurodivergentes es fundamental para que puedan desarrollar una visión positiva de sí mismas y de su cuerpo, fortaleciendo su capacidad para establecer relaciones interpersonales y sexuales saludables.

9. ACCESO A RECURSOS:

Garantizar el acceso a recursos y servicios especializados en sexualidad para personas neurodivergentes es crucial para que puedan recibir el apoyo y la orientación necesarios en

cuestiones relacionadas con la sexualidad, promoviendo su bienestar emocional y su autonomía sexual.

10. RESPETO Y DIGNIDAD:

Por último, es fundamental promover el respeto y la dignidad de las personas neurodivergentes en el ámbito de la sexualidad, reconociendo su derecho a vivir una sexualidad positiva y satisfactoria, libre de estigmas, prejuicios o discriminación.

En resumen, atender las necesidades de las personas neurodivergentes en relación con la sexualidad implica adoptar un enfoque holístico, inclusivo y respetuoso, que reconozca su diversidad, promueva su autonomía y bienestar emocional, y garantice su derecho a vivir una vida sexual plena y satisfactoria, en igualdad de condiciones con el resto de la población.

.....

BIBLIOGRAFÍA

.....

- Álvarez-Lara, M., Donoso-Silva, F., Fierro-Castro, C., Olivares-Mauricio, O., & Aránguiz-Ramírez, J. (2025). Sexualidad en personas neurodivergentes: Un tema invisibilizado. *Revista Matronería Actual*, (1), p. 7. <https://rcl.uv.cl/index.php/matroneria/article/view/4387>
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2025). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-5-TR* (5ª ed., revisión de texto). Asociación Estadounidense de Psiquiatría.
- De la Cruz, C. (2017). *Sexualidades que importan: Guía de educación sexual para familiares de personas con discapacidad intelectual*. Meridiano.
- García Gómez, A. (2008). *Espectro autista: Definición, evaluación e intervención educativa*. Junta de Extremadura.
- Hervás, A., & Pont, C. (2020). Desarrollo afectivo-sexual en las personas con trastornos del espectro autista. *Medicina* (Buenos Aires), 80(Supl. II), 7–11. <https://www.medicinabuenosaires.com/indices-de-2020/volumen-80-suplemento-2-ano-2020/>
- Lancha Villamayor, V. (2020). Expresión sexual de las personas con TEA: Percepción de los profesionales de la educación. *Siglo Cero: Revista Española sobre Discapacidad Intelectual*, 51(2), 33–53. <https://doi.org/10.14201/scero20205123353>
- Organización Mundial de la Salud. (2006). *Definición de salud sexual y derechos*. OMS.
- Plaza Aguilar, D. (2021). *Guía sobre necesidades afectivo-sexuales en personas con TEA - Síndrome de Asperger*. Asociación Asperger-TEA Sevilla. <https://www.asperger-tea.es/wp-content/uploads/2021/03/Guia-necesidades-afectivo-sexuales-Asociacion-Asperger-Sevilla-2021.pdf>

REHABILITACIÓN SEXUAL EN LA LESIÓN MEDULAR: UNA MIRADA SEXOLÓGICA A SUS DESAFÍOS Y POSIBILIDADES.

MARÍA EUGENIA CABEZAS CARRERAS

RESUMEN

Este artículo tiene como objetivo esbozar de qué manera una lesión medular afecta a la vivencia de la sexualidad en las personas que la padecen, así como proponer cómo debería abordarse su rehabilitación sexual de forma sistemática y temprana. En primer lugar, se describirán las principales implicaciones, cambios o disfuncionalidades que pueden derivarse de una lesión medular en distintos niveles: físico, psicológico y sexológico. En el ámbito físico, se abordará el impacto sobre la funcionalidad, así como sobre la experiencia y la percepción del placer y la satisfacción. En los niveles psicológico y sexológico, se tratarán aspectos relacionados con la autopercepción y la imagen corporal, la autoestima y el modo en que la lesión puede afectar a la vivencia plena de uno mismo como hombre o mujer. En la segunda parte del artículo se planteará cómo debería ser, idealmente, el proceso de rehabilitación sexual para que la persona pueda recuperarse, sentirse y vivirse plenamente como el hombre o la mujer que es, considerando la vivencia de su sexualidad y de su vida erótica como una dimensión esencial de su existencia, que tiene derecho a disfrutar como cualquier otra persona.

Palabras clave: Lesión medular, sexualidad, erótica, rehabilitación, autoimagen, placer.

SEXUAL REHABILITATION AFTER SPINAL CORD INJURY: A SEXOLOGICAL APPROACH TO CHALLENGES AND OPPORTUNITIES

ABSTRACT

This article seeks to outline how spinal cord injury impacts the lived experience of sexuality in affected individuals, and how sexual rehabilitation should be approached in a systematic and timely manner. Firstly, the main implications, changes, or dysfunctions that may arise from a spinal cord injury will be described across different levels—physical, psychological, and sexological. At the physical level, the focus will be on the impact on functionality as well as on the experience and perception of pleasure and satisfaction. On the psychological and sexological levels, the discussion will address issues related to self-perception and body image, self-esteem, and how the injury influences the individual's ability to fully experience themselves as a man or a woman. The second part of the article will explore what an ideal approach to rehabilitation should entail, with the aim of enabling the person to recover, to feel, and to live fully as the man or woman they are—considering the experience of their sexuality and erotic life as a fundamental part of their existence, which they have the right to enjoy just like anyone else.

Keywords: Spinal cord injury, sexuality, erotic life, rehabilitation, self-image, pleasure.

CONTACTO

MARÍA EUGENIA CABEZAS
mariaeugeniacc@yahoo.es

1. INTRODUCCIÓN

Sufrir una lesión medular (LM) que resulte en una discapacidad severa supone un hecho tan traumático en la vida de una persona, que no es fácil describir en detalle todas las facetas de su vida que resultan afectadas para que pueda comprenderse de verdad el alcance del sufrimiento y las dificultades de adaptación a esa “nueva vida discapacitada”. Pero cuando se trata de la sexualidad, la cosa se complica aún más. El estigma social que aún existe en torno a la sexualidad de las personas con discapacidad y la falta de información accesible pueden crear grandes barreras para la expresión y la satisfacción sexual de las personas con LM, pues la sociedad a menudo mantiene la creencia de que las personas con discapacidad son asexuales, poco atractivas o incapaces de tener vidas sexuales satisfactorias. Y esta creencia es fácil que sea interiorizada por las personas con LM, viendo su situación como una barrera imbatible para recuperar ese aspecto de su vida, lo que lleva a sentimientos de vergüenza, indefensión y reticencia a explorar su sexualidad. Especialmente en situaciones de elevada dependencia y falta de autonomía que requieren la ayuda de otra persona para la mayoría de actividades de la vida diaria. Por eso, más allá de los ajustes psicológicos de cada cual, las actitudes sociales (mirada social) y la disponibilidad de recursos efectivos desempeñan un papel crucial. Porque la falta de infor-

mación accesible sobre la posibilidad de una rehabilitación sexual, conlleva que los estereotipos negativos que la propia persona interioriza sobre sí misma puedan conducir al aislamiento social y limitar las oportunidades de disfrutar de relaciones íntimas.

Llegados a este punto me gustaría matizar un detalle sobre mi personal abordaje del tema. Y es que, al emprender la escritura de un artículo de divulgación, uno debe intentar por todos los medios poner por delante el rigor, evitando la tentación de la opinión y la especulación, por lo que lógicamente, en tanto que sexóloga, al escribir sobre lesión medular y sexualidad pondré todo mi empeño en ello. Sin embargo, en tanto que lesionada medular con una tetraplejía desde hace más de 30 años, no puedo evitar enfocar el tema desde un cierto prisma personal, pues en este caso la opinión y la especulación están firmemente fundadas en una experiencia vital que no puedo soslayar fácilmente. De hecho, cada vez que leo un artículo sobre este tema elaborado por personas que estudian el fenómeno sin tener la condición de lesionados (o sea, todos), no puedo evitar sentirme “observada”, un poco “objeto de estudio” o “sujeto observado”. Así que, al escribir este artículo, lo que me he planteado es si quizá no será justamente mi condición de lesionada medular (formada en Sexología Sustantiva) lo que puede aportar

algo diferente y un toque de “alma” a un artículo así, justamente por darse el peculiar hecho de que la misma persona es a un tiempo el “objeto de estudio / sujeto observado” y el “observador”. Por eso pido disculpas al lector de antemano si por momentos pudiera parecer un poco *voyeur* de mí misma y de las personas con una situación similar a la mía con las que me he cruzado y compartido experiencias y desventuras a lo largo de los años. Quizá desde ese punto de vista, que intenta ser honesto y descarnado, podré arrojar más luz, no tanto al hecho en sí, sino más bien al camino que deberíamos seguir para aprehenderlo bien y lograr el objetivo último: mejorar la vida de los hombres y mujeres que han sufrido una lesión medular.

1.1. ¿POR QUÉ ES IMPORTANTE HABLAR DE LA SEXUALIDAD EN LESIÓN MEDULAR?

Cuando existe una discapacidad, la sociedad se siente interpelada a cuidar de la persona que la padece y procurarle todo lo que necesita. Si la discapacidad es sobrevenida, en las sociedades avanzadas con sistemas sanitarios mínimamente desarrollados se ponen en marcha todos los recursos sanitarios y sociales para tratar de sacar adelante a la persona: primero en su recuperación física y su salud. Luego, con una rehabilitación que saque el máximo partido a aquellas funcionalidades que todavía conserva, con la intención de facilitar que la persona pueda incorporarse a su vida, aunque sea de otra forma, y con la mayor autonomía posible. Y una vez que termina su periodo hospitalario y tiene que volver a su casa, se ponen en marcha los apoyos y las ayudas sociales necesarias con el paciente y su familia para tratar de asegurar-

le los cuidados básicos de su vida diaria, darle una formación, o en su caso, una reconversión profesional acorde a las capacidades que tiene, y en línea con esto intentar de una u otra forma se incorpore de nuevo el mercado laboral. Incluso se busca que disfrute de nuevo de actividades de ocio, que retome las relaciones sociales, que practique algún deporte, que haga turismo, etc. Pero dentro de toda la panoplia de recursos que se despliegan, raramente se plantea que el paciente también pueda tener necesidad de afectos, de tacto, de encuentro erótico, de placer, de sentirse deseado... porque toda vez que su vida no corre peligro, no se considera que sea una necesidad básica o vital. Sin embargo, la vivencia de la propia sexualidad constituye un componente natural y fundamental del ser humano, y como es lógico, para muchas personas, la actividad sexual y la sexualidad mantienen su importancia incluso después de sufrir una lesión de la médula espinal. Pero desgraciadamente, cuando sobreviene una lesión medular, el impacto inicial y la priorización de la supervivencia y la recuperación funcional básica pueden eclipsar la importancia de abordar la sexualidad de manera temprana en el proceso de rehabilitación. Y el problema es que posponer la discusión y el apoyo en relación con la salud sexual, hasta el punto de llegar a silenciarlo, puede tener consecuencias muy negativas a largo plazo en el ajuste y el bienestar de la persona, que puede llegar a sentir que esto del sexo “ya no es para él/ella” y a negarse uno mismo el derecho a desear y a querer sentirse deseado, simplemente porque “no sabe cómo hacerlo”, cómo afrontar algo tan íntimo desde esta nueva situación de dependencia y vulnerabilidad. Nadie le ha enseñado u orientado, y es algo que no

se atreven a demandar ni dentro ni fuera de su familia por vergüenza o porque el tema en general sigue siendo un tabú. Por ello, abordar y disipar activamente estas creencias y ofrecer los recursos necesarios a través de la educación y la comunicación abierta, y en definitiva con un adecuado acompañamiento o rehabilitación sexual (y sexológica), es esencial para promover el bienestar sexual y en general mejorar la vida de las personas que han tenido la desgracia de sufrir una LM.

1.2. LA SEXOLOGÍA SUSTANTIVA COMO ENFOQUE NECESARIO PARA SU ABORDAJE.

Cuando sobreviene una paraplejia o tetraplejia secundaria a una lesión medular, las afectaciones particulares en la sexualidad de los sujetos no se circunscriben a consecuencias puramente físicas, de movilidad, (falta de) autonomía, sensibilidad cutánea en zonas erógenas y capacidad o no de seguir sintiendo orgasmos, sino que van mucho más allá. Abarcan aspectos importantes de ajuste psicológico, de autoimagen y autoestima, y todo en conjunto, afecta a las formas de interactuar con el otro en el contexto erótico y relacional. Es decir, que, con un panorama tan multifactorial, resulta fundamental superar un enfoque puramente rehabilitador-biologicista, circunscrito a lo físico, porque inevitablemente resultará reduccionista con respecto a la necesidad de atender a la multitud de facetas de la vivencia de la sexualidad de cualquier ser humano.

Por otra parte, como bien sabemos, la sexología es (o debería ser) la disciplina que se ocupa de “los sexos”. Más allá del placer y el encuentro erótico, más allá de las dificultades sexuales, el marco teórico y episte-

mológico que mejor se acerca al ser humano sexuado, hombre o mujer, considerando todas las implicaciones de lo que significa “ser hombre” o “ser mujer”, con todas sus identidades, sus mixturas, sus interacciones y todos los hechos de diversidad posibles que la *intersexualidad*, presente en todos los seres sexuados, produce y propicia, esto es, el sexo que “se es”, es la Sexología Sustantiva. Y es así porque se ocupa del hombre y de la mujer tomando como objeto de estudio sus biografías ineludiblemente sexuadas desde antes de nacer, con las infinitas interacciones que se van dando entre su cuerpo biológico (genes, hormonas, estructuras, fisiología etc.) y el contexto sociohistórico en el que vive (cultura y normas sociales) a lo largo de su desarrollo, y que van condicionando sus experiencias vitales en la vivencia de su sexualidad; experiencias que a su vez también van configurando a lo largo de toda su vida sexuada el hombre o la mujer que es, y que se siente y se vive como tal, sea como sea esto en cada caso concreto.

Así las cosas, si pensamos que la persona que sufre una lesión medular es un hombre o una mujer con una biografía sexuada particular, con múltiples facetas en su peculiar forma de “ser hombre” o “ser mujer” que se ven afectadas y maltrechas al sufrir un golpe vital tan duro como la discapacidad sobrevenida, parece lógico pensar que el enfoque teórico y epistemológico que mejor va a entender y atender sus necesidades a la hora de recuperarse a sí mismo como ser el sexuado completo que era y sigue siendo, es justamente el de la Sexología Sustantiva, por cuanto ésta tiene como referencia al individuo completo como *ser sexuado*, y no sólo sus genitales y sus

usos o los problemas que surjan en su uso tras la lesión, que suele ser lo habitual en los escasos casos en los que la cuestión sexual se aborda en los programas de rehabilitación. Porque de lo que se trata (y así debería verse si se pretende un enfoque verdaderamente integrador), es de que el individuo lesionado vuelva a conectar con la vivencia más profunda de su sexualidad, con su masculinidad y/o femineidad; deberá volver a conectar con sus deseos y cultivar actitudes positivas hacia el propio cuerpo (su cuerpo, ese cuerpo que apenas siente como suyo y que ve incluso como algo ajeno) y sus nuevos modos de estar en el mundo, así como reconocer sus nuevas formas de funcionar y disfrutar de él, y hacer disfrutar a los demás de él y con él.

2. ¿QUÉ ES UNA LESIÓN MEDULAR?

La médula espinal es, junto con el cerebro, una de las dos partes fundamentales del Sistema Nervioso Central (SNC). Ambas estructuras contienen los centros que regulan todas las funciones del organismo. El cráneo alberga el cerebro y la columna vertebral envuelve la médula espinal.

De la médula espinal y a la altura de cada vértebra, salen unas ramificaciones, los nervios espinales o raquídeos, que se distribuyen por todo el cuerpo constituyendo el Sistema Nervioso Periférico (SNP), encargado de llevar las señales sensitivas desde la periferia del cuerpo hacia los centros nerviosos superiores y las señales de movimiento desde éstos a los músculos de todo el cuerpo. Estas raíces nerviosas, en función de las vértebras de donde salen, son cervicales, dorsales, lumbares, sa-

cras o coccígeas. Destacaremos en esta descripción las ocho cervicales y las cinco lumbares:

- **Cervicales, con dos puntos clave:** en el 4º nervio cervical (C3-C4) se origina el nervio frénico, que inerva el músculo diafragma (principal músculo respiratorio), de forma que una lesión por encima de este nivel, obliga al uso del respirador. Y el primer segmento dorsal (D1), supone la frontera entre la tetraplejia y la paraplejia, de forma que dependiendo de si la lesión es por encima o por debajo de este nivel, existirá mayor o menor funcionalidad en las manos, que es clave pues marca la frontera entre la autonomía total y la dependencia en mayor o menor grado.

- **Lumbares,** se corresponden con nervios de los miembros inferiores y de la regulación de los esfínteres y el aparato genital.

Una lesión medular se produce cuando hay una alteración en la médula espinal, originada en un traumatismo, una enfermedad o con un origen congénito (espina bífida), que hace que la conexión de ida y vuelta entre el cerebro y el resto del cuerpo se vea interrumpida o alterada, impidiendo que las señales nerviosas puedan llegar a su destino desde el punto donde se ha producido la lesión y, en mayor o menor grado, según si la lesión es completa o incompleta. Este hecho se traduce en un conjunto de alteraciones muy importantes, no sólo con la consabida pérdida de movilidad y de sensibilidad, sino también en muchas otras funciones corporales: alteraciones en el aparato urinario (vejiga neurógena), en el intestino (intestino neurógeno), en la circulación sanguínea, en el sistema neurovegetativo (tensión arterial, sudoración, termorregulación...), en la

piel (riesgo de úlceras por presión o escaras), osteoporosis, alteraciones respiratorias y de tipo neurológico (espasticidad, dolor neuropático...) y por supuesto, alteraciones en la esfera sexual.

2.1. CONSECUENCIAS FÍSICAS Y FUNCIONALES. DIFERENCIAS EN FUNCIÓN DEL NIVEL DE LA LESIÓN.

Como se ha dicho, as consecuencias de una lesión medular afectan a muchos niveles del funcionamiento del organismo, ocasionando alteraciones en muchas funciones corporales. Algunas son comunes a todos los lesionados medulares y otras dependen del nivel al que se haya producido la lesión y al grado de la misma.

El nivel de la lesión se corresponde con la altura de la médula donde se localice, o con el último segmento sensitivo o motor que permanece normal, de modo que hablaremos de:

- **Paraplejia** cuando la lesión se sitúa en los segmentos medulares de D1 hacia abajo, a nivel dorsal y lumbar, e implicará que no habrá movilidad ni sensibilidad en la totalidad o parte del tronco ni en las piernas. Se conservará intacta la movilidad de los brazos, suponiendo una autonomía prácticamente total en todas las actividades de la vida diaria, pudiendo llevar una vida de relativa normalidad, sin requerir apenas de la asistencia de otra persona.

- **Tetraplejia** cuando las lesiones se producen en los segmentos medulares cervicales, por encima de D1. Implicará parálisis y anestesia de los cuatro miembros, con diferentes grados de afectación de brazos y manos en función del segmento concreto donde se localice la lesión,

y por lo tanto, dependiendo del nivel de afectación de éstos, la autonomía/dependencia, será mayor o menor. Así, cuando la lesión es C-7 o C-8, es decir, en el límite con la zona dorsal o torácica, la afectación implica sobre todo a los dedos de las manos meñique, anular y corazón, y en menor medida, índice y pulgar, de forma que se conserva de alguna forma, aunque con poca fuerza y precisión, el movimiento de *pinza*. Además, los músculos de los brazos se conservan en gran medida (y también parte de los músculos pectorales), incluido el músculo tríceps, encargado de la extensión del brazo, que es un movimiento necesario para la autopropulsión que se requiere en las transferencias desde la silla de ruedas a la cama, el coche, etc. Con este nivel de lesión, la persona mantiene bastante autonomía, aunque seguramente requiera la ayuda de un tercero para algunas actividades, especialmente las que necesitan de coger objetos pesados o ejercer cierta fuerza al agarrar, transferencias a alturas importantes, tareas que necesiten de la precisión de motricidad fina o incluso alguna ayuda para vestirse y asearse.

A medida que sube el nivel de lesión, la afectación va siendo mayor, es menor el número de músculos inervados y menor la funcionalidad y autonomía del paciente. A nivel C6, por ejemplo, la persona necesitará asistencia total para el aseo en general, vestirse, levantarse y acostarse y cualquier otra transferencia de o hacia la silla de ruedas, ir al baño, sondarse (si es el caso)... y la mayoría de las tareas del hogar, lo que supone un nivel alto de dependencia. Podrá seguir haciendo algunas cosas y moviéndose de manera autónoma con una silla de motor, pero dentro de un rango limitado. En

lesiones más altas aún, la movilidad de los brazos desciende drásticamente, llegando a suponer en C4-C3 una parálisis total, y por encima de ese nivel, C2-C1 incluso perder la capacidad de respirar autónomamente y necesitar un respirador o marca-pasos diafragmático. De modo que, en las lesiones cervicales, unos milímetros arriba o abajo en el nivel de la lesión pueden implicar grandes diferencias de inervación y por tanto, de sensibilidad y movilidad y por ende, de autonomía.

Tanto en paraplejas como en tetraplejas, se verán afectados además los esfínteres y las funciones urinarias (vejiga neurógena), intestinales (intestino neurógeno) y sexuales (dificultades en erección y lubricación).

2.2. CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS Y PSICOSOCIALES.

Cualquier patología o problema neurológico conlleva siempre un fuerte impacto a nivel biopsicosocial, tanto en la vida del propio individuo como en las personas de su entorno. Las capacidades alteradas de origen neurológico ocasionan un importante desequilibrio en el individuo, porque plantean una nueva realidad, a menudo desconocida, y generan muchos miedos y una gran incertidumbre de cara al futuro.

La persona experimentará una gran cantidad de pérdidas, mayores cuanto mayor sea la afectación funcional, entre las cuales, la pérdida de la propia intimidad (vivencia del propio cuerpo desnudo) es una de las más terribles cuando la dependencia resultante es elevada.

Asimilar estas pérdidas no es fácil, y en este sentido, el entorno en el que se va a desenvolver su vida a partir de este momento (familia, amigos y otras relaciones significativas, espa-

cio físico o geográfico, etc.) será clave para conseguirlo. Deberá realizar un proceso de duelo adecuado por las pérdidas vividas, pero es básico que pueda descentrar su atención de las limitaciones y dirigirse a las potencialidades y oportunidades que se le plantean para seguir con el estilo de vida que quiera.

2.3. AFECTACIONES EN LA SEXUALIDAD.

Como ocurrirá en otras áreas de su vida, las consecuencias de una lesión medular en el plano de la sexualidad y la erótica diferirán mucho de un paciente a otro en función del tipo y alcance de la lesión, pero también estarán en función de otros factores. A continuación, se describirán de manera general algunas de ellas, dando una idea del enfoque y la intención que deberá tener el trabajo de rehabilitación sexual.

2.3.1. NIVEL SENSITIVO

Una de las implicaciones más claras y evidentes, independientemente del nivel y alcance de la lesión, es la *pérdida de sensibilidad en zonas erógenas importantes*: genitales, zona perigenital y perianal, nalgas, muslos, vientre, pecho, pezones... Evidentemente, cuanto más alto sea el nivel de lesión y más los dermatomas (cada región sensitiva inervada por una raíz nerviosa) afectados, menos zonas erógenas quedarán intactas y más dificultades habrá para encontrar sensaciones placenteras. Pero la pérdida de sensibilidad en la zona de los genitales, ano, nalgas e interior de los muslos es generalizada incluso en lesiones más bajas. Y esto tiene consecuencias no sólo en las sensaciones percibidas en sí, sino en la vivencia del propio encuentro erótico, pues si uno considera que no sintiendo esas zonas, no

hay placer posible o éste es mínimo, quizá cambiará su perspectiva en la intimidad, buscando más complacer al compañero que el propio disfrute, y dejando de lado la exploración de nuevas sensaciones en otras zonas erógenas. Justamente esa actitud hacia la exploración y búsqueda de nuevas sensaciones, zonas erógenas y nuevas formas de placer es lo que deberá promover una adecuada rehabilitación sexual, redefiniendo incluso lo que constituye una experiencia erótica satisfactoria.

2.3.2. NIVEL MOTOR.

La segunda cuestión evidente que afecta a la erótica tras una LM, es la *falta de movilidad*. En una actividad profundamente física, que habitualmente requiere de más o menos movimientos, y más o menos intensos, por parte del implicado o implicados, es obvio que una drástica reducción de la capacidad de movimientos afectará al desarrollo y las posibilidades tanto del encuentro erótico como del autoplacer.

• **Autoplacer:** aun pasando por alto la falta de sensibilidad existente en algunas zonas erógenas, siempre queda la opción de autoexplorarse buscando nuevos horizontes de placer en lo que queda intacto del cuerpo. Esto es factible en las paraplejias, donde la movilidad de manos y brazos permanece intacta y el individuo puede colocarse en la postura más cómoda para autoestimularse y desnudarse sin necesidad de ayuda. También podrá tocarse y estimularse donde quiera, ya sea con la única ayuda de sus manos y dedos, o con ayudas y dispositivos de estimulación (vibradores, dildos, masturbadores, plumas, púas, cremas y aceites...). Sin embargo, en el caso de las tetraplejias la cosa se complica. En primer lugar, no podrá

ni colocarse en la postura más cómoda, ni desvestirse sin ayuda. Esto ya puede ser un problema en sí mismo, pues pedirle a un familiar o un asistente personal que nos desnude y nos coloque en una postura adecuada para masturbarnos, puede ser un “trastorno” considerable. No deja de ser paradójico que uno tenga que hacer “público” de una forma tan primaria y prosaica algo que por definición suele ser muy íntimo (¿recuerdan lo que les decía más arriba sobre lo traumática que es la pérdida de la intimidad?). Y aun suponiendo que uno haya superado la vergüenza de hacer esta petición, o que se tenga cierta movilidad y uno pueda colocarse/estar cómodo y despojarse o desembarazarse de alguna prenda/s clave/s que le permitan llegar a tocarse en alguna medida, no siempre la persona tendrá capacidad para llegar a tocarse sola con la intensidad suficiente para producirse una estimulación, ya sea en los genitales o en otras zonas erógenas. Y no digamos ya para usar dispositivos que le ayuden en la estimulación. Por lo tanto, la masturbación y, por ende, la autoexploración y el conocimiento del propio cuerpo (este “nuevo cuerpo maltrecho” que uno debe aprender a re-conocer) estarán fuertemente condicionados por el nivel de la lesión y su alcance funcional.

• **Encuentro erótico:** de forma análoga, y dejando de lado la sensibilidad, la falta de movilidad puede condicionar las relaciones eróticas con los demás, por las dificultades para adoptar ciertas posturas. De nuevo, esto es menos determinante en el caso de las paraplejias, pues la capacidad que se tiene para mantenerse sentado sin ayuda, autopropulsarse, hacer transferencias, voltearse, etc., permite más variedad

de prácticas y de juego erótico. Pero en las tetraplejas la reducida movilidad puede ser muy determinante, por cuanto, para empezar, hay imposibilidad de transferirse a una cama y desnudarse sin ayuda. En parejas que ya se conocen esto no tiene por qué ser tan difícil (bien sea con ayudas técnicas o sin ellas), pero con parejas a las que se acaban de conocer como sucede en los ligues de una noche, la percepción de dificultades de movilización por parte del lesionado y los temores a explicar todas las necesidades de ayuda que se tienen, pueden llevar a evitar encuentros eróticos potenciales. Y esto se puede hacer extensible a las dificultades que pueden encontrarse después, ya metidos en faena, para la práctica de diferentes posturas o en determinados juegos eróticos (sexo oral, masturbación al otro...): cuanto menos movilidad en brazos y manos, más complicado, y por tanto, mayor incertidumbre ante potenciales encuentros. Lógicamente esto no significa que “no se pueda hacer nada” o que el disfrute sea difícil o escaso, pero es obvio que el esquema de funcionamiento cambia radicalmente y hay que utilizar otros recursos (la comunicación, la imaginación, el sentido del humor...). Pero esos recursos seguramente habrá que aprenderlos en muchos casos para manejar la carga emocional y los miedos subyacentes.

2.3.3. OTRAS FUNCIONES Y AFECTACIONES.

Además de la falta de movilidad y sensibilidad ya descritas, una implicación crucial que dificulta, e incluso impide a veces, la vivencia de la sexualidad y la erótica es la falta de control de los esfínteres. Es otro de esos factores comunes a prácticamente todas las lesiones medulares completas. El no ser capaz de rete-

ner la orina en la vejiga o de orinar de forma voluntaria, puede hacer incómodas las interacciones eróticas. La sola perspectiva de que “se escape el pipí o algo peor” durante el coito o el sexo oral o mientras nos abrazamos en la cama, es profundamente perturbadora y paralizante, por no hablar de la dificultad percibida de tener que dar explicaciones sobre los dispositivos para la incontinencia a la hora de desnudarse (pañales, compresas, colectores, sondas, bolsas de orina...), por miedo al rechazo o la incompreensión de la otra persona. De nuevo, estos miedos pueden llevar a la evitación de encuentros eróticos posibles y, a la larga, a una profunda tristeza e insatisfacción.

En cuanto al “funcionamiento sexual” (función genital), la lesión medular afectará también a la erección y la lubricación. En los hombres, la dificultad para lograr y mantener una erección y para eyacular es una común tras una LM. Las erecciones pueden ser psicógenas, originadas a través de pensamientos o imágenes eróticas, o reflexógenas, resultantes de la estimulación física. El tipo de erección que se puede alcanzar depende del nivel y la extensión de la lesión. Y en cuanto a la eyaculación son pocos los hombres con una LM completa los que pueden eyacular de forma normal. Todo ello, tendrá implicaciones importantes en los varones, a quienes la sociedad actual (y la influencia de la pornografía *streaming*) les impone el rol de “macho potente y empotrador”, la “tiranía de las tres D’s” (que Dure, Dura, Dentro), y la obligatoriedad de “dar placer y orgasmos” a la mujer a través del coito (en el caso de los heterosexuales, claro está). De forma que por esta causa, su autoestima masculina (la vivencia de

su identidad sexual como hombre) puede verse afectada.

En lo que respecta a las mujeres, se verán afectadas la lubricación vaginal y la respuesta orgásmica. Aunque a menudo las mujeres tienen otras zonas erógenas no afectadas por la LM, como el cuello, los lóbulos de las orejas y los senos, que pueden volverse más sensibles, los orgasmos pueden sentirse diferentes o tardar más en alcanzarse. Eso sí, a pesar de los cambios físicos, el hecho de que un porcentaje significativo de mujeres con LM aún puedan alcanzar el orgasmo (en torno al 50% en algunos estudios) significa que el potencial de una satisfacción sexual no desaparece, y parece que puede estar relacionado con el nervio vago, que no es espinal.

Por otro lado, hay que considerar también la posible aparición de espasticidad y la llamada disreflexia autonómica. La espasticidad y los espasmos se refieren a la rigidez muscular y a los movimientos involuntarios e incontrolados de mayor o menor intensidad que aparece a veces en diferentes zonas o músculos, según el nivel de lesión (abdomen, espalda, piernas y/o brazos). A veces son leves, pero en algunas ocasiones son tan intensos que dificultan la movilización de la persona, más aún a la hora de adoptar determinadas posturas, lo cual, como puede suponerse, es un obstáculo importante en el encuentro erótico, pues en ocasiones produce una gran frustración en el lesionado/a por la percepción de incontrolabilidad de su cuerpo (no sólo no puede moverlo, sino que además dificulta que otro lo mueva) y en la pareja, que a veces no sabe cómo ayudar, o cómo controlar ese cuerpo, que por otro lado no se puede mover solo.

Más grave es la disreflexia autonómica (DA), que aparece sobre todo en lesiones elevadas, por encima de D6, y que implica una reacción exagerada del sistema nervioso autónomo, que puede derivar en distintos síntomas, variados y diferentes de un paciente a otro, pero que en algunos casos pueden suponer un riesgo severo. Aunque este síndrome puede desencadenarse por diferentes motivos, en la actividad sexual es muy habitual. Incluye síntomas como un aumento repentino y significativo de la presión arterial, dolor de cabeza intenso que suele ser pulsátil, sudoración excesiva por encima del nivel de la lesión, enrojecimiento de la piel y piloerección (piel de gallina), bradicardia, congestión nasal, visión borrosa o cambios en la visión, y náuseas. Todos estos síntomas distan mucho de ser placenteros y de hecho se viven como “algo extraño que no debería estar sucediendo”, con una gran sensación de falta de control y ansiedad. Y es que de hecho la DA es potencialmente peligrosa, pues el aumento repentino y severo de la presión arterial puede llevar a complicaciones graves. Todo ello hace imprescindible que tanto el paciente como su pareja, en el caso de que la tenga, estén bien informadas de las cosas que pueden suceder, y sobre todo, que se les forme en cómo manejarlas. Pues no se trata de provocar miedo que lleve a evitar el encuentro erótico “por si acaso ocurre la DA”, sino más bien promover el autoconocimiento del paciente para que tenga la seguridad de que si algún síntoma se presenta, se podrá manejar sin problema.

2.3.4. IMPACTO EN LA AUTOIMAGEN Y LA AUTOESTIMA.

Al margen de que todas las afectaciones descritas a nivel sensitivo y

de movilidad pueden ser tremendamente incapacitantes, sobre todo con mayores niveles de dependencia, con el consecuente impacto en la vivencia de la sexualidad, y muy traumáticas *per se* desde un punto de vista psicológico, una de las mayores dificultades surge por el grave daño, al menos inicialmente, a la autoimagen y la autoestima que produce habitar un “nuevo cuerpo” con tantas limitaciones.

En las sociedades capitalistas contemporáneas, profundamente marcadas por las imágenes visuales y por una filosofía del capacitismo, donde uno vale en la medida que se acerca al ideal de belleza y en la medida en que es “útil” para la sociedad desde el punto de vista productivo, la autoimagen va a estar profundamente marcada por la mayor o menor cercanía del físico a los cánones de belleza vigentes y por esa capacidad de ser útil y autónomo. Y cuando sobreviene una discapacidad por una LM, el cuerpo cambia o simplemente es radicalmente distinto a lo que el entorno muestra que es, o debería ser, un cuerpo sexuado “normal”. De forma que uno puede verse a sí mismo como diferente, “deformado” y en todo caso, menos atractivo, aunque sólo sea por una diferencia radical en la postura corporal. Según la lesión (más cuanto más levadas e incapacitantes) aparecen formas “extrañas” en el cuerpo -espaldas torcidas, pies con dedos deformados, vientres muy abultados, cicatrices, brazos o piernas extremadamente delgados por la falta de masa muscular...-, que sentimos que nos alejan de la “normalidad” y que hacen sentir una inseguridad tremenda ante la posibilidad de un encuentro erótico en el que el cuerpo se vaya a mostrar desnudo. Además, hay muchas cosas

que uno ya no podrá hacer, no sólo de la vida cotidiana, sino del propio autocuidado en algunos casos; se pierde autonomía, y uno puede sentirse “poco útil” o incluso una carga para los demás, especialmente en los casos de mayor dependencia. Ambos factores, sentirse menos atractivo físicamente y sentirse poco útil, son razones suficientes para que, al menos durante un tiempo, la autoestima sufra y la autoimagen se vea menoscabada. Incluso puede que uno se sienta menos hombre o menos mujer, porque no puede hacer lo que durante toda su vida ha aprendido que se espera de él/ella en tanto que hombre/mujer.

Por todo ello, cuando se produce una lesión medular, también deberíamos prestar atención a lo que ocurre con la *identidad sexual*. Desde la óptica sexológica, la identidad sexual es esa íntima percepción y sentimiento inequívoco, indiscutible e irrefutable de que uno es hombre o es mujer (*autosexación*), independientemente de cómo nos *sexe* o clasifique el resto (*heterosexación*). Y esto, ni varía a lo largo de la vida del individuo, ni depende de, ni cambia con, ninguna circunstancia, ni siquiera una tan traumática como una lesión medular y la consecuente discapacidad, tras la cual seguirá siendo el hombre o la mujer que ya era antes de la lesión. Sin embargo, es interesante prestar atención a algunos matices de ese “sentimiento inequívoco de ser hombre o ser mujer”. Independientemente de que uno “sepa lo que es” y siga siéndolo pase lo que pase, uno exhibe una serie de conductas encaminadas a que los demás lo sepan también, especialmente en el contexto de las relaciones eróticas y afectivas. Y ello para que los demás lo consideren, no sólo como hombre o mujer

sino también como potencial objeto de deseo. Pensemos ahora en alguien con una lesión medular recién adquirida. Es posible que sienta que algunas de esas claves que le permiten sentirse y mostrarse ante el mundo como hombre o mujer deseable hayan cambiado radicalmente o simplemente hayan desaparecido, de forma que sentirá también que sus posibilidades de ser deseado/a habrán disminuido drásticamente. En este sentido, si uno piensa/siente que es “transparente” ante los demás como potencial objeto de deseo, perderá parte de esa íntima conexión con el ser hombre o mujer que es. Si ligamos esto con lo dicho sobre la autoestima y los cambios físicos y corporales sufridos tras una LM, que (en principio) pueden hacer aparecer a la persona como menos atractiva, vemos que efectivamente la identidad sexual puede verse afectada, no tanto porque sufra alguna alteración en sí misma (pues no cambia), pero sí su vivencia por parte del individuo afectado. Por eso, en un programa de rehabilitación sexual con un enfoque sexológico, debería considerarse fundamental la recuperación de esa percepción de sí mismo/a como hombre/mujer que puede haberse perdido en parte.

3. ABORDAJE DE LA REHABILITACIÓN SEXUAL TRAS UNA LESIÓN MEDULAR.

Cuando se explora el alcance e impacto de una lesión medular en la vivencia de la sexualidad desde una perspectiva sexológica, es necesario partir de un enfoque multifactorial, y aunque es imposible enumerarlos aquí de forma exhaustiva dada la enorme variabilidad entre pacientes inherente a las lesiones

de este tipo sumada a sus biografías sexuadas particulares, habrá que tener en cuenta como mínimo todos los aspectos arriba descritos, a la hora de diseñar un programa de rehabilitación sexual y reeducación erótica para hacer el acompañamiento a la persona.

3.1. EN BUSCA DEL IDEAL DESDE LA PERSPECTIVA SEXOLÓGICA: HACIA UN ENFOQUE INTEGRAL Y MULTIDIMENSIONAL EN LA REHABILITACIÓN SEXUAL Y LA REEDUCACIÓN ERÓTICA TRAS UNA LM.

En los párrafos precedentes sobre las implicaciones de la LM en la vivencia de la sexualidad, ya hemos ido esbozando algunas de las cuestiones que habría que tener en cuenta para conseguir el “reajuste sexual (y sexuado)”. Partiendo de todas las afectaciones e impactos detectados, propondré algo así como una guía de acción o protocolo que debería establecerse de forma generalizada y temprana como una parte más de la rehabilitación global de estos pacientes.

Comenzaría con una evaluación inicial. Una vez establecidos el punto de partida, los objetivos y las expectativas de la persona puede ser interesante dividir el trabajo en varios bloques o áreas que se trabajarían en paralelo: autoestima, actitudes, habilidades sociales, trabajo corporal y maternidad/paternidad. Terminaremos comentando, siquiera brevemente, lo que yo considero una herramienta fundamental en este camino: la asistencia sexual.

3.1.1. EVALUACIÓN Y TOMA DE CONTACTO INICIAL.

Como en cualquier otro proceso terapéutico, de rehabilitación o acompañamiento, la evaluación inicial nos

permitirá establecer el punto de partida, los objetivos a alcanzar y a partir de ahí el camino que se quiere seguir, camino que siempre será flexible e irá adaptándose a cada uno, a su ritmo, en su personal proceso, en función de las necesidades que vayan manifestándose. Pero para marcar el camino, debemos conocer en profundidad el punto de partida.

Es imprescindible en primer lugar conocer el nivel y alcance de la lesión, sobre todo sus consecuencias funcionales: sensibilidad y movilidad conservadas (especialmente en el caso de las tetraplejas para evaluar bien qué cosas podrá o no hacer autónomamente y la intensidad de las ayudas que necesite), y si tiene espasticidad o algún problema de salud en la actualidad (úlceras por presión, infecciones urinarias, etc.). Si tiene o no control de los esfínteres, cómo maneja la incontinencia que pueda tener y los dispositivos que utiliza. También hay que recabar cómo son las respuestas sexuales, la lubricación o la erección, y si en la actualidad utiliza algún medio farmacológico o mecánico para ello. Pero por encima de todo, debemos conocer su propia percepción de su situación actual, las expectativas de recuperación que tenga y los objetivos que se marca.

Para recabar todos estos datos podemos utilizar cuestionarios normalizados, que pueden ayudar a romper el hielo por ser una forma de sondeo más aséptica. Pueden ser útiles por ejemplo la Adaptación del cuestionario *Sexual Opinion Survey: Encuesta Revisada de Opinión Sexual* de Del Río *et al.* (2012), para medir las actitudes erotofílicas y/o erotofóbicas. O la Escala de Actitudes hacia la Sexualidad (ATSS) de Fisher y Hall (1988). Pero como vamos a trabajar

desde su propio marco de referencia, la herramienta de evaluación inicial más interesante será una entrevista cualitativa con preguntas abiertas, donde deberemos procurar que la persona se exprese libremente, aunque lógicamente adaptaremos nuestras preguntas en función de la edad, las actitudes observadas en los cuestionarios y cualquier otro detalle que sea de importancia. Al terminar la evaluación, deberíamos conocer una serie de informaciones básicas:

- Cómo percibe lo que le ha ocurrido en lo referente a su sexualidad, qué importancia le da a la alteración de esta parcela de su vida en particular, en qué medida quiere/necesita recuperarla y qué expectativas de recuperación tiene; su nivel de autoestima, si se percibe como deseable; sus actitudes hacia su cuerpo antes de la lesión y en el momento actual; sus experiencias eróticas previas a la lesión: masturbación, coitos, orgasmos, satisfacción en los encuentros, etc. y su historia de relaciones afectivas y eróticas, si tiene o no pareja, si las ha tenido en el pasado, si solía tener encuentros eróticos esporádicos, etc.; su imaginario sobre el sexo y la erótica (creencias, estereotipos...); si tiene o ha usado o conoce la juguetería erótica. Si tiene o no hijos o planes de maternidad/paternidad en un futuro...

Aparte de todas estas cuestiones, podrán ir surgiendo otras que habrá que ir explorando, en especial en casos de mayor nivel de lesión (y dependencia). Si existe una pareja, lógicamente habrá que trabajar conjuntamente con ella, y habrá que estar atentos también a sus sentimientos, percepciones y expectativas, pues también ha sufrido pérdidas. Podría incluso darse la posibilidad de ruptura, en cuyo caso, nuestro

trabajo será ayudar al paciente o a ambos en este proceso.

3.1.2. CUESTIONES BÁSICAS A TRABAJAR.

A. Autoestima: Por todos los motivos ya explicados, es uno de los puntos más básicos e importantes, y a los que habrá que prestar más atención para lograr ese reencuentro consigo mismo y su cuerpo, que eventualmente le permita sentirse deseado y, sobre todo, “sentirse merecedor” del deseo ajeno, única vía para atreverse a volver a buscar/permitir/intentar el encuentro erótico. Habrá que trabajar la percepción de la imagen corporal con ejercicios de espejo, talleres de ternura, talleres de relajación y visualización y toma de conciencia corporal, etc. También será importante trabajar el empoderamiento personal a través del reconocimiento de sus propias, cualidades positivas y habilidades. Se trata de dejar de lado “lo que ya no se puede hacer” y centrar la atención en lo que “sí se puede hacer”.

B. Actitudes: En íntima relación con el trabajo de la autoestima y el autoconcepto, están las creencias, estereotipos y prejuicios que puede mantener la persona sobre la discapacidad, aprendidos socialmente. Los estereotipos y mitos que en gran medida aún mantiene la sociedad, pueden ser interiorizados también por la propia persona, y sacudirse esa visión de sí mismo no es nada fácil. En lugar de verse a sí mismo como “discapacitado”, tendrá que ser capaz de “convivir con su discapacidad”. La autocompasión, el victimismo y el ponerse etiquetas a uno mismo (“soy un/a discapacitado/a”, aparece la etiqueta porque el adjetivo se “sustantiviza”), son peligros que hay que evitar a toda costa.

En el contexto de las actitudes y las creencias, también están las que tienen que ver con la sexualidad y la forma de ver el disfrute erótico. Siempre desde su marco de referencia, intentaremos cultivar su erotofilia y actitudes positivas hacia la sexualidad. Aquí entra de lleno el trabajo en educación sexual, pura y dura, tanto a nivel individual como grupal, en grupos con otros lesionados medulares u otras discapacidades siempre que ello sea posible, por ejemplo, en el contexto hospitalario o asistencial.

C. Habilidades sociales y asertividad: Son cruciales para alguien que a lo largo de su vida dependerá en muchas ocasiones de la ayuda de otras personas. Y el trabajo iría enfocado hacia dos vertientes fundamentales: por un lado, la de volver a atreverse a ligar y seducir o dejarse seducir, y por otro, la de la petición de ayuda. Esto último, aunque parezca baladí, es sumamente importante. Pues la pérdida de autonomía y la necesidad de ayuda para multitud de cosas básicas, es muy estresante para cualquier ser humano (piénsese, por ejemplo, en la necesidad constante de todos los niños desde bien pequeños de demostrar que son capaces de hacer cosas por sí mismos), por lo que pedir ayuda a veces es muy aversivo para un adulto. Especialmente en lo que tiene que ver con la expresión de necesidades íntimas, y más aún en el contexto del encuentro erótico. La capacidad para superar esa aversión, implica una importante autogestión emocional que será necesario entrenar en muchas ocasiones.

D. Trabajo corporal de reeducación sensorial y reconceptualización del orgasmo: Este trabajo será uno de los más laboriosos, pero

también de los más bonitos, porque será lo que más ayudará a la persona a reencontrarse con su propio “nuevo cuerpo” (con el que incluso “se enfada” en muchas ocasiones), a re-conocerlo, a re-aprender a vivir en/con él, y lo más importante, a disfrutar de él y hacer disfrutar con él. Y ese reencuentro ha de darse en el plano de la movilidad, pero sobre todo de los sentidos, redefiniendo el mapa corporal del placer.

En nuestra sociedad, la práctica erótica sigue estando muy genitalizada y coitocentrada, y el orgasmo (o los orgasmos) aparece como meta indiscutible en el encuentro erótico. Pero cuando la falta de inervación sensorial genital o en otras zonas especialmente erógenas hacen extremadamente difícil, si no imposible, alcanzar el orgasmo tal y como se conocía antes de la lesión (si es que se llegó a conocer), empeñarse en ello puede ser muy frustrante y, al tiempo, hacer que uno se pierda “el resto de placer” que *sí se puede experimentar* además del soñado orgasmo, llegando incluso a renunciar a ello y centrando todo el empeño en el placer del compañero, lo cual es generoso pero muy injusto con uno mismo (y a la larga desalentador del juego erótico). Por eso, es fundamental un cambio de enfoque para ayudar a centrar la atención en el placer que *sí se puede sentir* y disfrutar de ello, llegue o no el orgasmo. Porque a pesar de los cambios físicos, la capacidad de placer erótico no se pierde, sigue siendo alcanzable después de una LM explorando zonas erógenas alternativas y, por encima de todo, con comunicación abierta, creatividad y una actitud de juego y diversión. Se llegarán a descubrir formas nuevas y satisfactorias de experimentar la intimidad y el placer: zonas eróge-

nas más allá de los genitales, una mayor sensibilidad en las áreas no afectadas puede que conducir a un placer intenso, e incluso el orgasmo (o una nueva forma de experimentarlo) puede volver a ser una realidad. Serán útiles los ejercicios de focalización sensorial, los talleres de cuerpo en grupos mixtos de lesionados y no lesionados para perder el miedo al contacto y la intimidad, y por supuesto, el trabajo con juguetes eróticos (vibradores, masturbadores, etc.), tanto en hombres como en mujeres. En todo caso, es importante dedicar tiempo y paciencia para determinar qué produce placer y excitación, y focalizarse en ello.

E. Maternidad/Paternidad: No se puede soslayar el hecho de que la procreación es un hecho indiscutiblemente sexual y sexuado, y, por lo tanto, la consideración del deseo de ser madre/padre debe tenerse en cuenta en una guía de trabajo como la que se esboza aquí. Dado el carácter fundamentalmente médico, ginecológico-obstétrico o andrológico de la cuestión, deberemos derivar al hombre o a la mujer al servicio médico correspondiente y a una unidad de reproducción asistida especializada en lesionados/as medulares, haciendo un seguimiento en lo posible de las reacciones emocionales y de ajuste que pueden ir surgiendo en el proceso. La terapia ocupacional ayudará, en los casos que fuese necesario, al entrenamiento y las adaptaciones que sean posibles para el cuidado del bebé.

3.1.3. UNA HERRAMIENTA INDISPENSABLE: LA CUESTIÓN CANDENTE DE LA ASISTENCIA SEXUAL.

Aunque hasta aquí no lo había mencionado, he querido dejarlo para el final por dedicarle el espacio que, en mi opinión, se merece la figura del/

la asistente sexual como un apoyo indispensable en la rehabilitación sexual de alguien que ha adquirido una discapacidad, especialmente en las más severas y con mayor pérdida de autonomía.

A lo largo de toda esta disertación se han intentado resumir todas las afectaciones que pueden darse cuando sucede una LM en la vivencia de la sexualidad, y como se ha dicho, una de las que más tiempo y paciencia requiere es el trabajo con el propio cuerpo. Porque la sexualidad apela de forma inevitable a lo sensible, a lo físico, apela al cuerpo como el lugar de encuentro con el otro y con uno mismo. Y no se puede abordar la construcción de la imagen del propio cuerpo y del propio ser uno mismo -y estar en el mundo- si no es desde el propio cuerpo y sin considerar la sexualidad. Partiendo de este punto, y pensando en todas las necesidades y dificultades que se le plantean a una persona con discapacidad física severa que compromete gravemente su autonomía, es fácil entender que el asistente sexual en su dimensión de surrogate o amante sustituto es crucial, especialmente en aquellos casos donde la persona no tiene pareja, o sufrió la lesión muy joven o en la niñez y emprende sola este camino. Cuando esto ocurre, el hombre o la mujer con LM necesita un espacio seguro y de comprensión, sin juicio y con una mente abierta, capaz de comprender sus necesidades y sus miedos. Y un/a asistente sexual entrenado/a puede ser capaz de proporcionar este espacio donde reencontrar el placer y crecer eróticamente desde ese "nuevo" cuerpo. Será alguien con quien poder entrenar aquellas habilidades sociales que permitan expresar a una eventual pareja erótica qué necesidades tengo: necesidades de movilización,

de ayuda en el aseo, para vestirme, y sobre todo expresar dónde quiero que me den placer y cómo. Pero también será ese alguien que me escuche y escuche mi cuerpo, y busque conmigo esos nuevos espacios de placer que parecían haberse perdido. Será esa persona que me ayudará a utilizar juguetes eróticos, o que los utilizará por mí y me ayudará a sobrepasar la incertidumbre sobre cómo va a responder mi cuerpo a determinado estímulos.

Porque sin duda, lo que más incertidumbre produce después de una LM al enfrentarse de nuevo a un encuentro erótico, es no saber cómo va a reaccionar el cuerpo a ciertos estímulos. Con una pareja erótica no entrenada en estas lides de la discapacidad, puede dar muchísimo pudor explorarlo. Sin embargo, conocer el propio cuerpo, sus reacciones de todo tipo y el propio placer, empodera enormemente y reduce esa incertidumbre y ansiedad. ¿Cómo no ver en este contexto la figura del amante sustituto como fundamental para explorar ese territorio ignoto de un cuerpo que funciona de forma tan diferente y a menudo incontrolable?

El asistente sexual será alguien que acompañará la exploración de los nuevos caminos del placer, desde el máximo respeto, con empatía, sin prejuicios y chequeando constantemente los límites del paciente a lo largo del trayecto, solo yendo un poquito más allá cuando la persona lo pida, o cada vez que su intuición le diga que puede hacerlo. Una especie de ángel de la guarda erótico con quien uno puede dejarse ir con confianza, sabiendo que va a ser cuidado y considerado como el ser humano sexual y sexuado que es hasta que uno sea capaz de "volar solo". Además, el asistente sexual puede

ayudar a entrenarse en movilizaciones y manejo de la espasticidad y de otras condiciones que puedan aparecer (síntomas de disreflexia autonómica, por ejemplo), para que la persona pueda conocerse mejor y poder así transmitirlo en el futuro a potenciales amantes. Créanme cuando les digo que hubiera dado cualquier cosa por haber tenido un compañero de entrenamiento así cuando con 17 años me quedé tetrapléjica. Y créanme también que aún no he conocido ninguna persona con discapacidad que al conocer la existencia de esta figura no pregunte con cierta impaciencia cómo podría acceder a semejante bendición.

4. CONCLUSIONES. AVANZANDO HACIA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA SEXUALIDAD EN LA LESIÓN MEDULAR.

En cualquier país occidental más o menos avanzado como lo es el nuestro, cuando una persona sufre una lesión medular, toda la sociedad, en forma de recursos médicos y sanitarios, asistenciales, educativos y laborales, se vuelca en “devolverle a la vida” de la mejor manera posible dentro de la discapacidad recién adquirida. Sin embargo, en este proceso de recuperación raramente se presta atención a una de las parcelas de su vida más genuinamente humana e íntima: su sexualidad y su vida erótica. Si bien España ha avanzado en el reconocimiento de la importancia de la rehabilitación sexual en algunos ámbitos, aún escasea la investigación y faltan modelos estandarizados que señalen la necesidad de un mayor desarrollo en este campo. Raramente se trata esta cuestión en los centros hospitalarios o unidades especializadas

en lesión medular. Y cuando se contempla, se hace de forma muy parcial, desde un punto de vista médico y enfocado fundamentalmente al coito (dificultades de erección o lubricación) y a facilitar o propiciar la paternidad y la maternidad. Pero un modelo integral debería abarcar una evaluación exhaustiva, la educación accesible ofrecida tempranamente desde los propios servicios asistenciales, y el asesoramiento individual y de pareja, además del mero tratamiento de las disfunciones sexuales, todo ello en un marco de trabajo multidisciplinar.

Porque la sexualidad de un ser humano no es sólo genitales (y lo que se hace con ellos) y reproducción. Tiene que ver sobre todo con su manera *sexuada* de estar en el mundo, como hombre o como mujer. Y si consideramos al paciente como un individuo global y completo, al que hay que ayudar a resituarse de nuevo en el mundo desde su nueva situación de discapacidad, no hay otra forma de abordar la recuperación que como *ser sexuado*, prestando atención a todos los matices, modos y gestos que manifiesta y necesita ese hombre o esa mujer para reconocerse a sí mismo/a como tal. Y efectivamente se ayudará al paciente con el uso y disfrute de sus genitales y los de los demás, y con su posible maternidad/paternidad si lo desea, pero también se le ayudará a disfrutar del resto del cuerpo (también sexuado), a sentirlo como deseable, a atreverse a desear a los demás, a seducir y dejarse seducir, a dar y a recibir placer, y a sentir de nuevo en lo más profundo de su ser su femineidad o su masculinidad, que por un momento fue maltrecha al verse confinada en una silla de ruedas. Porque para cualquier ser humano, máxime cuando sufre una

discapacidad severa, el encuentro erótico empodera, mejora la seguridad en uno mismo y la autoestima, nos hace sentir en el mundo de una forma más completa, y nos ayuda a reconectar con la propia vivencia del ser mujer/ser hombre que se es.

En última instancia, la inclusión sistemática de la rehabilitación sexual en los programas de atención a personas con LM no solo es una cuestión de mejora de la calidad de vida, sino también de reconocer y respetar su derecho fundamental a la sexualidad como una necesidad

humana básica. Avanzar hacia una atención integral en este ámbito requiere un compromiso continuo con la investigación, la formación y la eliminación de mitos y prejuicios sociales. Por eso, para terminar, me atrevo a formular dos deseos: que poco a poco la mirada de la sociedad sobre la sexualidad de las personas con discapacidad pase de la ignorancia y el silencio, a la visibilización y la consideración; y que en un futuro cercano lleguemos a ver profesionales Sexólogos en los equipos multidisciplinares de rehabilitación que trabajen con estos pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

- Alexander, M., Courtois, F., Elliott, S., & Tepper, M. (2017). Improving sexual satisfaction in persons with spinal cord injuries: Collective wisdom. *Topics in Spinal Cord Injury Rehabilitation*, 23(1), 57–70.
- Amezúa, E. (1999). Teoría de los sexos: La letra pequeña de la sexología. *Revista Española de Sexología*, 95–96, 3–15.
- Cabello, F. (2010). *Manual de sexología y terapia sexual*. Síntesis.
- Courtois, F., Alexander, M., & McLain, A. B. (Jackson). (2017). Women's sexual health and reproductive function after SCI. *Topics in Spinal Cord Injury Rehabilitation*, 23(1), 20–30.
- Davidson, R., & Phillips, A. (2017). Cardiovascular physiology and responses to sexual activity following spinal cord injury. *Topics in Spinal Cord Injury Rehabilitation*, 23(1), 11–19.
- De Figueiredo, Z., et al. (2010). *Lesión medular: Guía de cuidados*. Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA).
- Del Río, F. J., et al. (2012). Adaptación del cuestionario Sexual Opinion Survey, Encuesta Revisada de Opinión Sexual. *Revista Internacional de Andrología*, 11(1), 9–16.
- García, M. (2009). *Guía de educación sexual y discapacidad: Talleres de educación sexual con personas con discapacidad. Material didáctico*. Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias.
- García Carenas, L., Alcedo Rodríguez, M. Á., & Aguado Díaz, A. L. (2008). La sexualidad de las personas con lesión medular: Aspectos psicológicos y sociales. Una revisión actualizada. *Intervención Psicosocial*, 17(2), 125–141.
- García-Santesmases, A. (2023). *El cuerpo deseado: La conversación pendiente entre feminismo y anticapacitismo*. Kaótica Libros.
- Giner, M., et al. (2006). *Guía de autocuidados para lesionados medulares*. Generalitat Valenciana, Conselleria de Sanitat.

- Komisaruk, B. R., & Rodríguez del Cerro, M. C. (2022). Orgasm and related disorders depend on neural inhibition combined with neural excitation. *Sexual Medicine Reviews*, 10(4), 481–492.
- Komisaruk, B. R., et al. (2004). Brain activation during vaginocervical self-stimulation and orgasm in women with complete spinal cord injury: fMRI evidence of mediation by the vagus nerves. *Brain Research*, 1024(1–2), 77–88.
- Kreuter, M., et al. (2008). Sexual life in women with spinal cord injury: A controlled study. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 40(1), 61–69. <https://doi.org/10.2340/16501977-0135>
- Landarroitajaregui, J. (2003). Sexualidad y minusvalías: Precios, aprecio, desprecios y menosprecios sexuales. En F. Martínez Sola (Coord.), *Discapacidad y vida sexual: La erótica del encuentro*. COCEMFE.
- Landarroitajaregui, J. (2016). *Reflexiones críticas para sexólogos avezados: Para una epistemología sexológica*. ISESUS.
- Pérez, E., & Landarroitajaregui, J. (2014). *Materiales para una teoría de pareja*. ISESUS.
- Pérez, E., & Landarroitajaregui, J. (s.f.). *Mujer, discapacidad y pareja*. Instituto de Sexología Sustantiva. <http://www.isesus.es/media/pdf/ptoLectura/PL4MujerDiscapacidadyPareja.pdf>
- Plaza, L., & Valdizán, M. (Coords.). (2005). *Guía de cuidados*. Hospital Nacional de Parapléjicos. Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM).
- Ruiz, D., Kriofske, M. A., & Rosenthal, D. A. (2023). The pursuit of intimacy: Intimate relationship development for women with physical disabilities. *Frontiers in Rehabilitation Sciences*, 4, 1070501.
- Sáez, S. (2017). *Sexo básico: De los genitales al cerebro, de la fecundación a la vejez*. Fundamentos.
- Sramkova, T., Skrivanova, K., Dolan, I., Zamecnik, L., Sramkova, K., Kriz, J., Muzik, V., & Fajtova, R. (2017). Women's sex life after spinal cord injury. *Sexual Medicine*, 5(3), 255–259.
- Whipple, B., & Komisaruk, B. R. (1997). Study of sexual response in women with complete SCI. *Spinal Cord*, 35(3), 136–138.

WEBGRAFÍA

.....

- Craig Hospital. (s. f.). *Sexual function for men after spinal cord injury*. Recuperado el 24 de marzo de 2025, de <https://craighospital.org/resources/sexual-function-for-men-after-spinal-cord-injury>
- Craig Hospital. (s. f.). *Addressing sexuality after SCI and BI: Insights from Avery...* Recuperado el 28 de enero de 2025, de <https://craighospital.org/blog/addressing-sexuality-after-sci-and-bi>
- Fundación Hospital Nacional de Parapléjicos. (s. f.). *Sitio oficial*. Recuperado de <https://www.infomedula.org/>
- Hospital Nacional de Parapléjicos. (s. f.). *Sitio oficial*. Recuperado de <https://hnparaplejicos.sanidad.castillalamancha.es/es>
- Instituto Guttmann. (s. f.). *Sitio oficial*. Recuperado de www.guttmann.com
- Mayo Clinic. (2025). *Sexualidad y control de la fertilidad después de una lesión de la médula espinal*. Recuperado de <https://www.mayoclinic.org/es/tests-procedures/sexuality-and-fertility-management-after-spinal-cord-injury/about/pac-20394993>



FACTORES DE VULNERABILIDAD EN LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL EN LA VIVENCIA DE LA SEXUALIDAD.

RAÚL GONZÁLEZ CASTELLANOS

RESUMEN

La vivencia de la sexualidad en personas con discapacidad intelectual continúa siendo restringida o reprimida, lo que incrementa su exposición a múltiples formas de abuso. Este artículo presenta una revisión teórica centrada en la identificación de factores de vulnerabilidad, contextuales e intrínsecos a la discapacidad intelectual, que inciden en el riesgo de sufrir situaciones de violencia de carácter sexual. Se abordan aspectos como los mitos sobre la sexualidad, la falta de educación sexual, la escasa credibilidad otorgada a sus testimonios y las dificultades en comunicación, intimidad y autonomía. A partir del análisis, se proponen medidas de apoyo y estrategias de intervención basadas en la educación sexual integral, el respeto a los derechos sexuales y reproductivos, y la transformación de los contextos familiares, institucionales y sociales que rodean a estas personas.

Palabras clave: sexualidad, discapacidad intelectual, vulnerabilidad, abuso, educación sexual, derechos sexuales.

VULNERABILITY FACTORS IN PEOPLE WITH INTELLECTUAL DISABILITIES IN THE EXPERIENCE OF SEXUALITY

ABSTRACT

The experience of sexuality among individuals with intellectual disabilities remains restricted or repressed, increasing their exposure to various forms of abuse. This article presents a theoretical review focused on identifying both contextual and disability-related vulnerability factors that heighten the risk of sexual violence. Key issues addressed include myths about sexuality, lack of comprehensive sex education, reduced credibility of testimonies, and difficulties related to communication, privacy, and autonomy. Based on this analysis, the paper proposes preventive measures and intervention strategies grounded in comprehensive sex education, the respect of sexual and reproductive rights, and the transformation of family, institutional, and social environments surrounding this population.

Keywords: Sexuality, intellectual disability, vulnerability, abuse, sex education, sexual rights..

CONTACTO

RAÚL GONZÁLEZ CASTELLANOS.
raul.gonzalezc@alapar.org.

1. INTRODUCCIÓN

.....

“Las personas con discapacidad intelectual son mucho más vulnerables a sufrir diferentes tipos de abuso (Fyson y Cromby, 2010; Sullivan). Según diferentes investigaciones, la prevalencia de los abusos sufridos por las personas con discapacidad intelectual es superior a la de las personas sin discapacidad intelectual (Horner-johnson y Drum, 2006; McCarthy y Thompson, 1997)”¹ En España, Verdugo, Bermejo y Fuertes (1993, 1995), en su estudio sobre la prevalencia del maltrato, apuntan que las personas con discapacidad intelectual sufren estadísticamente un mayor número de abusos que el resto de la población, situando a las mujeres en el 80% de los casos.

Datos que son similares a los manejados desde la Unidad de Atención a Víctimas con Discapacidad Intelectual (UAVDI)² de Madrid, donde desde el 2010, reflejan que el 74% de casos derivados son mujeres, siendo el tipo de delito que destaca la agresión física de carácter sexual tanto extrafamiliar como intrafamiliar.

Sin ir más lejos, y que igualmente visualiza la necesidad de intervención frente a esta vulnerabilidad, son los datos que se obtienen del Consejo General del Poder Judicial que indican que entre el 2008, fecha que entró en vigor la Convención de las Naciones Unidas de los Derechos de las Personas con Discapacidad, y el 2020 (Ley Orgánica 02/2020 de 16 de diciembre), se sometieron en España a un proceso de esterilización forzosa a 1144 personas con discapacidad, incapacitadas judicialmente

Hay que tener en cuenta además que hay tantas sexualidades como

personas y que hablar de una sexualidad específica no es del todo correcto. Entendemos que cada persona se vive como mujer y hombre de manera diversa puesto que el proceso de sexuación está influenciado por el entorno biológico, psicológico, social, cultural e histórico del momento; la búsqueda constante de derechos y necesidades básicas hace que a la hora de hablar de vulnerabilidad, existan diferentes factores que predisponen a las personas con discapacidad a ser víctima.

Entre los factores cabe diferenciar los pertenecientes al contexto y los relativos a la propia discapacidad intelectual o limitación funcional intelectual.

2. FACTORES DE VULNERABILIDAD PERTENECIENTES AL CONTEXTO

.....

Los factores pertenecientes al contexto son aquellos que inciden directamente en las personas pertenecientes a los contextos por los que una persona con discapacidad intelectual pasa cuando vive una situación delictiva: familiares, recursos de atención, sistema policial o sistema judicial. Estos factores inciden de una manera directa, pero afectando indirectamente a la vulnerabilidad de las personas con discapacidad intelectual frente al abuso y al maltrato. La modificación, eliminación o supresión de dichos factores tendría un impacto positivo sobre su vulnerabilidad.

2.1 MENOR CREDIBILIDAD.

Existen diferentes estudios que indican que la credibilidad percibida de los testimonios de personas con discapacidad intelectual es menor que la procedente de personas sin

discapacidad (Henry, Ridley, Perry y Crane, 2011; Peled, Iarocci y Connolly, 2004). Este fenómeno tiene unas implicaciones graves de cara a la vulnerabilidad que presentan las personas con discapacidad intelectual frente al abuso. Si se piensa en clave de primer momento, son los familiares o profesionales que trabajan al servicio de personas con discapacidad intelectual quienes les otorguen credibilidad. Esto puede dejarles desprotegidos, puesto que una solicitud de ayuda corre el riesgo de ser considerada como una mentira o una fabulación (apareciendo por tanto desprotección). Siendo además esta, la credibilidad percibida por parte de su entorno, una de las variables que más va a condicionar el sufrimiento emocional de la persona.

La menor credibilidad otorgada a los testimonios de las personas con discapacidad intelectual también afecta al entorno social y judicial. Este hecho provoca que muchos de los procedimientos e investigaciones en los que una persona con discapacidad intelectual aparece como víctima o testigo, son archivados o se ven seriamente condicionados por la falta de credibilidad con la que cuenta su palabra. Peled y cols. (2004), examinaron la credibilidad percibida de jóvenes con discapacidad intelectual que debían proveer un testimonio en un contexto judicial. Dicho estudio confirma que los testimonios de estos jóvenes resultan menos creíbles que los de los jóvenes sin discapacidad intelectual en contextos judiciales.

Este fenómeno es mucho más alarmante si se tiene en cuenta que no se conocen estudios científicos que apunten a que las personas con discapacidad intelectual mientan o fabulen más que el resto de la po-

blación. En todo caso, cabe mencionar, que existen diferentes estudios que indican lo contrario, que por sus dificultades cognitivas (de pensamiento abstracto, procesamiento de vocabulario...) las personas con discapacidad intelectual tendrían más dificultades que el resto de la población para elaborar mentiras (Vrij, Fisher, Mann and Leal, 2006).

Para reducir el presente factor de vulnerabilidad se recomienda que todos los agentes implicados en la prevención, detección o intervención (profesionales de la discapacidad intelectual, familiares, agentes policiales, agentes judiciales...) conozcan el fenómeno anteriormente descrito y tomen conciencia de dicho sesgo para saber intervenir profesionalmente ante una revelación de un posible abuso y para permitir a la persona con discapacidad intelectual un acceso a la justicia igualitario. Conocerlo permitiría que ante una verbalización directa de abuso se activen los mecanismos de protección necesarios para que la situación cese.

2.2. MITOS ASOCIADOS A LA SEXUALIDAD DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL.

Históricamente, la sexualidad de las personas con discapacidad intelectual ha sido abordada bajo dos grandes mitos que han condicionado enormemente la sexualidad de estas personas y las ha colocado en una situación de alta vulnerabilidad. En un polo se colocan las creencias que apuntan a que la sexualidad de las personas con discapacidad intelectual es inexistente o que carecen de deseo sexual o que no tienen derecho a la sexualidad. Esta creencia irracional ha provocado que se les niegue su derecho a una sexualidad

libre, y que se les prive de planes formativos en materia sexual, con las consecuencias que ello supone.

En el otro polo se encuadran las creencias que consideran que la sexualidad de las personas con discapacidad intelectual es desaforada o descontrolada. Aunque durante muchos años este mito ha podido anclarse en la mentalidad de las personas que giran en torno a las personas con discapacidad intelectual, en la actualidad los estudios científicos apuntan que la sexualidad de las personas con discapacidad intelectual es equiparable a la de las personas sin discapacidad intelectual. (Logfren-Materson, 2004; McCabe y Schreék, 1992; Milligan y Neufeldt, 2001; Morentin, Arias, Verdugo y Rodríguez Mayoral, 2006; Walsh y Phty, 2000). La principal consecuencia de trabajar bajo la influencia de este mito es el riesgo a responsabilizar a la persona con discapacidad cuando es víctima de un abuso de carácter sexual, al juzgar injustamente que la persona con discapacidad ha buscado o ha consentido.

Conocer dichos mitos permitirá actuar de una manera más aséptica y libre de condicionamientos previos que puedan guiar la intervención o interpretación de las conductas de carácter sexual de las personas con discapacidad intelectual.

2.3. EDUCACIÓN SEXUAL Y DISCAPACIDAD INTELECTUAL

El hablar de sexualidad en personas con discapacidad intelectual se sigue considerando un tema tabú, si bien este concepto es algo erróneo. Este tema siempre ha estado presente pero para abordarlo desde la represión, lo que ha promovido que se hable de él amplificando las connotaciones negativas que pudiera

acarrear la impartición de talleres de educación sexual. Así, se han aumentado los miedos que pueden surgir en relación a los posibles contenidos que se vayan a impartir y a que estos despierten en las personas deseos o inquietudes. Se ha logrado a lo largo de la historia, que al añadir el hándicap de la discapacidad intelectual, sean muchos los colectivos de profesionales y familias que todavía se llevan las manos a la cabeza al sugerir la necesidad de incluir planes de educación sexual en su educación cotidiana.

En contrapartida, sí que se invierten recursos para facilitar la vida independiente, la autodeterminación, la planificación centrada en la persona o el desarrollo de las habilidades adaptativas de las personas con discapacidad intelectual, olvidándose en muchas ocasiones la dimensión de la sexualidad. No ayuda el alto grado de genitalización que se ha hecho de la sexualidad y que los talleres de educación sexual se han reducido a limitarla al correcto uso o no de los órganos reproductores y sus consecuencias (como el embarazo no planificado o las infecciones).

Sin embargo, la sexualidad, tal y como señala Ferrer Riera (1996), es la forma en que como hombres y mujeres nos vivimos, nos expresamos, nos relacionamos, nos sentimos, nos comunicamos con otros hombres y mujeres, esto es, amamos con los matices y peculiaridades según las características de cada uno. Por tanto, es educable, cultivable y única en cada persona. Esto es importante porque hay tantas sexualidades como personas, y no una sola sexualidad verdadera.

Así pues, aceptamos que las personas con discapacidad intelectual

tienen necesidades, capacidades y conductas afectivas que necesitan expresar como seres sexuados que son; otra cuestión bien distinta será saber interpretar en cada caso esa necesidad, ofreciendo para ello los apoyos asistenciales, terapéuticos y educativos que precisen para que puedan vivir su sexualidad de forma libre y satisfactoria. Y cuando se consigue una sexualidad libre y satisfactoria, se consiguen evitar, en mayor medida, aspectos negativos como por ejemplo los abusos de carácter sexual, puesto que tendrán herramientas para interpretar o discriminar situaciones que pueden desencadenar este tipo de abusos.

Es aquí donde entra en juego la educación sexual, entendiéndola como la promoción de las relaciones interpersonales y sociales; reconociendo la sexualidad como una dimensión positiva del ser humano en todas las edades, se tenga o no discapacidad. Considerando la actividad sexual como legítima siempre que no provoque daño a las personas implicadas, fomentando así aquellas formas de relación más beneficiosas para el individuo y su entorno social; y estando la sexualidad asociada a la comunicación íntima entre las personas. Por tanto, esto queda muy lejos de explicar sólo el uso de los genitales, y sí tres de las necesidades básicas de las personas (López, F., 2002 y Gómez Zapiain, J., 2004): a) necesidad de sentirnos queridos y tener a quien querer, b) necesidad de satisfacción erótica, de contacto físico en sus diversas formas, y c) necesidad de sentirnos pertenecientes a una red social que nos acoja.

Esta concepción de la sexualidad conduce a un trabajo de educación sexual centrado, no sólo en la per-

sona con discapacidad intelectual, sino que implica también a familias y profesionales. Se trata de ir potenciando capacidades y entrenando habilidades donde trabajar la autoestima, el autoconcepto, la aceptación de los demás y de las propias posibilidades, la comunicación de sentimientos y emociones, la toma de decisiones y la expresión de deseos. Abarca también aptitudes como la asertividad, esto es, aprender a decir sí y no, las relaciones de pareja, y en general el desarrollo de habilidades sociosexuales. Éstas, se relacionan positivamente con aspectos generales del funcionamiento psicosocial, tales como el desarrollo de amistades, aceptación entre iguales, y un mayor éxito a la hora de aprender a interactuar con personas de uno y otro sexo.

En otras ocasiones, y debido a una necesidad de apoyos generalizada, simplemente lo que podemos trabajar son las sensaciones, que la persona tome conciencia de que tiene un sexo (hombre/mujer) y un cuerpo que le pertenece desde el que expresar deseos.

Por tanto, privar del derecho a recibir formación en materia de educación sexual a las personas con discapacidad intelectual supone un mayor riesgo, ya no sólo a la hora de prevenir el abuso de carácter sexual, sino para el desarrollo integral de la persona como hombre y mujer, y por tanto para alcanzar mayor potencial de autonomía personal y ejercicio de sus derechos.

Como señala la WAS (World Association for Sexual Health) en su concepto de salud sexual, ésta se entiende como: "Estado de bienestar físico, psíquico, emocional y social en relación a la sexualidad; no es

solamente la ausencia de enfermedad, disfunción o debilidad. La salud sexual requiere un enfoque respetuoso y positivo hacia la sexualidad y las relaciones sexuales, así como hacia la posibilidad de tener relaciones sexuales placenteras y seguras, libres de coerción, discriminación y violencia. Para poder alcanzar y mantener la salud sexual, los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y satisfechos”.

Quizá así, haciendo una amalgama, podamos llegar a otros términos necesarios y hablar de “bienestar sexual” o de una “sexualidad saludable”.

2.4. EFECTO ECLIPSADOR

Reiss, Levitan y Szysko (1982) describen el “efecto eclipsador” como la “tendencia del evaluador a atribuir como causa de los síntomas psiquiátricos la discapacidad intelectual eclipsando la presencia de enfermedad mental”. En principio, el concepto de efecto eclipsador fue utilizado para explicar cómo los problemas de salud mental de las personas con discapacidad intelectual pasan desapercibidos a causa de que todos los síntomas psiquiátricos son otorgados como pertenecientes a la discapacidad. Si se piensa en la detección de situaciones abusivas cometidas contra personas con discapacidad intelectual, estas también están sometidas al “efecto eclipsador”. Si se tiene en cuenta que la no revelación es la norma cuando una persona con discapacidad intelectual sufre un abuso (Fleming, Mullen y Bammer, 1997) y que se estima que sólo el tres por ciento de los casos de abuso de carácter sexual cometidos a personas con discapacidad intelectual serán revelados (Valenti-Hein & Schwartz, 1995), la

detección de dicha situación queda, casi en exclusividad, en manos de los profesionales o los familiares que giran alrededor de la persona.

La manera para que el efecto eclipsador en situaciones abusivas se vea reducido, pasa por que los profesionales implicados conozcan en profundidad la discapacidad intelectual y sus implicaciones, y que nunca se dé por supuesto que determinada conducta o expresión emocional corresponde a la discapacidad intelectual. Se puede afirmar que, por regla general, la aparición de conductas extrañas o expresiones emocionales excepcionales en personas con discapacidad intelectual siempre responderá a una problemática subyacente en la persona. Otorgar la explicación de dichas conductas o expresiones emocionales a la discapacidad, implica un desconocimiento y una gran carencia en la calidad asistencial y por tanto en los apoyos necesarios.

2.5. PATOPLASTIA

El concepto de patoplastia hace referencia a las diferentes maneras de expresar los problemas de salud mental de las personas. Estas diferencias son aún mayores cuando se compara la expresión de los problemas de salud mental de las personas con discapacidad intelectual con la del resto de la población. Muchos sistemas de detección de situaciones abusivas se sirven de la sintomatología que pudiera provocar la situación de abuso en la víctima. Las investigaciones que estudian la expresión de los problemas de salud mental derivados de una situación abusiva en víctimas con discapacidad intelectual (Bailey, 1998; Beail, N. & Warden, S, 1995; Cruz, V. K., Price-Williams, D. & Andron, L., 1988; Dunne & Power, 1990; Fona-

gy & Target, 1995; Howlin and Clements 1995; Johnson, 2001; Kuyken, 1995; Macfie, Cicchetti & Toth, 2001; Mansell, S., Sobsey, D. & Calder, P., 1992; Mansell, S. & Moskal, T., 1998; McCarthy, 2001; Peckham, 2007; Peckham, Howlett, Corbett, 2007; Sinason, 1992, 2011) ponen de manifiesto las diferencias existentes en este sentido entre la población sin y la población con discapacidad intelectual. El desconocimiento de la patoplastia por parte de los profesionales encargados de la detección y valoración de este tipo de casos provoca que en muchas situaciones se pasen por alto situaciones de abuso o maltrato cometidos contra personas con discapacidad intelectual.

El conocimiento por parte de los profesionales y agentes implicados en la detección y diagnóstico de situaciones de carácter abusivo facilitará una mejor detección, abordaje y elección de los apoyos. Así, se hace imprescindible que cuando se trabaje el diagnóstico de problemas de salud mental de personas con discapacidad intelectual se utilicen manuales específicos a tal efecto, como el Diagnostic Criteria for Psychiatric Disorders for Use With Adults With Learning Disabilities / Mental Retardation (DC-LD) o el Diagnostic Manual - Intellectual Disability (DM-ID), así como escalas de evaluación de sintomatología concretas.

2.6. DECISIONES NO RESPETADAS

A causa de las limitaciones que presentan algunas personas con discapacidad intelectual, se ha entendido, históricamente, que no son capaces de tomar decisiones sobre su propia vida. Es por esto que desde que son pequeños, se toman por ellos la mayor parte de las decisiones que conciernen a su vida. Con el afán de

protegerlas, se les inculca, en la mayoría de los casos, la necesidad de respetar las decisiones que terceras personas, "responsables", toman por ellos (y se les deja escaso o nulo poder de decisión en las cuestiones relativas a su vida). La principal consecuencia de esta tendencia es que las personas con discapacidad intelectual, acatan prácticamente todas las decisiones que otras personas toman, aunque estas supongan un abuso o un maltrato contra ellos.

Hablando en clave de prevención de situaciones potencialmente abusivas, se hace imprescindible que tanto familiares como profesionales que directa o indirectamente intervienen, comiencen a respetar sus decisiones. No se puede concluir sin recalcar que el respeto por sus decisiones no debe contemplarse como una medida de prevención sin más; se trata de un derecho vulnerado con demasiada facilidad además de un gran retroceso de cara al aumento de la calidad de vida y desarrollo humano de estas personas.

2.7. FALTA DE FORMACIÓN DE LOS PROFESIONALES.

En la actualidad son escasas las investigaciones y estudios en materia de abusos cometidos contra personas con discapacidad intelectual, conduciendo a que tanto los profesionales de este ámbito como otros profesionales externos cuenten con escasa o nula información acerca de la vulnerabilidad de las personas con discapacidad frente a situaciones de abuso. Además, los profesionales y familiares que rodean a las personas con discapacidad intelectual, por regla general, están escasamente familiarizados con las claves de cómo detectar e intervenir en estas situaciones.

2.8. ANGUSTIA ANTE LA HIPÓTESIS.

Es frecuente que los servicios que atienden a personas con discapacidad intelectual se encuentren con situaciones en las que el malestar de la persona es evidente. Sin embargo, son muchos los casos en los que la causa que subyace a ese malestar no está clara. Los profesionales que trabajan al servicio de personas con discapacidad intelectual tienen serias dificultades para manejar el abuso o el maltrato como hipótesis que explique el malestar de esta persona. Estas dificultades pueden responder, por un lado, al desconocimiento y falta de formación antes expuestos, pero también pueden responder a las propias dificultades personales de los profesionales. Entre los profesionales y las personas con discapacidad intelectual es frecuente y natural que se establezcan vínculos, por lo que contemplar la posibilidad de abuso puede suponer una dura carga emocional.

Con el objetivo de reducir la vulnerabilidad de las personas con discapacidad intelectual frente a estas situaciones, y atendiendo a la prevalencia del abuso y el maltrato sobre esta población, se hace necesario que los profesionales que trabajan al servicio de personas con discapacidad intelectual, adultas o menores de edad, comiencen a barajar el abuso o el maltrato como una hipótesis más de trabajo. Tan sólo la posibilidad de hacer explícita la existencia de estos delitos permitirá la mejor detección de los mismos, reduciendo así su situación de desprotección.

3. FACTORES DE VULNERABILIDAD PROPIOS DE LA DISCAPACIDAD INTELECTUAL

Además de los factores de vulnerabilidad pertenecientes al contexto, existen otros muchos ligados directamente con la discapacidad intelectual y que hacen de estas personas un conjunto altamente vulnerable. A continuación, se exponen los factores que comúnmente acompañan a la discapacidad y que suponen un mayor riesgo a sufrir situaciones de abuso y maltrato. Dichos factores se exponen acompañados de unas recomendaciones que permiten reducir el impacto de los factores mencionados, aumentando así la protección de estas personas frente al abuso o al maltrato.

3.1. DESEABILIDAD SOCIAL, AQUIESCENCIA Y SUGESTIONABILIDAD

El concepto de deseabilidad social, hace referencia a la necesidad de la persona con discapacidad intelectual de contentar, quedar bien o cumplir con las expectativas que terceras personas pudieran tener sobre ella. Las personas con discapacidad intelectual en muchas ocasiones son más deseables socialmente que el resto de la población (Recio, M., Alemany, A. y Manzanero, A., 2012). Este fenómeno se ve acrecentado cuando la persona se relaciona con personas sin discapacidad. Igualmente ocurre tanto con la aquiescencia como con la sugestionabilidad, características comúnmente presentes en las personas con discapacidad intelectual (Budd, Sigelman & Sigelman, 1982; Matikka & Vesala, 1997).

Muchas personas con discapacidad intelectual tienen una necesidad de aceptación muy alta, mayor que las personas sin discapacidad intelectual, por lo que acceden a los deseos de terceras personas, aunque estos entren en conflicto con sus propios intereses. Esto les deja en

una situación de vulnerabilidad frente a aquellas personas que quieran abusar de ellas. Elementos como la baja autoestima o la carencia de habilidades sociales motivan esa deseabilidad social.

Con el objetivo de reducir la elevada deseabilidad social de las personas con discapacidad intelectual, los profesionales que trabajan al servicio de estas personas deberían garantizar espacios en los que se pueda elaborar esa elevada necesidad de aceptación, aumentando la autoestima y dotando de las habilidades sociales necesarias para afrontar las dificultades que plantea la vida.

Por ejemplo, si una persona es altamente aquiescente, ante preguntas cerradas y sugerentes se corre el riesgo de que la persona conteste en la misma línea en la que está formulada la pregunta.

Este fenómeno se ve acrecentado cuando la persona con discapacidad intelectual percibe una figura de autoridad (responsable) sintiendo la necesidad de contentar y cumplir con las expectativas.

3.2. ESCASA ASERTIVIDAD

La asertividad hace referencia a la capacidad de defender, sin llegar a estilos agresivos, los intereses y derechos propios, aunque estos entren en conflicto con terceras personas. Las personas con discapacidad intelectual en muchas ocasiones carecen de habilidades asertivas (Nezu, C. M., Nezi, A. M. And Arian, P., 1991), por lo que se pueden encontrar a merced de los intereses y deseos de otras personas.

Fomentar, potenciar y desarrollar habilidades asertivas permitirá que

puedan defender en mejores condiciones sus derechos, deseos e intereses, reduciendo así la situación de vulnerabilidad. Tanto los familiares como los profesionales que trabajan al servicio de las personas con discapacidad intelectual son directamente responsables de dejar de premiar la sumisión y, en cambio, fomenten relaciones en las que se permita la diferencia, la confrontación, la verbalización de los intereses aun siendo diferentes a los del cuidador.

3.3. RELACIONES DE DEPENDENCIA Y SUMISIÓN

Las personas con discapacidad intelectual, en muchas ocasiones y debido a sus características y limitaciones, dependen de terceras personas para poder desarrollarse o tener un funcionamiento individual adecuado. A causa de este hecho, la mayor parte de las relaciones personales que establecen están altamente marcadas por un vínculo de dependencia. Estas situaciones de dependencia les colocan, una vez más, en una situación de vulnerabilidad terrible, puesto que en muchos casos la persona de la que dependen (económicamente, motrizmente, nutritivamente...) es el posible autor de la vulnerabilidad a la que se enfrentan; ni que decir aquí del planteamiento de la figura del asistente personal como asistente en la esfera sexual, algo que da para otro artículo en concreto; puesto que en este sentido, se debe hacer una mención especial a las personas con discapacidad intelectual que por sus limitaciones han tenido una larga historia de exposición corporal a terceras personas que acceden a su cuerpo de manera constante para llevar a cabo actividades por ejemplo de higiene o limpieza del propio cuerpo.

Como consecuencia de este hecho, las personas con discapacidad intelectual pueden tener poca conciencia de las intenciones de otras personas cuando acceden a su cuerpo, otorgándoles siempre la motivación del cuidado o la limpieza. Sin embargo, no siempre es esta la motivación, y la persona queda expuesta a situaciones de posible abuso sin poder identificarlas.

Además, las personas con discapacidad intelectual, por regla general, son educadas y formadas en estilos sumisos de personalidad. Los contextos protectores de estas personas necesitan que, por alta dependencia que posean, acaten las intervenciones que provienen de las personas que quieren cuidarles, ya sean profesionales, familiares o amigos. Esta alta sumisión, si bien agiliza en muchas ocasiones los cuidados, también facilita que sean sometidas puesto que han crecido y han sido educados de manera que la sumisión siempre ha sido premiada y la asertividad ha sido castigada.

Se hace imprescindible distinguir entre relaciones de dependencia y de sumisión. Es fundamental crear espacios en los que la persona pueda aprender a diferenciar estos dos tipos de relaciones. Deben tomar conciencia de que una relación de dependencia, por sus características, nunca debe tornar en una relación de sumisión, y que el hecho de depender de una tercera persona nunca ha de suponer una relación abusiva o de maltrato. Para las personas con discapacidad intelectual que dependen de terceras personas para el cuidado, limpieza o mantenimiento de su cuerpo se hace imprescindible un trabajo concienzudo que les permita identificar y diferenciar lo que es cuidado y limpieza de

lo que es abuso o maltrato; quién puede acceder a su cuerpo y de qué manera y con qué objetivo.

3.4. DIFICULTADES PARA DIFERENCIAR LO BUENO DE LO MALO (EXPRESAR LOS DESEOS, DESEOS DE DECIR SÍ Y DESEOS DE DECIR NO)

La interrelación entre la mayor deseabilidad social, la menor asertividad y el mayor riesgo a la sumisión, unido a una falta de educación sexual conduce a la grave consecuencia de las dificultades para diferenciar relaciones adecuadas, positivas o sanas de relaciones abusivas, inadecuadas o perjudiciales.

En muchas ocasiones las personas con discapacidad intelectual que están siendo víctimas de un delito desconocen esta situación, por lo que es difícil que denuncien el hecho o soliciten ayuda. Además en la esfera sexual, las personas con discapacidad intelectual han recibido escasa formación acerca de los diferentes delitos, abusos o maltrato que pueden sufrir, por lo que les es inmensamente dificultoso poder detectar si están ante una situación de negligencia o un maltrato institucional, por ejemplo.

Crear espacios en los que las personas reciban una adecuada formación acerca de las posibles situaciones de riesgo que pueden recibir, además de las claves para solicitar ayuda, reducirá sensiblemente la vulnerabilidad frente al abuso o el maltrato.

3.5. ESCASA NOCIÓN DE INTIMIDAD Y PUDOR

Como ya se ha explicado con anterioridad, la exposición corporal de las personas con discapacidad

intelectual a terceras personas en muchos casos es elevadísima. Si a este hecho se suma que, por sus necesidades, suelen crecer en contextos y ambientes en los que es necesaria una supervisión constante de su vida, nos encontramos con personas que tanto en la adolescencia como en edades adultas carecen del concepto de intimidad y pudor, ya que en escasas ocasiones cuentan con espacios privados, y estos en muchas ocasiones están sujetos a la posibilidad de supervisión de otras personas.

Por cómo son, por regla general, los contextos educativos y de desarrollo de estas personas, tienen dificultades para identificar que existen diferentes situaciones que requieren de determinada intimidad, como el aseo, la higiene o las relaciones sexuales.

La privación de espacios de intimidad conduce a que muchas de las personas con discapacidad intelectual desconozcan que el acceso a su cuerpo y determinadas actividades deben realizarse en espacios de intimidad. Esta carencia provoca que en muchas ocasiones las personas con discapacidad intelectual se expongan a situaciones de riesgo al no preservar su intimidad y no comprender que su cuerpo debe ser accesible tan sólo en situaciones íntimas, privadas y ante aquella o aquellas personas con quien deseen compartir el encuentro.

Por otro lado, cabe destacar las escasas oportunidades con las que cuentan las personas con discapacidad intelectual adultas para tener un espacio en el que puedan tener lugar sus encuentros eróticos. Este hecho provoca que, en muchas ocasiones, únicamente puedan realizar su amatoria en lugares públicos.

Dejándoles en una situación de exposición.

Para reducir la vulnerabilidad frente a los diferentes tipos de abuso se hace imprescindible ofrecer los apoyos necesarios para que se produzca esa intimidad. El hecho de que muchas personas con discapacidad intelectual dependan de terceras personas para su desarrollo y bienestar no debe implicar que sean privadas de su derecho a la intimidad. Los conceptos de intimidad y pudor deben ser inculcados desde edades tempranas, permitiendo el acceso a espacios y tiempos íntimos.

3.6. DIFICULTADES DE COMUNICACIÓN Y LA NO REVELACIÓN COMO NORMA

Muchas personas con discapacidad presentan dificultades en su manera de comunicarse. Las dificultades de comunicación provocan que no encuentren la forma de expresar lo que les gusta y lo que no les gusta, o lo que quieren hacer y lo que no quieren hacer. Además, las dificultades en la comunicación también limitan la capacidad para poner límites y frenar situaciones que son desagradables para ellos. Para muchas, el método de comunicación más inmediato, sencillo y accesible es la conducta. Sin embargo, en muchas ocasiones se presenta ambigua e inespecífica y puede resultar costoso identificar el mensaje que subyace a determinada conducta.

Además, estas dificultades provocan que, en muchas ocasiones, no cuenten con las herramientas necesarias para comunicarle a su entorno más protector que están viviendo una situación difícil o al menos incómoda. A su vez, la dificultad de los cuidadores de estas personas para

ser concedores de estas situaciones provoca que el posible abuso o maltrato se siga perpetuando y la situación se cronifique.

Si a las dificultades de comunicación les sumamos los sentimientos y emociones, nos encontramos con el hecho de que la no revelación de la situación abusiva se convierte en la mayoría de los casos en la norma. Es decir, cuando una persona con discapacidad intelectual es víctima de un abuso o un maltrato, son pocos los casos en los que se da el paso de confiar en una tercera persona y revelar lo que está ocurriendo. Por ello, el que el abuso o el maltrato salga a la luz y se pueda poner freno, depende de que terceras personas, como familiares o profesionales, detecten dicha situación y ofrezcan soluciones.

Por otro lado, las dificultades de comunicación también tienen sus consecuencias negativas cuando quieren acceder a la justicia en condiciones de igualdad.

Por lo tanto, el entrenamiento en unas buenas habilidades de comunicación fomentará la prevención de situaciones desagradables. Además, los profesionales y familiares deben tomar conciencia de la importancia de la conducta como sistema de comunicación, y de que se hace necesario explorar la misma no como una mera alteración o mal comportamiento.

3.7. CARENCIA DE MODELOS DE ROL SEXUAL

Muchas personas con discapacidad intelectual, sobre todo las que han sido institucionalizadas desde edades muy tempranas, han carecido de figuras y modelos adecuados de

comportamiento sexual. El aprendizaje acerca de lo que supone una sexualidad libre, satisfactoria y responsable, la manera adecuada de relacionarse en pareja o la resolución efectiva de conflictos con la sexualidad se realizan, en gran medida, a partir de los modelos parentales presentes desde nuestro nacimiento. Cuando una persona carece de dichas figuras parentales que sirven como modelos adecuados, el aprendizaje de las pautas relacionales más importantes, la manera de experimentar la sexualidad o la resolución de conflictos relacionales quedan, en gran medida, dependientes de la influencia de otros agentes, como pueden ser los grupos de iguales, los medios de comunicación, RRSS.

Si nos centramos en los aspectos relacionales meramente relativos a la erótica y amorosa, los modelos de aprendizaje que una persona carente de referentes parentales tiene son muy reducidos y, en muchas ocasiones, quedan restringidos exclusivamente a los modelos expuestos por los materiales pornográficos. Como cabe imaginar, los modelos de rol representados por los materiales pornográficos representan un riesgo para las personas con discapacidad intelectual si no se cuenta con modelos más adecuados y explicativos. Si sólo se conocen los aspectos relacionados con la sexualidad a través de la pornografía, únicamente se concebirá aquella con los modelos presentados en dichos materiales.

Ofrecer modelos de relación y sexualidad libre, satisfactoria y responsable, facilitará la prevención de situaciones de abuso y maltrato.

4. CONCLUSIONES

Al principio del presente trabajo se exponían los diferentes factores que hacen de las personas con discapacidad intelectual un colectivo especialmente vulnerable a sufrir diferentes tipos de abuso y que se podían agrupar en factores pertenecientes al contexto y en factores propios de la discapacidad intelectual. Si se realiza una ligera reflexión de los diferentes factores, se comprenderá que la práctica totalidad de los factores expuestos responden más a la manera y a la forma que la sociedad tiene de concebir y educar a las personas con discapacidad.

Así, por ejemplo, que sean por regla general más sumisas y menos asertivas no responde a una característica esencial de la discapacidad intelectual, sino a los patrones educativos que estas personas han recibido. Por lo tanto, se puede asumir que todos los factores anteriormente expuestos, excepto quizá los problemas de comunicación, responden en gran medida a la influencia que el entorno ejerce sobre estas personas más que a características que definan propiamente la discapacidad intelectual.

Siguiendo en esta línea, la conclusión más dramática que se puede extrapolar es que la sociedad actual, por su concepción de la discapacidad intelectual, no sólo excluye a este colectivo como minoría, sino que les deja en una situación de terrible exposición ante situaciones abusivas o de maltrato. El principal trabajo de prevención, por tanto, no pasa por centrar los esfuerzos en cambios en la discapacidad, sino en enfocar nuestras intervenciones y actuaciones en los contextos de las personas con discapacidad intelectual, sus familiares y los profesionales que trabajan a su servicio.

La prevención del abuso de carácter sexual en personas con discapacidad intelectual pasa por reconocer su derecho a la sexualidad, garantizar educación sexual adaptada, formar a profesionales y familiares, y transformar los entornos para promover la autonomía, la dignidad y la protección efectiva frente a cualquier forma de violencia o vulneración de derechos, brindando los apoyos terapéuticos, educativos y asistenciales necesarios.

BIBLIOGRAFÍA

.....

- Bailey, B. A. (1998). Trauma symptoms in abused children: Implications for recognition and intervention. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 11(4), 137–146.
- Beail, N., & Warden, S. (1995). Sexual abuse of adults with learning disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 39(5), 382–387.
- Budd, E. C., Sigelman, C. K., & Sigelman, L. (1982). Exploring consensual social desirability in response to sensitive topics. *Public Opinion Quarterly*, 46(3), 464–468.
- Cruz, V. K., Price-Williams, D., & Andron, L. (1988). Victimization of developmentally disabled persons. *Journal of Interpersonal Violence*, 3(4), 391–402.
- European Disability Forum. (2020). *The sexual and reproductive rights of persons with disabilities*. EDF.
- Ferrer Riera, J. (1996). *Sexualidad y educación: Bases para una intervención educativa*. Graó.
- Fleming, J., Mullen, P. E., & Bammer, G. (1997). A study of potential risk factors for sexual abuse in childhood. *Child Abuse & Neglect*, 21(1), 49–58.

- García Fernández, J. L. (2000). *Educación sexual y afectiva en personas con minusvalías psíquicas*. Asociación Síndrome de Down.
- González, R., & Gonzalo, S. (2014). *Sexualidad y discapacidad psíquica*. Síntesis.
- Henry, L. A., Ridley, A. M., Perry, C., & Crane, L. (2011). Credibility of children with intellectual disabilities as witnesses. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 24(5), 420–430.
- Horner-Johnson, W., & Drum, C. E. (2006). Prevalence of maltreatment of people with intellectual disabilities: A review of recently published research. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 12(1), 57–69.
- Johnson, I. (2001). Victimization of individuals with disabilities: Prevention strategies. *Violence and Victims*, 16(5), 593–606.
- López, F. (2002). *La educación sexual en el siglo XXI*. Ediciones Aljibe.
- Matikka, L. M., & Vesala, H. T. (1997). Acquiescence in the measurement of empowerment: A comparison of adolescents with and without mental retardation. *Journal of Intellectual Disability Research*, 41(1), 91–97.
- McCarthy, M. (2001). Women with learning disabilities, violence and sexuality: What are the issues? *British Journal of Learning Disabilities*, 29(1), 3–7.
- McCarthy, M. (2010). Exercising choice and control: Women with learning disabilities and contraception. *British Journal of Learning Disabilities*, 38(4), 293–299.
- McCarthy, M., & Thompson, D. (1997). Sexual abuse by design: An examination of the issues in learning disability services. *Disability & Society*, 12(2), 205–217.
- Morentin, B., Arias, C., Verdugo, M. Á., & Rodríguez Mayoral, J. (2006). Sexualidad en personas con discapacidad intelectual: Mitos y realidades. *Revista Española de Discapacidad*, 4(1), 55–70.
- Nussbaum, M. (2011). *Creating capabilities: The human development approach*. Harvard University Press.
- Organización de las Naciones Unidas. (2006). *Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad*. Naciones Unidas.
- Peled, M., Iarocci, G., & Connolly, J. (2004). The development of perceived credibility in children with and without disabilities. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 25(3), 331–351.
- Servais, L. (2006). Sexual health care in persons with intellectual disabilities. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 12(1), 48–56.
- Shakespeare, T. (2018). *Disability: The basics*. Routledge.
- Sullivan, P. M., & Knutson, J. F. (2000). Maltreatment and disabilities: A population-based epidemiological study. *Child Abuse & Neglect*, 24(10), 1257–1273.
- Valenti-Hein, D., & Schwartz, L. (1995). *The sexual abuse interview for those with developmental disabilities*. James Stanfield Publishing.
- VV. AA. (2013). *Abuso y discapacidad intelectual: Orientaciones para la prevención y la actuación*. Fundación Carmen Pardo-Valcarce.
- Verdugo, M. Á., Bermejo, B. G., & Fuertes, J. (1993). *Maltrato a personas con discapacidad*. Instituto de Migraciones y Servicios Sociales.

Vrij, A., Fisher, R. P., Mann, S., & Leal, S. (2006). Detecting deception by manipulating cognitive load. *Trends in Cognitive Sciences*, 10(4), 141–142.

World Association for Sexual Health. (2008). *Declaración de los derechos sexuales*.

Westcott, H. L., & Jones, D. P. H. (1999). Annotation: The abuse of children and adults with disabilities. *Child Abuse Review*, 8(4), 241–256.

NOTAS:

.....

¹”Las personas con discapacidad intelectual son mucho más vulnerables a sufrir diferentes tipos de abuso (Fyson & Cromby, 2010; Sullivan) [...]”VV. AA. *Abuso y Discapacidad Intelectual. Orientaciones para la prevención y la actuación*. Fundación Carmen Pardo-Valcarce. 2013.

²”(...) la Unidad de Atención a Víctimas con Discapacidad Intelectual (UAVDI) (...)”. La Unidad de Atención a Víctimas con Discapacidad Intelectual de la Fundación A LA PAR fue creada en el 2010. Desde su creación a atendido a 2267 víctimas (mayo 2025).



SEXUALIDADES Y SALUD MENTAL INTRÍNSECAMENTE UNIDAS. EXPERIENCIA PRÁCTICA.

LOURDES PÉREZ JIMÉNEZ

RESUMEN

El presente artículo examina la interrelación bidireccional entre la salud mental y la sexualidad, poniendo de relieve la necesidad de abordar la vivencia sexual de las personas diagnosticadas con trastornos mentales desde un enfoque basado en los derechos humanos y el bienestar integral. A partir de las definiciones operativas de salud mental y salud sexual, se evidencia cómo los diagnósticos psiquiátricos suelen estar acompañados de estigmatización social, lo cual restringe el ejercicio pleno de la sexualidad, pese a constituir un derecho fundamental y un componente esencial de la calidad de vida. En este contexto, se expone la experiencia práctica de un programa desarrollado entre 2015 y 2021 mediante la colaboración entre EMAIZE Centro Sexológico y la Asociación Ayalesa de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (ASASAM). Dicho programa se estructuró en tres fases —sensibilización, formación e integración en el proyecto de centro— y arrojó resultados significativos, entre los que destacan mejoras en la autoestima, la comunicación interpersonal y la reducción del estigma, gracias a la aplicación de metodologías participativas que reconocen y valoran la diversidad de identidades, cuerpos y prácticas sexuales.

Palabras clave: sexualidades, salud mental, derechos sexuales, bienestar integral, estigma, empoderamiento, diversidad, asesoramiento sexológico.

SEXUALITIES AND MENTAL HEALTH ARE INTRINSICALLY LINKED. PRACTICAL EXPERIENCE.

ABSTRACT

This article examines the bidirectional relationship between mental health and sexuality, highlighting the need to address the sexual experiences of individuals diagnosed with mental disorders from a human rights and holistic well-being perspective. Based on operational definitions of mental and sexual health, it becomes evident that psychiatric diagnoses are often accompanied by social stigma, which limits the full exercise of sexuality, despite it being a fundamental right and an essential component of quality of life. In this context, the article presents the practical experience of a program carried out between 2015 and 2021 through a collaboration between EMAIZE Sexological Center and the Ayalesa Association of Families and People with Mental Illness (ASASAM). The program was structured in three phases—awareness-raising, training, and integration into the center’s project—and yielded significant results, including improvements in self-esteem, interpersonal communication, and a reduction in stigma, thanks to the use of participatory methodologies that recognize and value diversity in identities, bodies, and sexual practices.

Keywords: sexualities, mental health, sexual rights, holistic well-being, stigma, empowerment, diversity, sexological counseling

CONTACTO

LOURDES PÉREZ JIMÉNEZ

lpj@emaize.com

www.emaize.com

¿DE DONDE PARTIMOS?

Este es un artículo sobre salud mental, sobre las sexualidades, sobre su relación bidireccional y sobre una experiencia de atención a las sexualidades en una asociación de familiares y personas diagnosticadas con enfermedad mental.

Es fundamental a la hora de atender las sexualidades de las personas diagnosticadas con enfermedad o trastorno mental, definir lo que se entiende por salud mental.

La CONFEDERACION SALUD MENTAL ESPAÑA, de acuerdo con la definición proporcionada por la OMS, define la salud mental como:

“Un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera, y es capaz de hacer una contribución a su comunidad” (2021, p.5),

Y, añade que la enfermedad o el trastorno mental es:

“Una alteración de tipo emocional, cognitivo y/o del comportamiento, en la que quedan afectados procesos psicológicos básicos como son la emoción, la motivación, la cognición, la conciencia, la conducta, la percepción, la sensación, el apren-

dizaje, el lenguaje, etc., lo que dificulta a la persona su adaptación al entorno cultural y social en el que vive y crea alguna forma de malestar subjetivo (Confederación Salud Mental España, 2021, p.5).

FEDEAFES, Federación de Euskadi de Asociaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental define la enfermedad mental como:

“Una alteración de tipo emocional, cognitivo y/o del comportamiento que afecta a los procesos psicológicos básicos como son la emoción, la motivación, la cognición, la conciencia, la conducta, la percepción, el aprendizaje y el lenguaje, lo cual dificulta a la persona su adaptación al entorno cultural y social que vive, y crea alguna forma de malestar subjetivo” (FEDEAFES, s.f)

Y añade que existen distintos tipos de enfermedades: trastornos del estado de ánimo (trastorno bipolar, depresión mayor), trastornos psicóticos (esquizofrenia), trastornos de ansiedad, trastornos de la personalidad, trastornos del sueño, trastornos de la conducta alimentaria.

En cuanto a las causas, la CONFEDERACION SALUD MENTAL ESPAÑA (2021) plantea que no es fácil establecer una única relación causa-efecto en la aparición de la enfermedad mental, puesto que inter-

vienen múltiples causas, de modo que confluyen factores biológicos (alteraciones bioquímicas, metabólicas, etc.), factores psicológicos (vivencias del sujeto, aprendizaje, etc.) y factores sociales (cultura, ámbito social y familiar, etc.) que pueden influir en su aparición. FEDEFES (s.f), también está de acuerdo en que el límite entre enfermedad y salud mental no está claro ni es fácil de definir.

Definir lo que es la salud mental y cuáles son las causas de la enfermedad mental no es nada fácil ya que influyen muchos factores, unos más objetivos y otros más subjetivos. La mirada que social y culturalmente se haga, puede influir en esa fina línea entre enfermedad y salud mental. Roc Masiques (2005), psicólogo del EAIA de Girona, coincide en que es un concepto difícil de definir ya que cada cultura posee un conjunto de características antropológicas en función de las cuales decide quién está loco y quién no lo está. Lo ejemplifica de la siguiente manera:

“Tal vez exista una tribu africana en la cual sea totalmente normal hacer una hoguera y ponerse a bailar a su alrededor en una suerte de baile para invocar a los antepasados. Si cualquiera de nosotros cuando lleguemos hoy a casa nos salimos a la terraza o al balcón a hacer lo mismo que este señor africano, tendremos suerte si no acabamos en la planta de Psiquiatría de cualquiera de nuestros Hospitales; pero el señor africano no está loco. Por tanto, observamos como los criterios de anormalidad son específicos de cada cultura”. (Masiques, 2005, párr., 4)

Al hilo de lo anterior y a modo de reflexión os animo a ver la charla TEDx “La invención de trastornos menta-

les” en la que Marino Pérez Álvarez, especialista en Psicología Clínica, Catedrático de Psicología de la Universidad de Oviedo y miembro de la Academia de Psicología de España, expone y cuestiona el hecho de que cada vez aparecen más trastornos mentales; y plantea hasta qué punto puede haber unos intereses en crearlos. Comenta que, además una vez creados, se hacen reales y se mantienen en el tiempo. En la charla va desgranando algunas cuestiones como: ¿Realmente estamos cada vez peor? ¿Es nuestra sociedad del bienestar en realidad una sociedad del malestar? ¿Qué hace que tengamos trastornos que la gente antes no tenía? ¿Beneficia a alguien el aumento de trastornos?

Al margen de lo que pensemos y cuestionemos, lo que está claro es que las personas diagnosticadas con enfermedad o trastorno mental, desde sus diversos modos y maneras, son más que la enfermedad o el trastorno mental, además, son personas sexuadas, que como tales tienen sexualidad, entendida su sexualidad como la manera en la que cada sujeto se siente, se vive y se expresa como mujer y como hombre (Amezúa, 2003). Este continuo se desarrolla a lo largo del hecho biográfico que dura toda la vida y es inherente a todo ser humano. Ser persona y sexuada es algo intrínseco a todas las personas y atender a las sexualidades es un derecho.

LA SEXUALIDAD, UN DERECHO

Diferentes estamentos que defienden los derechos humanos plantean algunas definiciones, exposición de intenciones, así como pautas a seguir en cuanto a la salud mental y la salud sexual.

En lo referente a la salud mental la Organización Mundial de la Salud (OMS) la entiende como *«un estado de bienestar en el cual cada individuo desarrolla su potencial, puede afrontar las tensiones de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera, y puede aportar algo a su comunidad»*. (REFERENCIAS)

En cuanto a la salud sexual la Organización Mundial de la Salud (OMS) la define como:

“Un estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad; a través de la creación de leyes, reglamentos, instituciones. Para que la salud sexual se logre y se mantenga, los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y tratados a plenitud”. (OMS, 2022, párr.4)

Y, según la Organización Panamericana de la Salud (2000, párr. 1, Introducción), la salud sexual es “la experiencia del proceso permanente de consecución de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad.”

Ambos organismos consideran que, para que pueda lograrse y mantenerse la salud sexual, deben respetarse los derechos sexuales de todas las personas. En efecto, para lograrla, la OMS asegura que se requiere un *“enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener relaciones sexuales placenteras y seguras, libres de coerción, discriminación y violencia”* (OMS, 2006, sección 2.2, párr. 2).

La OMS (2006) también destaca que las personas con enfermedades o trastornos mentales tienen derecho

a recibir atención médica que incluya la salud sexual. A menudo, estas necesidades son descuidadas debido a estigmas sociales, falta de capacitación adecuada entre los profesionales de la salud y la tendencia a priorizar otros aspectos del tratamiento.

Sin embargo, la OMS (2006) aboga por un enfoque holístico que incorpore la sexualidad como parte fundamental del tratamiento y el apoyo. Para ello, señala varios puntos claves a valorar y mejorar en la atención a la sexualidad en salud mental:

En primer lugar, plantea la existencia de educación y capacitación en donde es esencial que los profesionales de la salud mental reciban formación adecuada, sobre la importancia de la sexualidad en la vida de las personas con enfermedad o trastornos mentales, y cómo abordarla de manera sensible y efectiva.

También incide en una desestigmatización para combatir los tabúes y estigmas asociados con la sexualidad y la enfermedad mental en donde es crucial fomentar un ambiente adecuado para que las personas se sientan seguras y cómodas comparando estos temas.

Insiste en la importancia de una evaluación integral en donde se incluyan preguntas sobre sexualidad de manera que se obtenga una visión más completa del bienestar de este grupo de personas.

Propone facilitar el acceso a información y recursos que permita a las personas comprender y manejar su sexualidad de manera saludable, incluyendo entre otras la orientación sobre relaciones, anticoncepción, prevención de enfermedades de transmisión sexual...

Aboga por la existencia de un apoyo continuo en la atención a la salud sexual como parte de un enfoque que acompañe, y de manera adaptativa, responda a las necesidades cambiantes de las personas.

Teniendo en cuenta todo lo anterior, desde todos los ámbitos de la sociedad se debería de estar potenciando e invirtiendo económicamente en más planes de atención a las sexualidades, para que se puedan llevar a la práctica los puntos claves que señalan como derecho. Derechos vinculados al bienestar y la dignidad humana que deben ser garantizados.

En mayo de 2024, día mundial de la salud, Natalia Kanem (directora del Fondo de Población de las Naciones Unidas) decía que:

“La justicia y la igualdad no serán posibles hasta que nuestros sistemas de salud garanticen el acceso de todas las personas a la atención respetuosa, compasiva y de calidad que merecen. Hoy y cada día, defendamos el derecho de todas las personas a alcanzar el más alto estándar posible de salud, sin discriminación, coerción ni violencia. El acceso universal a la salud y los derechos sexuales y reproductivos constituye el camino hacia un futuro sostenible en el que toda la población pueda alcanzar su pleno potencial. Defendámoslo” (Kanem, 2024, párr. 2).

A PROMOVER, BENEFICIOS

Ya hemos visto en el apartado anterior que además de un derecho, la sexualidad es un aspecto fundamental de la vida humana intrínsecamente ligado a la salud física y emocional.

Aunque actualmente se van dando algunos avances en la atención a las sexualidades, esta sigue siendo un desafío en muchos ámbitos incluido este que nos ocupa, el de la enfermedad o trastorno mental, en el cual a menudo, la atención a las sexualidades se pasa por alto o se maneja con reservas y tabúes, mucho más en el caso de las mujeres. Aquí podríamos extendernos mucho y daría para otro artículo, con lo cual sólo os haré algunas sugerencias como la de animaros a ver el documental *“Dret a sentir. (derecho a sentir)”* que la Federació Salut Mental Catalunya ha producido en el marco de su programa Mujer y salud mental. En él, siete mujeres comparten sus vivencias y reflexiones sobre la discriminación y el estigma que sufren por el hecho de ser mujer y tener un trastorno de salud mental. El vídeo además de otros temas aborda la importancia del ejercicio libre de la sexualidad y el papel que a menudo tienen los servicios sanitarios a la hora de facilitar los derechos sexuales y reproductivos.

Podéis consultar también, los *“Cuadernos para la Salud de las Mujeres”* de la Escuela Andaluza de Salud Pública (s.f), en donde encontraréis materiales muy interesantes.

También, os animo a leer el libro de Kate Millet *“Viaje al manicomio”*, una historia personal en donde relata su lucha para mantener el control de su vida tras ser diagnosticada como maniaco-depresiva. En el prólogo *“mujeres y locura”* que escribe Mar García Puig, nos plantea:

“El feminismo se ha interesado por la historia de la locura, y en ocasiones ha sostenido que las mujeres confinadas en manicomios o tratadas por la psiquiatría no han sido

más que rebeldes fracasadas contra las restricciones impuestas a su género, incluso se las ha llegado a celebrar como representantes de una feminidad desafiante que subvertía la lógica lineal de la ciencia del hombre” (García Puig, en Millet, 2019, p.7)

En esta atención a las sexualidades hoy en día seguimos viendo como los derechos son vulnerados amparados bajo ciertos mitos, entre ellos, el que los programas de atención a las sexualidades pueden despertar inquietudes que perjudican la salud integral. Ignorar esta dimensión, es la que aumenta el sufrimiento, dificulta la recuperación en muchos casos, perjudicando la salud en su integridad, ya que, con la atención a las sexualidades, lo que se consigue es potenciar el bienestar personal a todos los niveles tanto individual como relacional, siendo los beneficios que aporta muy altos, entre ellos, reducción de la ansiedad, del estrés, de la depresión, de la soledad...

Vemos que individualmente la conexión con el propio cuerpo, la autoexploración y el autoconocimiento mejoran la propia estima y una mayor aceptación. Cuando conocemos cómo funciona nuestro cuerpo, lo valoramos, lo acogemos, y lo hacemos desde un plano lúdico y placentero, fomentamos el desarrollo una imagen corporal más satisfactoria.

Este conocimiento del propio cuerpo, de lo que nos gusta y de lo que no, permite tomar decisiones informadas y empoderadas sobre lo que genera bienestar, de manera que se va ganando en confianza, tranquilidad.

Cuando este conocimiento de todo el cuerpo se hace desde lo placentero,

a nivel fisiológico se liberan neurotransmisores como las endorfinas, la dopamina y la oxitocina, que van a producir sensaciones agradables y relajantes, en donde el estrés y la ansiedad disminuyen, de manera que tanto física como mentalmente hay un aumento de bienestar en la persona.

Si además también existe una conexión emocional, de intimidad con otras personas, partiendo del propio bienestar y de unas relaciones consensuadas, se está facilitando y potenciando la creación de vínculos. Hay que tener en cuenta que, a través de esta intimidad emocional, física; la confianza y la complicidad puede ir aumentando, de manera que también se facilita un entorno seguro y de apoyo. Además, los sentimientos de soledad o aislamiento que se puedan estar dando disminuyen. Todo ello influye a nivel anímico de forma que los neurotransmisores van a incidir hacia una mayor predisposición en el bienestar propio y compartido, en donde la dopamina y la noradrenalina aumentan el deseo y predisponen al cuerpo a tener más energía y buen tono muscular; y la serotonina mejora el ánimo permitiendo que nos concentremos mejor en la conexión.

Si en las diferentes prácticas que se puedan realizar, tanto individual como en compañía, se llega a tener un orgasmo, se ha visto que este va a tener una serie de efectos secundarios como conseguir una mejora del sueño más profundo y reparador debido a la liberación de oxitocina y prolactina, o un mayor efecto analgésico a través de la liberación de endorfinas, lo cual puede ayudar a aliviar dolores crónicos.

Fomentando e incidiendo en la atención a las sexualidades vemos que

se consigue potenciar el bienestar personal a todos los niveles tanto individual como relacional, siendo los beneficios físicos y mentales que aporta muy altos.

Las sociedades van cambiando y vamos viendo como diferentes fenómenos nos afectan, uno de ellos es el caso de EEUU en donde las autoridades sanitarias hablan de “epidemias de soledad” y las consideran más dañinas que el sobrepeso y tan perjudicial como fumar 15 cigarrillos cada día. Ante esta realidad están surgiendo aplicaciones para combatir las, en ellas se pueden comprar abrazos o encontrar a alguien que te acompañe a pasear como es el caso de la aplicación ‘The People Walker’ de Chuck McCarthy. Otras aplicaciones también acompañan a eventos y las aplicaciones que venden abrazos cada vez se van extendiendo más.

Se está demostrando a través de investigaciones, que los comportamientos íntimos, como cogerse de la mano, abrazarse y besarse, pueden reducir los niveles de cortisol (Ditzen et al., 2019). Si el nivel de cortisol disminuye, el bienestar de la persona aumenta y si las personas están mejor, haremos sociedades más humanas.

Como profesionales, las diferentes maneras de acompañar y las decisiones que tomemos como parte de la sociedad a la hora de potenciar y facilitar un mayor conocimiento sexual tanto individual como en las relaciones con otras personas, es lo que va a hacer la diferencia de nuestra calidad de vida en esta sociedad cambiante.

Ante estos cambios sociales, cada persona necesita conocer las posibilidades y las herramientas que están

en sus manos. Para ello es fundamental asegurarnos que los derechos y necesidades sexuales de las personas diagnosticadas de enfermedad o trastorno mental son respetados y atendidos. Desde EMAIZE, es algo que venimos haciendo y potenciando y así lo decimos en nuestra página web:

“Hoy sabemos que cultivar las sexualidades, presente en todas las personas no sólo es fuente de bienestar, sino que también empodera, nos hace tener un mejor autoconcepto y autoestima. Tener un diagnóstico de enfermedad mental no significa que dejemos de ser mujeres y hombres, ni que no podamos disfrutar de nuestra sexualidad; es importante que tanto las personas diagnosticadas como las que no lo están, empaticemos y veamos factible la posibilidad de disfrutar de una relación erótica propia o con otra persona (con o sin la necesidad de establecer una relación sentimental estable) así como tener pareja -si es lo que deseamos-. Se trata de vivirnos, compartimos..., de la forma que nos haga más felices. Cada cuál desde su manera única de ser, de sentir, de relacionarse, de amar...” (EMAIZE, 2024, párr.1)

UNA EXPERIENCIA PRACTICA

Para que las mujeres y los hombres diagnosticados con enfermedad mental puedan mejorar su calidad de vida y conquistar el espacio que les corresponde, es necesario contribuir a su reconocimiento como mujeres sexuadas y hombres sexuados. Para ello es preciso abrir espacios donde cuestionar y reflexionar sobre los mitos que les limitan y encubren su dimensión sexual y sexual, así como la importancia de la toma

de conciencia del entorno (familia, amistades,) para que se les respete en su identidad sexuada, en su intimidad y en su necesidad de socialización sexual.

Desde EMAIZE, teníamos claro que era esencial atender las sexualidades de esta población, con quienes ya habíamos trabajado previamente con resultados muy positivos. ASASAM, la Asociación Ayalesa de Familiares y Personas con Enfermedad Mental, también quería abordar esta temática de manera explícita. Así que unimos esfuerzos.

Inicialmente, la financiación provino de la asociación de familiares y personas con enfermedad mental, y más tarde se amplió con una subvención de la Diputación Foral de Álava. La colaboración comenzó en 2015 y fue creciendo hasta que en 2020 la pandemia interrumpió las actividades presenciales, especialmente las grupales. En 2021, EMAIZE y ASASAM publicaron la “Guía para Profesionales: Atención a la Sexualidad de las Personas con Problemas de Salud Mental”, un recurso clave que contribuye a romper tabúes que hay entorno a las sexualidades y la salud mental además de ofrecer herramientas a profesionales que intervienen con esta población.

Actualmente, EMAIZE sigue interviniendo de manera puntual, mientras ASASAM implementa progresivamente la atención a las sexualidades en su día a día, en donde la guía es un apoyo.

Este programa no solo promueve la aceptación de la diversidad, sino que también la fomenta y valora, resaltando la diferencia de identidades, cuerpos, deseos y formas de amar. Se basa en el marco de la Sexolo-

gía Sustantiva, que estudia el hecho sexual humano con un enfoque específico y metodologías propias, permitiendo intervenciones adaptadas a la diversidad de experiencias y expresiones sexuales.

A lo largo de estos años, el programa ha logrado que muchas personas diagnosticadas con enfermedad mental ganen confianza en sí mismas y establezcan relaciones más saludables. Esto ha sido posible gracias al compromiso de las familias, los profesionales y las propias personas usuarias.

DESARROLLO DEL PROGRAMA

El programa se diseñó en tres fases interrelacionadas:

1. Fase de Sensibilización (2015):

Se visibilizó la importancia de las sexualidades en diferentes ámbitos (personas usuarias, profesionales y familias), fomentando empatía y respeto.

2. Fase de Formación (2016-2017):

Se brindó capacitación específica para abordar las sexualidades de manera adecuada.

3. Fase de Diseño y Desarrollo del Proyecto de Centro (2018-2021):

Se integró progresivamente la atención a las sexualidades en el día a día de la asociación.

PRIMERA FASE: SENSIBILIZACIÓN (2015)

Se priorizó la toma de conciencia de familias, tutores y personas usuarias mediante diversas actividades:

- **Diagnóstico inicial:** Se elaboró una ficha con información de la biografía sexual de las personas usuarias.

rias y de sus intereses para adaptar mejor la intervención.

• **Talleres para personas usuarias:** Dos grupos recibieron formación en sexualidad (10 horas cada uno) con objetivos como:

- Mejorar la autoestima y la relación con el propio cuerpo.
- Fomentar la comunicación en el ámbito afectivo.
- Aprender sobre equidad, respeto y prevención de riesgos sexuales.
- Explorar diferentes orientaciones sexuales y prácticas eróticas.
- Informar sobre higiene, anticoncepción e infecciones de transmisión sexual.

• **Video-fórum para profesionales y familias:** Se utilizaron recursos audiovisuales para generar reflexión.

• **Charlas abiertas:** Se ofrecieron espacios de diálogo para ampliar la comprensión de la sexualidad en personas diagnosticadas con enfermedad mental.

OBJETIVOS GENERALES DEL PROGRAMA

- Atender directamente las sexualidades de las personas usuarias y sus familias, e indirectamente a los profesionales.
- Crear espacios de comunicación para hablar abiertamente de las sexualidades y hacer visibles sus necesidades e intereses.
- Promover una visión más amplia e inclusiva de las sexualidades.

METODOLOGÍA

Se aplicaron métodos flexibles, dinámicos y participativos, adaptados a cada grupo. Se usaron técnicas artísticas y lúdicas para facilitar la ex-

presión libre. Además, al terminar las sesiones había valoraciones y conclusiones reforzando el aprendizaje y guiando en futuras intervenciones.

SEGUNDA FASE: FORMACION (2016-2017)

En esta segunda fase además de seguir trabajando y profundizando con las personas usuarias, se intervino en mayor profundidad con las familias y con el equipo educativo, ya que son quienes están en contacto directo y pueden realizar una intervención más cercana y continua, favoreciendo la vivencia de las sexualidades de forma positiva y diversa además de reforzar los procesos de desarrollo y autonomía.

ACTIVIDADES REALIZADAS:

1. Talleres para las personas usuarias del centro (2 grupos, 10 horas cada uno).
2. Formación para el equipo educativo (8 horas en total).
3. Taller para familias y personas tutoras (10 horas).

OBJETIVOS GENERALES:

- Romper mitos y estereotipos sobre sexualidad y salud mental.
- Reducir la ansiedad e identificar miedos en torno al tema.
- Reforzar la importancia de atender la sexualidad en el ámbito familiar.
- Promover una visión positiva, respetuosa y enriquecedora de la sexualidad.
- Brindar herramientas para atender la sexualidad de las personas con enfermedad mental.

1. Talleres para las personas usuarias

Estos talleres dieron continuidad a la formación del año anterior, pro-

fundizando en temas clave que quedaron pendientes. Se destacó el carácter vivencial y terapéutico de los encuentros, creando un espacio seguro para expresar emociones y compartir experiencias.

Metodología

Se mantuvo un enfoque flexible, adaptado a las necesidades del grupo, con una dinámica participativa y basada en la expresión libre a través de técnicas artísticas y lúdicas.

Bloques temáticos:

- “¿Quiénes somos? Hablemos de sexualidad”: Fomentar la confianza, compartir experiencias y ampliar la visión de la sexualidad.
- “Así es mi cuerpo”: Conocer mejor el cuerpo sexuado y sus cambios en distintas etapas de la vida.
- “Así nos relacionamos”: Explorar vínculos afectivos, autoestima y habilidades de comunicación.
- “Así disfrutamos”: Reflexionar sobre el deseo, la expresión erótica y la satisfacción personal y en pareja.
- “Así nos cuidamos”: Promover el autocuidado y la prevención de embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual.

2. Formación para el equipo educativo

Inicialmente, se planteó una formación de 20 horas para un mayor número de profesionales. Sin embargo, por cuestiones logísticas, se realizó una versión reducida de 8 horas en dos sesiones de 4 horas, con la participación de 7 profesionales de distintos programas y servicios.

Objetivos:

- Introducir el marco sexológico

como base para una atención de calidad a la sexualidad.

- Asumir la importancia de educar y apoyar la sexualidad de las personas con enfermedad mental.
- Promover una visión enriquecedora y diversa de la sexualidad.
- Brindar herramientas para la atención y acompañamiento en este ámbito.

Metodología:

Se combinó la teoría con el análisis de casos, debate grupal y reflexión sobre materiales audiovisuales. Para adaptar la formación a las necesidades de los participantes, se incluyeron dinámicas de autoevaluación al inicio y cierre de cada sesión.

Bloques temáticos:

1. Marco sexológico y rol de los educadores:

- Introducción al modelo de Sexología Sustantiva Inclusiva.
- Actitudes personales y grupales hacia la sexualidad.
- Programación y planificación de la educación sexual.

2. Sexualidad y salud mental:

- Mitos y realidades.
- La diversidad como un valor.
- Bases teóricas y criterios para la atención a la sexualidad.

3. Modelo de atención a la sexualidad:

- Estrategias de intervención en diferentes entornos.
- Claves para abordar conductas inadecuadas.
- Estudio de casos y reflexión.

3. Taller para familias y personas tutoras

Se desarrolló un taller de 10 horas con el objetivo de generar un espacio de diálogo donde los participantes pudieran compartir sus creencias y preocupaciones sobre la sexualidad de sus familiares.

Objetivos:

- Romper mitos y estereotipos sobre la sexualidad en personas con enfermedad mental.
- Reducir la ansiedad y los miedos en torno al tema.
- Reforzar la importancia del apoyo familiar en la educación sexual.
- Promover una visión inclusiva y respetuosa de la diversidad sexual.
- Brindar herramientas prácticas para el acompañamiento en este ámbito.

Metodología:

Se combinó la teoría con el análisis de materiales y la reflexión grupal. Se incluyeron dinámicas que facilitaron la expresión emocional de los participantes.

Bloques temáticos:

1. Marco sexológico y rol de las familias:

- Introducción al modelo de Sexología Sustantiva Inclusiva.
- Actitudes personales y grupales hacia la sexualidad.
- Identificación de situaciones problemáticas.

2. Sexualidad y enfermedad mental:

- Desmitificación de creencias erróneas.

- Demandas y necesidades específicas: asistencia sexual, maternidad/paternidad, intimidad, abuso.
- Estudio de casos y situaciones concretas.

3. Modelo de atención a la sexualidad:

- Estrategias para el acompañamiento desde la familia.
- Claves de actuación ante conductas inadecuadas.
- Reflexión final y cierre.

Esta fase de formación fue un paso fundamental para seguir avanzando. La implicación de los distintos actores (usuarios, familias y profesionales) permitió consolidar una mirada más comprensiva y respetuosa hacia la diversidad sexual, facilitando la autonomía y el bienestar de las personas involucradas.

TERCERA FASE: DISEÑO Y DESARROLLO DEL PROYECTO DE CENTRO (2018-2021)

En esta fase, el objetivo principal fue integrar la atención a la sexualidad dentro de la dinámica cotidiana de la asociación, consolidándola como un aspecto fundamental del bienestar de las personas usuarias. Para lograrlo, se llevaron a cabo diversas acciones estratégicas, asegurando que la intervención no quedara limitada a actividades puntuales, sino que se convirtiera en un enfoque transversal dentro del centro.

1. Creación de un Modelo de Intervención Personalizado

Cada persona tiene una vivencia única de su sexualidad, por lo que era crucial diseñar un modelo flexible y adaptado a las necesidades individuales. Para ello, se implementaron los siguientes pasos:

- **Valoración inicial:** Se realizaron entrevistas y cuestionarios para conocer las experiencias, inquietudes y necesidades de las personas usuarias respecto a su sexualidad.
- **Definición de objetivos personales:** En conjunto con los profesionales, cada usuario estableció metas relacionadas con su bienestar sexual y afectivo (fortalecer la autoestima, mejorar la comunicación en pareja, explorar su identidad, etc.).
- **Elaboración de planes de intervención:** Se diseñaron estrategias específicas para trabajar cada caso, integrando talleres, asesoramiento individual y dinámicas grupales.

2. Programa de Atención Vida Independiente (PAVI)

A lo largo de estos años, cada vez se hizo más evidente la necesidad de una intervención más personalizada que complementara las acciones grupales. Se pusieron en marcha dos líneas de actuación dentro del PAVI, el Asesoramiento Sexológico Individual ASI y el Plan de Atención Individualizado PAI:

a) Asesoramiento Sexológico Individual (ASI)

Este servicio busca atender inquietudes, dudas, preocupaciones o dificultades en torno a las sexualidades, tanto de manera individual como en pareja. Son intervenciones breves y personalizadas, en donde acompañar a las personas a identificar sus herramientas para construir una vida erótica más satisfactoria.

Objetivos:

- Ofrecer un espacio seguro para explicitar la importancia de atender y mejorar las sexualidades.
- Acompañar según las necesidades

individuales o de pareja.

- Brindar herramientas para comprenderse y aceptarse.
- Legitimar la diversidad sexual y promover su expresión sin prejuicios.
- Fomentar la autonomía, proporcionando estrategias para afrontar desafíos y mejorar experiencias.

Metodología:

- Se respeta la privacidad en todo momento, y solo en casos necesarios se coordina con profesionales del centro con el previo consentimiento.
- Las sesiones duran aproximadamente una hora y pueden ser individuales, en pareja o en pequeños grupos.
- Se permite la asistencia sin cita previa en función de la disponibilidad, aunque se recomienda agendar con anticipación.
- El número de sesiones varía según la necesidad, con un promedio de cuatro citas. Algunas consultas pueden resolverse en una sola sesión.
- Tras la última sesión, se realiza una evaluación del proceso y de los avances logrados.
- Se organiza una sesión de valoración con el equipo profesional para extraer aprendizajes y mejorar futuras intervenciones.

b) Plan de Atención Individual (PAI)

El PAI permite una intervención más estructurada, adaptada a cada persona usuaria. Se desarrolla a partir del análisis de sus necesidades, intereses, potencialidades y limitaciones, con el objetivo de favorecer su desarrollo personal y social.

Objetivos:

- Facilitar la plena participación de la

persona en su comunidad, definiendo sus deseos y necesidades en torno a las sexualidades.

- Mejorar sus habilidades de comunicación interpersonal, especialmente en el ámbito afectivo y erótico.
- Promover una ética de las relaciones basada en la igualdad y el respeto mutuo.
- Involucrar al equipo profesional en el proceso, brindándoles herramientas para apoyar de manera efectiva cada plan de atención.
- Crear una red de apoyo y recursos que sirva como respaldo a la entidad.

Metodología:

- Se estructuran 12 sesiones, de las cuales 9 son de atención directa y 3 de coordinación con el profesional de referencia.
- Las sesiones tienen una duración de una hora y se realizan semanalmente.
- En cada caso, el proceso sigue estos pasos:

1. **Coordinación del equipo** (definiendo quién intervendrá y cómo).
2. **Análisis de la biografía sexual** e identificación de experiencias y metas personales.
3. **Definición de pautas y objetivos estratégicos** alineados con sus deseos y necesidades.
4. **Evaluación del proceso y ajustes** según los avances de la persona.
5. **Coordinación y supervisión del plan**, con el objetivo de garantizar la continuidad del plan.

Las sesiones están diseñadas para que la persona usuaria pueda reflexionar sobre aspectos clave de su bienestar sexual y afectivo. Las preguntas van en la siguiente línea:

- ¿Cómo mejorar mi relación con lo

corporal y lo placentero?

- ¿Cómo ganar más control sobre mi vida y mis relaciones?
- ¿Qué habilidades quiero y puedo desarrollar?
- ¿Cómo puedo aportar y enriquecer la vida de otras personas?
- ¿Cómo puedo establecer relaciones más satisfactorias?

3. Capacitación Continua para Profesionales

A la vez que se atiende el plan de vida independiente PAVI, también se sigue dotando el equipo de profesionales con herramientas y conocimientos especializados, para continuar atendiendo las sexualidades de las personas diagnosticadas con enfermedad mental. Esto sigue siendo uno de los pilares claves de este programa. Para ello, se llevaron a cabo:

- **Sesiones formativas periódicas**, en las que se abordaron temas como diversidad sexual, comunicación afectiva, derechos sexuales y reproductivos, y estrategias para la intervención.
- **Supervisión de casos**, donde los profesionales pudieron compartir dudas y recibir orientación sobre situaciones específicas.
- **Creación de materiales de referencia**, como guías y protocolos de actuación, para estandarizar la atención y facilitar su implementación.

4. Espacios de Reflexión y Diálogo con Familias y Tutores

Para garantizar una verdadera integración del enfoque, es esencial seguir involucrando en todo el proceso a las familias y personas tutoras. Para ello se promovieron:

- **Talleres para familiares**, donde

seguir abordando y cuestionando mitos, también ofrecer estrategias para seguir acompañando la vivencia de las sexualidades de sus familiares.

- **Grupos de apoyo**, donde fomentar la escucha y el intercambio de experiencias.
- **Asesoramiento individual**, espacio para atender dudas e inquietudes.

5. Incorporación de la Atención a las Sexualidades en la Rutina del Centro

Incorporar todas las acciones en el centro dándoles una cohesión era algo básico para la atención a las sexualidades. Se desarrollaron diversas estrategias en donde abordar las sexualidades de forma explícita y cotidiana en el día a día del centro, como:

- **Creación de un punto de información sobre sexualidad**, donde las personas usuarias pudieran acceder a materiales educativos, preventivos y asesoramiento.
- **Espacios de apoyo y crecimiento**, en donde desde el encuentro con otras personas y de manera informal poder compartir dudas, inquietudes..., en un ambiente de confianza.
- **Acciones comunitarias**, entre ellas la Jornada abierta de sensibilización, el día mundial de la salud mental, sobre "Sexualidad y salud mental". Posteriormente se hizo un programa de radio entrevistando a diferentes ponentes y personas asistentes a la jornada.
- **Integración del tema en otras actividades**, relacionándolo con dinámicas artísticas, culturales o recreativas (cine fórum), favoreciendo una visión integral de la sexualidad.

Gracias a la implementación de es-

tas acciones, la atención a las sexualidades dejó de ser un tema puntual para convertirse en un eje fundamental del bienestar y la calidad de vida de las personas diagnosticadas con enfermedad mental. Entre los principales logros a destacar están:

- Mayor confianza y autonomía en las personas usuarias.
- Reducción de prejuicios y tabúes entre profesionales y familiares, así como la adquisición de mayores habilidades para atender este aspecto en la cotidianidad.
- Un modelo de intervención sostenible y adaptable a distintos contextos.

Actualmente, este modelo sigue en evolución, se van incorporando nuevas metodologías y herramientas para seguir enriqueciendo la experiencia de las personas diagnosticadas con enfermedad mental en el ámbito de la sexualidad.

CONCLUSIONES Y FUTURO

El Plan de Atención a las Sexualidades se ha desarrollado sobre una base sólida de principios metodológicos y éticos. Estos pilares han guiado la intervención y el trabajo con las personas usuarias, sus familias y los profesionales que las acompañan. Estos son:

1. Participación Activa
2. Promover y fomentar la inclusión
3. Consenso
4. Evaluación y seguimiento
5. Priorizar lo importante sobre lo urgente
6. Tiempo y Proceso
7. Transversalidad y Organización
8. Eficiencia y Continuidad
9. Personalización

Desde esta base se ha ido consiguiendo logros, algunos han sido:

- **Erradicar cada vez más la exclusión y el estigma social abordando estrategias de empoderamiento, comunicación y seducción.** En muchos casos comentaban que el diagnóstico cambiaba la percepción que los demás tenían y cómo esto afectaba negativamente a sus relaciones y por ende a su estima. Sentirse fuera del “mercado del amor” o de los círculos de deseo erosiona la manera de vivirse y relacionarse.

- **Apertura, confianza para expresar dudas, deseos, experiencias facilitando la gestión de las emociones.** En las personas usuarias muchas veces, las expectativas chocan con la realidad, lo que genera frustración, rabia, tristeza... Se han abordado temas como la idealización del amor y las relaciones de pareja, los celos, el miedo al compromiso, las rupturas... Muchas de las demandas compartidas tienen que ver con: *“Vencer mis miedos para poder pedir o más libertad para mantener relaciones sexuales”, “Que no se enfríe la pasión, que sepa escuchar el cantar de las sirenas”, “Hacer un trió”, “Me gustaría adelgazar unos kilos”, “Que las personas que amo me comprendan en mis emociones y en mis instintos sexuales”, “Tener momentos mejores de placer con mi pareja”, “Mi mayor deseo es que mejore mi relación con la mujer, en el trato diario y que no avance mi enfermedad”, “Deseo tener relaciones sanas”, “Tener pareja y una vida sexual normalizada o mejor”, “Follar a tope, sexo duro”, “Ser más activa sexualmente”, “Vivir el amor, tener Sexo con muchas chicas que me gusten, ser más atractivo y estar feliz con mi vida sexual”, “Ser más activo”, “Tener hijos”, “Deseo estar con dos mujeres”, “Tener una pareja e ir con ella a pasear y vivir feliz conmigo misma y mi pareja y tener hijos*

y nietos”, “Dar un beso a una chica que me atrae”, “Vivir con mi pareja y ser felices”, “Que encuentre una pareja, un chico que me entienda a nivel emocional y sexual” “Me gustaría tener hijos”, “Poder disfrutar al máximo de mi pareja”, “Ser más sexual” “Me gustaría estar en mi casa con mi pareja en un futuro”, “Encontrar un anclaje, una pareja y tener hijos”, “Vivir una vida sexual activa en pareja en una casa nuestra”.

Por parte del **equipo de profesionales** comparten y hacen reflexiones como la siguiente: *“En otras ocasiones privamos a la persona con enfermedad mental de voluntad y de capacidad de decisión; y con ello, la cosificamos al retirarle uno de los elementos esenciales y básicos de la persona, la sexualidad. Esto provoca que además cataloguemos a estas personas como personas a proteger, cercenando su autonomía e independencia.”*

Las **familias** también se han abierto a espacios de diálogo y reflexión. Para ello hemos utilizado, entre otras, herramientas como el cine, programas de radio..., facilitando el debate de una manera natural y sin imposiciones. *“Como familiar estoy aprendiendo a escuchar sin juzgar. La sexualidad de mi ser querido es tan importante como la mía, y ambos hemos crecido”*

- **Facilitar Información clara y accesible.** Tanto hombres como mujeres comparten sus inquietudes por diferentes temas como la falta de deseo, problemas de erección, ausencia de orgasmos, efectos de la medicación..., cuestiones que a menudo no se abordan en las consultas médicas. *¿Puedo quedarme embarazada en la menopausia?, ¿Cómo afecta la medicación al de-*

seo?, ¿Cómo es que las mujeres no me entienden cuando les intento seducir? ¿Cuáles son los métodos anticonceptivos más fiables?, Enfermedades de transmisión sexual bucales y vaginales, ¿Cómo afecta la mediación a la erección? ¿Cómo puedo estimularme? ¿Es normal sangrar después de realizar el coito?" Este desconocimiento genera angustia y sensación de pérdida, por lo que proporcionar información adaptada a sus necesidades ha sido un paso fundamental.

Se ha demostrado cómo el interés por la sexualidad va mucho más allá de la mera curiosidad; se trata de una necesidad real, de un derecho a información, comprensión y aceptación.

MIRANDO HACIA EL FUTURO

La intervención realizada hasta el momento sienta una base sólida para futuras intervenciones. Entre las líneas de acción a reforzar, destacan:

- **Mayor sensibilización social** para seguir rompiendo estereotipos sobre las sexualidades en las personas diagnosticadas con enfermedad mental.
- **Trabajo en proyectos de vida personalizados** donde cada persona pueda definir su camino afectivo y sexual dentro de un modelo de calidad de vida.
- **Elaboración de itinerarios de actuación** que faciliten gestionar de forma adecuada las situaciones que puedan surgir en los centros.
- **Formación continua para el equipo educativo y familiares** asegurando una cohesión, confianza y herramientas para continuar atendiendo las sexualidades.
- **Espacios de apoyo y crecimien-**

to personal donde las personas puedan trabajar su estima, habilidades sociales, relacionales y así, alcanzar un mayor bienestar.

Cerrar la brecha entre salud mental y sexualidad es un desafío y por ello hay que seguir incidiendo en que abordar las sexualidades, como hemos visto, es beneficioso para todo el mundo, además, no se nos puede olvidar, es un derecho que todas las personas merecemos explorar y disfrutar. La necesidad de reconocimiento e integración por parte de la sociedad con las personas diagnosticadas con enfermedad mental como mujeres y hombres sexuados y sexuales, es fundamental.

Esperamos que esta experiencia sea un estímulo para continuar promoviendo espacios y seguir atendiendo las Sexualidades.

Gracias a todas las personas que hicieron posible este aprendizaje compartido.

BIBLIOGRAFÍA Y WEBGRAFÍA

- Amezúa, E. (2003). El sexo: historia de una idea. *Revista Española de Sexología*, (115-116), Instituto de Sexología.
- Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA. (2018). *Guía de estilo sobre salud mental para medios de comunicación*. Comunica la Salud Mental. <https://www.comunicalasaludmental.org>
- Ditzen, B., Germann, J., Meuwly, N., Bradbury, T. N., Bodenmann, G., & Heinrichs, M. (2019). Intimacy as related to cortisol reactivity and recovery in couples undergoing psychosocial stress. *Psychosomatic Medicine*, 81(1), 16–25. <https://doi.org/10.1097/PSY.0000000000000633>
- Emaize. (2024, 1 de julio). *El reto de la atención a la sexualidad en el ámbito de la enfermedad mental*. Emaize. <https://emaize.com/el-reto-de-la-atencion-a-la-sexualidad-en-el-ambito-de-la-enfermedad-mental/>
- Escuela Andaluza de Salud Pública, & Instituto Andaluz de la Mujer. (s. f.). *Cuadernos para la salud de las mujeres* [Serie de publicaciones]. <https://www.easp.es/project/cuadernos-para-la-salud-de-las-mujeres/>
- FEDEAFES. (s. f.). *Enfermedades mentales*. Federación de Euskadi de Asociaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental. Recuperado el 26 de julio de 2025, de <https://www.fedeafes.org/enfermedades/>
- Kanem, N. (2024, 7 de abril). *Declaración de la Directora Ejecutiva del UNFPA con motivo del Día Mundial de la Salud 2024*. Fondo de Población de las Naciones Unidas. <https://www.unfpa.org/es/events/world-health-day-2024>
- Masiques, R. (2005). La enfermedad mental, una perspectiva de abordaje desde la educación social. *RES: Revista de Educación Social*, (3). Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de la Educación Social (FEAPES). Recuperado el 26 de julio de 2025, de <https://www.eduso.net/res/revista/3/articulos/la-enfermedad-mental-una-perspectiva-de-abordaje-desde-la-educacion-social/>
- Millett, K. (2019). *Viaje al manicomio*. Seix Barral. (Trabajo original publicado en 1990)
- Organización Mundial de la Salud. (2006). *La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: un enfoque de derechos*. Organización Mundial de la Salud. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274656/9789243512884-spa.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2022, 3 de junio). *Por qué la salud mental debe ser una prioridad al adoptar medidas frente al cambio climático*. <https://www.who.int/es/news/item/03-06-2022-why-mental-health-is-a-priority-for-action-on-climate-change>
- Organización Panamericana de la Salud. (2000). *Promoción de la salud sexual: Recomendaciones para la acción*. Organización Mundial de la Salud. https://www.paho.org/sites/default/files/promocion_salud_sexual.pdf



SEXUACIÓN MECÁNICA: CARNE, TÉCNICA Y BIOGRAFÍA

BRUNO MARTÍNEZ SANTIAGO

RESUMEN

Este trabajo desarrolla una fenomenología de la prótesis y las ayudas mecánicas como parte constitutiva del sujeto encarnado y sexuado, entendiendo que dichas extensiones no son meros instrumentos externos, sino elementos que participan activamente en la configuración de la biografía sexuada. A partir del pensamiento de Merleau-Ponty, Simondon, Waldenfels, Leder y Amezúa, se argumenta que la sexuación es un proceso transindividual que se articula en la materialidad del cuerpo vivido, afectado por tecnologías, dispositivos y relaciones. La noción de responsividad permite pensar la prótesis no solo como extensión funcional, sino como elemento de apertura erótica, sexuado y, también, como factor sexuante.

Palabras clave: Carne, sexuación, prótesis, fenomenología, técnica, responsividad.

MECHANICAL SEXUATION: FLESH, TECHNIQUE AND BIOGRAPHY.

ABSTRACT

This paper develops a phenomenology of prosthetics and assistive devices as constitutive of the subject's flesh, arguing that these extensions are not merely external tools, but essential elements in shaping one's sexuated biography. Drawing on the works of Merleau-Ponty, Simondon, Waldenfels, Leder, and Amezúa, the text defends that sexuación (sexual becoming) is a transindividual process embedded in the lived materiality of the body. The concept of responsivity allows us to understand prostheses not only as functional extensions but also as erotic openings and vectors of sexuated subjectivation.

Keywords: Flesh, sexuación, prosthesis, phenomenology, technique, responsivity

CONTACTO

BRUNO MARTÍNEZ SANTIAGO
martinezsantiagobruno@gmail.com

1. DE LA CARNE COMO ACONTECIMIENTO A LA SEXUACIÓN BIOGRÁFICA

.....

Merleau-Ponty sostiene que la carne no es un continente de órganos ni un conjunto de funciones, sino el plano originario donde se cruzan las trayectorias de lo visible y lo táctil, lo móvil y lo que mueve.¹ La inmanencia de este plano se hace evidente cuando consideramos la más elemental de las experiencias: al rozar la mano propia sentimos al mismo tiempo el contacto activo y la pasividad receptiva, dando lugar a un circuito o *loop* que desbarata la oposición clásica entre sujeto y objeto. Este proceso es la noción de quiasma desarrollada por Merleau-Ponty, y nos refiere a la radical interconexión entre el sujeto y su mundo de la vida, de la relación sistémica de intercambio de información y datos que produce la confusión entre perceptor y lo percibido. Hemos de tener en cuenta que es un circuito biográfico, no permanece idéntico a lo largo de la vida: la herida, la cicatriz, el callo, los cambios de pigmentación y, con especial intensidad, la incorporación de materiales ajenos alteran la relación quiasmática. Sobre este suelo movedizo se levanta la sexualidad, entendida no como función aislada, sino como modalidad experiencial primordial de apertura al mundo de la vida, o, dicho en términos sexológicos, como vivencia de los procesos de sexuación del sujeto.

Merleau-Ponty nos recuerda que el cuerpo no es objeto entre objetos, sino condición de posibilidad para toda relación con el mundo. La prótesis, en ese marco, no irrumpe como artificio externo que se impone a un cuerpo cerrado, sino como

continuidad de una carne ya siempre abierta a las técnicas, al ambiente y a los otros. Cuando un sujeto incorpora un dispositivo técnico, no se limita a 'usar' una herramienta, sino que modifica su propio horizonte perceptivo, afectivo y narrativo. Esa modificación no es secundaria: afecta a la totalidad de la vivencia corporal, reconfigura la orientación del sujeto hacia el mundo y altera el modo en que ese mundo le devuelve reconocimiento.

Si la carne es un entrecruzamiento de líneas sensibles y sensoriales, entonces la prótesis no se acopla a la carne: la prolonga, la reconfigura, la reordena. Drew Leder² lo ha mostrado con precisión en su fenomenología del cuerpo ausente: el cuerpo, cuando funciona, se retira como fondo silencioso de nuestras acciones; cuando falla o se transforma, irrumpe con fuerza en la conciencia³. La prótesis, en su tránsito desde el dolor o la incomodidad hasta su eventual desaparición funcional, sigue esa lógica de opacidad-invisibilidad. Pero incluso cuando se integra, nunca lo hace del todo: persiste como alteridad que forma parte de la intimidad. El deseo, entonces, no es indiferente a esa modificación. La sexualidad, desde Amezúa, no es instinto ni descarga biológica, sino forma concreta y situada de vivencia y relación con uno mismo, con el otro y con el mundo. La sexuación biográfica que él propone no se da en abstracto, sino en condiciones materiales, tecnicadas, que afectan al relato íntimo y al cuerpo que lo sostiene. La prótesis, al incorporarse al esquema corporal, al volverse soporte de gestos, de estilos de seducción o de prácticas autotóxicas, deviene elemento erotizado, fuente de significación sexuada, nodo de reconocimiento.

Gilbert Simondon aportaría aquí la noción de individuación técnica: cada sujeto es el resultado de múltiples acoplamientos entre lo preindividual, lo individual y lo transindividual. La prótesis revela esta estructura: no hay prótesis sin técnica social, sin soporte colectivo, sin código compartido que permita su uso y mantenimiento. La sexuación, lejos de ser privada o individual, emerge como proceso de individuación que siempre pasa por el colectivo. La sexuación es, entonces, fenómeno transindividual: hecho de modulaciones que requieren cuerpos, palabras, símbolos, significados, dispositivos y contextos.

Por su parte, Bernhard Waldenfels completa este cuadro con la noción de responsividad: el sujeto no es origen soberano de sus actos, sino alguien afectado, que responde a llamadas que no controla, dado que se producen desde lo pre-reflexivo y las latencias corporales. La prótesis, al integrarse, modifica el tipo de llamadas que el sujeto puede recibir y el tipo de respuestas que puede dar. Modifica, por ejemplo, la textura de la relación erótica, la densidad de la presencia, la disponibilidad para el otro.

Así, cada prótesis no es solo un instrumento biomédico, sino una figura carnal, una extensión de la biografía sexuada del sujeto. Forma parte de su carne no porque se le adhiera físicamente, sino porque entra en el circuito de los afectos, del juego de masculinizaciones y feminizaciones, del reconocimiento, del deseo. Se erotiza no porque despierte excitación en todos, sino porque puede formar parte del repertorio íntimo con el que un sujeto se piensa y se presenta como erótico. La carne, entonces, es siempre técnica; el deseo, siempre biográfico; la biografía, siempre ensamblada.

2. CUERPO VIVIDO, TÉCNICA Y PRÓTESIS: MERLEAU-PONTY Y LEDER

Merleau-Ponty introdujo en su fenomenología del cuerpo la distinción entre el cuerpo como objeto (*Körper*) y el cuerpo vivido (*Leib*). El cuerpo vivido no es simplemente un cuerpo fisiológico, sino una estructura dinámica de orientación, afectación y apertura al mundo de la vida. Esta noción no es meramente descriptiva, sino que implica una reconfiguración radical de la ontología: el cuerpo no es un objeto entre objetos, sino el lugar desde el cual se da el mundo como experiencia significativa. Parafraseando a Merleau-Ponty “el cuerpo está en el mundo como el corazón en el cuerpo”⁴

A diferencia del dualismo cartesiano, que separa mente y cuerpo (*res extensa vs res cogitans*), Merleau-Ponty sostiene que el cuerpo vivido es la condición de posibilidad de toda percepción y acción. Es cuerpo que se siente a sí mismo en movimiento, que se orienta, que anticipa. No es el cuerpo examinado por la medicina o registrado en cifras biométricas, el *Leib* no es el organismo de las ciencias sanitarias, sino aquel que se vive como primera persona encarnada en un entorno. En ese sentido, el cuerpo vivencial es un modo de estar en el mundo, más que una cosa poseída o contenida.

Uno de los ejemplos paradigmáticos que ofrece Merleau-Ponty es el del uso de herramientas. Cuando una persona ciega utiliza un bastón para orientarse, este bastón no es simplemente un objeto externo, sino que es incorporado al esquema corporal como una prolongación de la

sensibilidad. El extremo del bastón se convierte en punto de contacto con el mundo. Esta incorporación fenomenológica es clave para pensar cómo ciertas ayudas técnicas —como una pierna ortopédica, un implante coclear o unas gafas inteligentes— pasan de ser artefactos a convertirse en componentes del cuerpo vivido. El cuerpo vivido, entonces, es aquel que se extiende, se adapta, incorpora, sedimenta. Esta noción tiene implicaciones directas para la comprensión de la prótesis. Cuando una persona empieza a usar una prótesis, no la percibe inicialmente como parte del cuerpo: hay fricción, desajuste, esfuerzo consciente. Pero con el tiempo, si el proceso de incorporación se consolida, la prótesis deja de ser un objeto y se convierte en parte del sistema sensoriomotor del sujeto. No se piensa en ella, se actúa con ella. Se erosiona la frontera entre lo propio y lo ajeno, entre lo biológico y lo técnico.

Leder, por su parte, refuerza este planteamiento desde su análisis del “cuerpo ausente”. Para él, en la vida cotidiana el cuerpo tiende a desaparecer de la atención. No sentimos nuestros pulmones al respirar ni nuestros músculos al caminar, salvo cuando hay disfunción, dolor o voluntariamente orientamos intencionalmente nuestra conciencia hacia los mismos. Esta ausencia operativa permite que el cuerpo funcione como trasfondo invisible de nuestras intenciones. Pero cuando el cuerpo se lesiona, aparece con fuerza: se torna presente, exige atención, interrumpe la acción fluida. Las prótesis siguen esta lógica: su presencia se hace notoria al inicio, luego tiende a retirarse cuando la integración es efectiva. Esta oscilación entre presencia y ausencia, visibilidad e invisibilidad, es esencial para

entender cuándo y cómo una prótesis participa del cuerpo vivido. No es una cuestión puramente funcional, sino una experiencia vivencial de incorporación. Una prótesis puede ser eficaz en términos biomecánicos, pero nunca incorporarse del todo si no es vivenciada como parte del sí-mismo encarnado. Por el contrario, dispositivos aparentemente toscos pueden llegar a ser vivenciados como parte del cuerpo si se integran en la historia perceptiva y afectiva del sujeto.

La dimensión erótica no queda fuera de esta lógica. Cuando una prótesis se erotiza —es decir, cuando entra en el circuito del deseo y del reconocimiento— no lo hace desde fuera, sino como prolongación de una vivencia corporal unificada. El cuerpo vivido es siempre cuerpo deseante/deseable. La prótesis, al incorporarse, puede modificar no únicamente la capacidad funcional, sino también el modo en que el sujeto se experimenta como deseable y deseante. No es trivial que muchas personas marquen una diferencia entre “llevar” una prótesis y “ser” con ella: el lenguaje ya indica el grado de integración subjetiva.

Por tanto, la fenomenología del cuerpo vivencial permite superar la oposición entre cuerpo biológico y aparato técnico. Merleau-Ponty insiste en que el cuerpo es histórico, abierto, plástico, afectable. La técnica no es añadida a posteriori, sino que forma parte del devenir del cuerpo desde su origen. Cada incorporación técnica —sea una herramienta, un lenguaje, una prótesis— reorganiza la estructura del mundo vivido. Esta reorganización afecta la percepción, la motricidad, la afectividad y, crucialmente, la sexualidad.

Desde esta perspectiva, la integración de una prótesis no es un simple

proceso de adaptación funcional, sino una reconfiguración existencial. La fenomenología exige, entonces, una intervención sexológica ampliada: no basta con medir el ajuste mecánico o la eficacia objetiva de un dispositivo; hay que escuchar cómo el sujeto lo experimenta, cómo lo inscribe en su narrativa, cómo transforma su esquema de corporalidad. Leder y Merleau-Ponty convergen en esta idea: el cuerpo es siempre más que su fisiología; es carne situada, sensible, erotizable. Esto permite sostener, sin caer en tecnofetichismos, que toda prótesis es posibilidad de reencarnación parcial: una manera de relanzar el cuerpo vivido en nuevas direcciones y reorientar la intencionalidad del sujeto. Así como el bastón del ciego amplía el alcance táctil del cuerpo, una prótesis moderna puede reorganizar las prácticas de seducción, el disfrute autoerótico, la expresión sexual o el modo de estar con otros. Lo que está en juego no es sólo la utilidad técnica, sino la potencia vital de una carne que se reinventa al contacto con la técnica, y de una técnica que se sexualiza al entrar en la biografía del sujeto.

3. INDIVIDUACIÓN TÉCNICA Y CARNE TRANSDUCTIVA: APORTACIONES DE SIMONDON

La fenomenología del cuerpo puede ser complementada por la teoría de la individuación técnica desarrollada por Gilbert Simondon. Su propuesta parte de una crítica a la idea de que los individuos son entidades acabadas. Para Simondon, todo individuo —sea técnico, físico, biológico o psíquico— es resultado de un proceso de individuación que nunca se completa del todo. Esto implica que también el cuerpo humano, en su dimensión psico-física y erótica,

es un sistema en continuo proceso de individuación. En este marco, la incorporación de una prótesis no puede ser entendida como simple sustitución funcional, sino como un evento que relanza el proceso de individuación del sujeto.

Un concepto clave en Simondon es el de transducción: la resolución de una incompatibilidad o tensión mediante la generación de una nueva estructura coherente. Cuando una prótesis se introduce en el cuerpo, aparece inicialmente como un elemento externo que crea fricciones: físicas, perceptivas, afectivas y sociales. La adaptación consiste en reorganizar esas tensiones mediante nuevas coordinaciones sensoriomotoras, narrativas y sociales. Este proceso es, en términos simondonianos, una transducción: el sujeto prostetizado no solo se ajusta a la prótesis; se transforma con ella.

Simondon resalta que toda individuación conlleva una preindividualidad que persiste y acompaña al individuo, permitiendo nuevas reestructuraciones. Las prótesis no se insertan en un sujeto ya terminado, sino que estimulan la aparición de nuevas formas de estar, de percibir, de orientar su conciencia y de desear. Por tanto, cada ayuda mecánica, lejos de resolver una carencia, cataliza la aparición de un nuevo modo de estar en el mundo, y ese modo incluye formas renovadas de sexualización. La prótesis no corrige un déficit, sino que introduce una diferencia que reestructura el campo de sentido del cuerpo. La carne, entendida como *Leib*, no es pasiva frente a esta transducción: es ella misma un campo de intensidades que permite o resiste ciertos acoplamientos. Por eso no toda prótesis logra convertirse en carne vivida: el sujeto puede rechazarla,

no integrarla, o integrarla de modos conflictivos. La individuación técnica no garantiza por sí sola una individuación existencial. El entorno, las narrativas sociales, la experiencia acumulada del sujeto, el grado de apoyo simbólico o material, todo ello configura las condiciones de posibilidad para que una prótesis deje de ser objeto externo y devenga parte del sujeto sexuado. En ese tránsito se juega la dimensión transindividual de la individuación.

En la medida en que el cuerpo es transductivo, el deseo también lo es. La prótesis reconfigura las trayectorias posibles del deseo no sólo porque modifica los actos posibles del cuerpo, sino porque redistribuye los imaginarios que lo sostienen. La prótesis no es sólo cuerpo ampliado: es futuro abierto. Cada incorporación técnica transforma el modo en que el sujeto se percibe a sí mismo en su devenir sexuado y su erótica, proyecta posibilidades no pensadas, y restituye espacios de deseo que antes parecían clausurados. En esta lógica, la prótesis no responde al pasado del sujeto, sino que anticipa sus configuraciones futuras.

4. RESPONSABILIDAD, ALTERIDAD Y AFECTACIÓN: WALDENFELS

Waldenfels introduce la categoría de responsividad como núcleo de una fenomenología que no comienza con la iniciativa del sujeto, sino con la afectación por parte de lo otro. El sujeto no responde desde un yo autónomo, sino desde una herida constitutiva que lo desborda. Esta perspectiva es especialmente fértil para pensar el cuerpo erotizado y protetizado: la prótesis no es solo una herramienta; es una alteridad que irrumpe, que interpela, que transfor-

ma la relación con uno mismo y con los otros. La responsividad en Bernhard Waldenfels designa una forma fundamental de relación con el mundo y con los otros basada en la respuesta a una alteridad que irrumpe, desborda o interroga, antes que en una iniciativa del yo. Esta respuesta no es reacción automática ni simple adecuación, sino una apertura desde los afectos y el cuerpo sexuado a lo que viene del otro, lo extraño, lo inasimilable. En los procesos de sexuación, esta concepción permite pensar la configuración del sujeto sexuado no como un desarrollo cerrado desde una identidad previa, sino como una respuesta encarnada y situada a una pluralidad de apelaciones —biológicas, sociales, culturales, simbólicas y eróticas— que interpelan al sujeto desde su diferencia. Así, la sexuación se entiende como una trayectoria responsiva, donde el sujeto se va configurando y significando en relación a lo otro que lo afecta y lo transforma, en una dialéctica inacabada entre encarnación y mundo. Desde esta perspectiva lo que Bernhard Waldenfels llama “respuesta a lo extraño” es particularmente pertinente en el contexto de las ayudas mecánicas. La prótesis introduce un nuevo tipo de llamada: no solo por su fricción física o su impacto funcional, sino por su capacidad de alterar el circuito simbólico y afectivo del cuerpo. La carne no reacciona de manera automática, sino que responde con un gesto que reconfigura sus contornos. En este sentido, la erotización de una prótesis implica una responsividad de segundo orden: no es un reflejo fisiológico, sino una transformación del modo de estar afectado por el mundo y el otro.

Leder complementa esta visión al recordar que la presencia del cuerpo

no es homogénea: hay zonas que permanecen silenciadas, y otras que irrumpen en la conciencia. La prótesis, cuando irrumpe, fuerza una re-negociación de esa cartografía corporal. La piel que rodea un implante, el contacto con un arnés o la textura de un dispositivo se convierten en territorios de nueva sensibilidad, incluso de sensibilidad erotizada. Pero para que eso ocurra, es necesario que la alteridad de la prótesis no sea vivida como mera amenaza o como signo de fracaso, sino como oportunidad de reescritura del cuerpo.

La responsividad es, por tanto, una operación estética tanto como ética. Implica estar dispuesto a acoger lo que llega sin haber sido convocado, y a transformar esa llegada en sentido. La prótesis, en tanto figura de lo otro encarnado, desafía los límites del si-mismo egosexuado. Puede generar vergüenza, extrañeza, rechazo. Pero también puede devenir espacio de placer, signo de pertenencia, interfaz de deseo. El paso de una experiencia traumática a una experiencia erotizada no ocurre automáticamente: exige trabajo simbólico, sostenimiento relacional y apertura afectiva. Pero cuando ocurre, revela la estructura radicalmente abierta del sujeto sexuado y, por tanto, erótico. Una fenomenología de la responsividad permite, así, pensar la incorporación prostética no solo como un acto técnico o adaptativo, sino como una respuesta ontológica a la vulnerabilidad. La carne erotizada no es una esencia que se recupera, sino una posibilidad que se manifiesta en el contacto con lo ajeno. Esa manifestación responsiva es siempre parcial, precaria, pero también fecunda: da lugar a formas nuevas de presencia, de reconocimiento y de estar-en-el-mundo.

5. SEXUACIÓN BIOGRÁFICA, RESPONSABILIDAD ERÓTICA Y DIFERENCIA TÉCNICA: AMEZÚA

La comprensión de la sexuación como proceso estrictamente individual —inscrito en la trayectoria singular de un organismo y en la interioridad psíquica de un sujeto— resulta insuficiente a la luz de una fenomenología que atienda a la densidad colectiva de la existencia. Efigenio Amezúa abre esta crítica al introducir la noción de sexuación biográfica: la configuración del sujeto sexuado se concibe como relato histórico encarnado, tejido a partir de experiencias, imaginarios y dispositivos que exceden por completo la esfera privada. En este marco, la irrupción de la prótesis no puede leerse únicamente como acontecimiento íntimo; en realidad, pone de manifiesto la estructura transindividual que subyace a toda constitución sexuada. Para desarrollar este argumento conviene integrar la ontología simondoniana y la fenomenología de la responsividad de Waldenfels: la primera subraya que la individuación —incluida la sexuación— es siempre co-individuación con medios técnicos y colectivos⁵; la segunda recuerda que el sí-mismo surge al responder a interpelaciones que lo preceden. La prótesis, como vector técnico, intensifica ambas dimensiones; al instalarse en la carne, condensa una densa red de relaciones humanas, materiales y simbólicas que reorganizan el proceso de sexuación.

Cuando un sujeto incorpora un dispositivo electrónico —por ejemplo, una mano mieléctrica equipada con sensores de retroalimentación háptica—, la sexuación de ese nuevo miembro no se reduce a su sensibili-

dad artificial; implica también la puesta en acto de protocolos de calibración, la circulación de manuales, la disponibilidad de repuestos y la existencia de una comunidad de usuarios que intercambian trucos y relatos. La mano sexuada se constituye, así, en la intersección de micro-experiencias táctiles y macro-infraestructuras relacionales. Pensando desde la erótica: la historia íntima de la erotización de esta mano depende de la logística industrial y del ensamblaje normativo que autoriza —o desautoriza— ciertos usos, pero también de las relaciones y negociaciones con el otro. Esta dependencia no resta autenticidad al deseo; al contrario, revela que la autenticidad erótica se gesta en el entrecruce de trayectorias que van de lo íntimo a lo social. La sexuación deviene entonces un fenómeno transindividual: la red de significados que permite leer esta mano y su uso en masculinizaciones y feminizaciones incluye ingenieros, legisladores, técnicos de mantenimiento, aseguradoras y narradores que configuran el horizonte de lo posible. Es decir, la transindividualidad de los procesos de sexuación hace patente la idea de Amezúa de la interdependencia humana.

Desde el punto de vista fenomenológico, la transindividualidad se manifiesta en la experiencia de co-presencia. Cuando la prótesis funciona, el usuario siente su eficacia como telón de fondo; no obstante, esa eficacia alude implícitamente a quienes la diseñaron y sostienen. Cada movimiento asistido convoca una comunidad ausente que se vuelve presente en la confiabilidad del gesto. Merleau-Ponty señaló que la percepción es antes comunión que interioridad; la prótesis actualiza esa comunión en un registro material inédito: el pulso de

la batería, la latencia del procesador y el zumbido del motor se integran en el sonido del propio cuerpo. La respuesta erótica a esas voces —la erotización del tacto metálico, del ligero cosquilleo eléctrico, del cambio de temperatura involucrado en la transferencia de calor— abre al sujeto a una relación cuyos interlocutores no se reducen a su pareja presente. Se erotiza lo colectivo sedimentado en la técnica, y esa erotización redistribuye la identidad: ya no soy sólo “yo”, soy también la red que sostiene mi ensamblaje. Es aquí cuando la idea de Efigenio Amezúa de que el sujeto es necesitado-del-otro, menesteroso en sus palabras, se manifiesta en plenitud.

Simondon denominaría transducción colectiva a este proceso: la prótesis deviene punto de cruce donde tensiones preindividuales (energía, información, deseo social) se resuelven en un sistema metastable que articula carne y tecnología. Esa resolución no es definitiva; persiste como potencial de variación. Cada actualización de firmware, cada mejora en la duración de la batería o cada cambio normativo que regule los estándares introduce una nueva onda de individuación que repercute sobre los modos sexuados disponibles. La sexuación, por ende, no concluye: se re-escribe con cada iteración técnica. La biografía sexual se muestra siempre abierta, y la prótesis opera como superficie de inscripción donde circulan escrituras sucesivas que el sujeto hace suyas sin ser totalmente autor.

Otro vector transindividual crucial es el lingüístico-narrativo. La prótesis introduce nuevas metáforas corporales que circulan verbalmente antes de cristalizar en experiencia vivida. Esa reorientación —que Merleau-Ponty llamaría sedimentación

de sentido— requiere validación intersubjetiva: se consolida cuando otros interlocutores la reconocen y la emplean. Los procesos de sexuación y erotización están mediados por el otro y su reacción hacia nosotros, tanto el reconocimiento positivo como el negativo pueden ser potentes agentes de sexuación, aquello que se nombra queda significado de formas concretas y precisas. De ahí la urgencia de ampliar los repertorios discursivos: sin léxico para nombrar la vibración interna de una bomba cardíaca o la luminiscencia suave de un implante ocular, la experiencia erótica corre el riesgo de quedar reducida a lo indecible, y lo aquello que es innombrable o inefable tiende a problematizarse.

Esta interacción entre dispositivo y lenguaje se intensifica en los espacios digitales donde usuarios intercambian trucos e información: modos de amortiguar ruidos, texturas de fundas que conducen la temperatura... Esos foros, blogs y chats constituyen auténticos laboratorios transindividuales del deseo. El conocimiento que allí circula no es secundario: orienta la percepción, autoriza prácticas y expande la gama de lo erotizable. En términos de Waldenfels, se opera aquí una responsividad distribuida: la comunidad responde a la llamada del dispositivo y cada respuesta reconfigura la llamada a su vez, generando un bucle de creación colectiva de sentido. Esta naturaleza transindividual de la sexuación emerge con especial nitidez en las performances artísticas y activistas que utilizan dispositivos técnicos para cuestionar los regímenes de género y de normatividad corporal. El cuerpo ensamblado, exhibido sin pudor pero sin espectáculo, refunda las ideas del cuerpo propio y el extraño.

En esta línea, la noción de responsabilidad erótica desplaza la culpa o la lástima por una actitud de corresponsabilidad: reconocer que toda sexualidad es co-constituida, que nuestro deseo depende de ecosistemas técnicos y humanos, y que el bienestar del deseo ajeno es también condición de la riqueza de nuestro propio deseo.

Así, podemos llegar a la conciencia de que la prótesis —más que añadir un apéndice al cuerpo— hace visible la estructura relacional radical del deseo humano. El sujeto prostetizado no es excepción; es revelación. Nos muestra que la carne se constituye a través de afectaciones múltiples, de técnicas compartidas, de lenguajes y de economías. La sexuación resulta, pues, un proceso histórico de individuación en el que lo técnico, lo social y lo biográfico se entrelazan en un permanente devenir-nosotros.

Aquí toma fuerza la noción de responsividad erótica, entendida como la capacidad del sujeto de responder eróticamente a la alteridad. Esta responsividad no es espontánea, ni completamente voluntaria, sino una sedimentación de formas previas de afectación. Waldenfels señala que respondemos a lo que no controlamos: el deseo no es invención pura, sino respuesta afectiva a lo que nos excede. Desde esta óptica, la prótesis, al presentarse como diferencia sensible, genera nuevas posibilidades de respuesta erótica. No se trata de erotizar lo familiar, sino de aprender a responder a lo nuevo con deseo, a encontrar en lo inédito un nuevo régimen de Eros. Esta apertura erótica al otro técnico supone un desplazamiento respecto a las ontologías del sujeto cerrado: implica asumir que el deseo no se produce desde un centro estable, sino desde la vulnerabilidad, siempre en relación

con el otro. La responsividad erótica no es solo pasiva, sino que implica una disposición activa a dejarse afectar. Exige un aprendizaje de la atención, una puesta en disponibilidad sensorial, una preparación simbólica para acoger lo que no se ajusta a las formas canónicas de lo supuestamente erótico. La prótesis no se erotiza por sí sola: su erotización requiere, además de condiciones materiales, una cultura del deseo capaz de incluir la diferencia. De ahí que una fenomenología crítica del cuerpo prostetizado deba trabajar también sobre la formación de esa cultura. ¿Qué imágenes del deseo circulan? ¿Qué cuerpos son erotizados? ¿Qué modos de sensibilidad son autorizados y cuáles silenciados? La responsividad erótica, en este sentido, es una capacidad individual pero también una potencia cultural. Se cultiva, se aprende, se comparte.

Comprender y acompañar ese devenir exige cultivar una sexología que no tema cruzar a la técnica y a la poética. Sólo así la biografía sexuada y erótica del sujeto podrá desplegar todas las resonancias de lo común que, desde siempre, la atraviesan.

CONCLUSIÓN: BIOGRAFÍA SEXUADA Y CARNE EXTENDIDA

La teoría de la sexuación biográfica formulada por Efigenio Amezúa ofrece el marco más completo y epistemológicamente pertinente para comprender el modo en que las ayudas técnicas participan activamente en la construcción del cuerpo erótico. Lejos de reducir la sexualidad a un repertorio de actos o a una función reproductiva, Amezúa sitúa el ser-sexuado en el corazón mismo del relato de vida, como forma de inscripción encarnada de la dife-

rencia. Desde esta óptica, la carne no es sólo materialidad biológica ni envoltura de órganos: es la memoria sensible y semiótica de un sujeto que se ha ido constituyendo a través de actos, de afectos y de tecnologías. La prótesis, por tanto, no es accidente ni complemento: es una de las formas posibles que adopta la carne sexuada.

Si Merleau-Ponty nos ayuda a comprender que el cuerpo vivido es condición de posibilidad del mundo, Amezúa nos recuerda que ese cuerpo vivido se estructura a partir de una narrativa sexuada, cargada de sentido y de temporalidad. Esta narrativa no es libre ni autónoma, sino siempre mediada por dispositivos, teorías mayores y menores, por normativas, por exclusiones y por accesos diferenciales. Lo técnico no es externo a lo sexuado, sino una de sus condiciones de posibilidad. Desde Amezúa podemos entender que el deseo humano es técnico no por estar mediado por herramientas, sino porque todo ars amandi es ensamblaje, invención, articulación y cultivo: una prótesis simbólica que enlaza cuerpos, lenguajes y mundos.

Desde esta perspectiva, lo que se erotiza no es solo un gesto o una zona anatómica, sino un régimen de inteligibilidad, una forma de ser con otros, una gramática del tacto y de la mirada. La prótesis entra en esa gramática como signo bifronte: puede ser marca de estigma o de peculiaridad sexuada, puede inhibir o liberar, puede clausurar o abrir posibilidades de erotización. La fenomenología, al recuperar la experiencia vivida como centro de la reflexión, permite dar cuenta de estas modulaciones sin caer ni en la idealización ni en el reduccionismo. Y es ahí donde el pensamiento de Amezúa

muestra toda su fuerza: nos obliga a no separar nunca lo erótico de lo biográfico, ni lo biográfico de lo el entorno del sujeto, incluyendo aquí lo técnico.

La prótesis se convierte, así, en escena privilegiada para estudiar la articulación entre sexuación, técnica y subjetividad. Como figura encarnada de una diferencia, la prótesis exige nuevas formas de responsividad erótica. No basta con aceptar su presencia funcional: es necesario cultivar una disponibilidad sensible que permita hacerla significativa en el circuito del deseo. Este cultivo no es automático ni garantizado: requiere condiciones materiales, redes de sostén, relatos compartidos y pedagogías del Hecho Sexual que legitimen formas peculiares de erótica, deseos y amatorias.

El concepto de biografía sexuada no remite a una identidad cerrada, sino a una trayectoria mutable, históricamente situada, expuesta a la alteración técnica y a la contingencia de los encuentros. Cada prótesis integrada al cuerpo produce una inflexión en esa biografía: no la borra, pero la relanza. Desde

Amezúa vemos en que el deseo es un proceso de reescritura constante que se sirve de la experiencia, del lenguaje y del entorno material para seguir generando significación. Así entendido, el cuerpo prostetizado no es un cuerpo menos erótico, sino un cuerpo cuya erotización exige un cultivo más explícito, más laborioso, más consciente. Pero precisamente por eso, más denso, más político en el sentido amplio de la palabra, aunque no sea esa dimensión la que aquí nos interese desarrollar.

Concluir desde Amezúa es concluir sabiendo que todo cuerpo es ensamblaje narrativo, que toda carne es archivo vivo de relaciones, que toda técnica es posibilidad de erotización. El desafío no está en decidir si las prótesis pueden ser sexuadas o erotizadas: está en aprender a escucharlas, a pensarlas, a integrarlas como lo que son, parte activa y constitutiva de la experiencia sexuada. El deseo no es del todo espontáneo, es cultivado. Y toda amatoria será más rica y más profunda en la medida en que sea capaz de reconocer en la técnica no una amenaza, sino una posible agregación al sujeto encarnado y sexuado.

BIBLIOGRAFÍA

- Amézúa, E. (2003). El sexo: historia de una idea. *Revista Española de Sexología*, (115–116), 1–237. <https://dialnet.unirioja.es/ejemplar/510140>
- Amézúa, E. (2013). Educación sexual desde las ideas: La asignatura de los sexos (1ª y 2ª parte). *Revista Española de Sexología*, (177–178), 3–229; (185–186), 2–235. <https://dialnet.unirioja.es/ejemplar/614089>
- Carman, T. (1999). The body in Merleau-Ponty. *Continental Philosophy Review*, 32(2), 205–225. <https://doi.org/10.1023/A:1004285514764>
- Combes, M. (2013). *Gilbert Simondon and the philosophy of the transindividual*. MIT Press.
- Johnson, G. A. (1990). Flesh made word: Toward a Merleau-Pontian ethic of embodiment. *Philosophy Today*, 34(1), 66–76.

- Leder, D. (1990). *The absent body*. University of Chicago Press.
- Leder, D. (1992). The body in pain: A phenomenological approach. *Continental Philosophy Review*, 25(3), 439–463. <https://doi.org/10.1007/BF01073868>
- Leder, D. (1998). The experiential paradox of sexual desire. *Journal of Phenomenological Psychology*, 29(1), 114–132.
- Leder, D. (2016). *The distressed body: Rethinking illness, imprisonment, and healing*. University of Chicago Press.
- Merleau-Ponty, M. (1968). *The visible and the invisible* (A. Lingis, Trans.). Northwestern University Press. (Original work published 1964)
- Merleau-Ponty, M. (2002). *Phenomenology of perception* (C. Smith, Trans.). Routledge. (Original work published 1945)
- Seely, S. D. (2020). Individuation, sexuation, technicity. *Theory, Culture & Society*, 38(4), 23–45. <https://doi.org/10.1177/0263276420936454>
- Simondon, G. (2020). *Individuation in light of notions of form and information* (H. A. Waste & T. Adkins, Trans.). University of Minnesota Press.
- Waldenfels, B. (1995). Responsivity: A basic category of human existence. *Philosophy Today*, 39(2), 107–117.
- Waldenfels, B. (2011). The affectivity of the alien: Basic concepts and perspectives. *Research in Phenomenology*, 41(1), 1–15.
- Waldenfels, B. (2012). *Phenomenology of the alien: Basic concepts* (A. Kozel, Trans.). Northwestern University Press.
- Whitford, M. (2003). The irreducible flesh in Merleau-Ponty's later philosophy. *Parallax*, 9(1), 54–67.

NOTAS:

.....

¹Merleau-Ponty, M. (2002). *Phenomenology of Perception* (C. Smith, Trans.). Routledge. (Original work published 1945).

²Leder, D. (1990). *The Absent Body*. University of Chicago Press

³Leder, D. (2016). *The distressed body: Rethinking illness, imprisonment, and healing*. University of Chicago Press.

⁴Merleau-Ponty, M. (2002). *Phenomenology of Perception* (C. Smith, Trans.). Routledge. (Original work published 1945).

⁵Seely, S. D. (2020). Individuation, sexuation, technicity. *Theory, Culture & Society*, 38(4), 23–45. <https://doi.org/10.1177/0263276420936454>

UNA MIRADA SEXOLÓGICA AL ASUNTO DE LA ASISTENCIA SEXUAL.

INMA RUIZ DE LEZANA MARAÑÓN

RESUMEN

Este artículo examina la asistencia sexual como un asunto complejo y multifacético situado en la intersección de los derechos sexuales, la autonomía personal, la ética y las políticas sociales. Se reflexiona sobre la asistencia sexual desde una perspectiva sexológica, explorando diversas iniciativas y modelos internacionales, con un enfoque particular en la situación del estado español. El documento profundiza en los debates éticos, sociales y legales que suscita, como la recurrente comparación con la prostitución, el consentimiento, la vulnerabilidad o el papel del feminismo abolicionista. Además, se destaca la importancia de integrar la dimensión sexual en los modelos de calidad de vida y la relevancia del Movimiento de Vida Independiente como marcos para la figura de la asistencia sexual. Profundiza en los debates y dilemas éticos y sociales que suscita, examinando cómo esa práctica desafía nuestras nociones sobre el cuerpo, el consentimiento y la libertad. Finalmente, el documento subraya la necesidad de un marco para un acompañamiento corporalizado enfocado en la autonomía de quienes requieren este apoyo.

Palabras clave: Asistencia Sexual, Sexología, Diversidad Funcional, Discapacidad, Derechos Sexuales, Autonomía Personal, Ética, Regulación, Calidad de Vida.

A SEXOLOGICAL LOOK AT THE ISSUE OF SEXUAL ASSISTANCE

ABSTRACT

This article examines sexual assistance as a complex and multifaceted issue situated at the intersection of sexual rights, personal autonomy, ethics, and social policies. It reflects on sexual assistance from a sexological perspective, exploring various international initiatives and models, with a particular focus on the situation in Spain. The document delves into the ethical, social, and legal debates it raises, such as the recurring comparison with prostitution, consent, vulnerability, and the role of abolitionist feminism. Furthermore, it highlights the importance of integrating the sexual dimension into quality of life models and the relevance of the Independent Living Movement as a framework for sexual assistance. It delves into the ethical and social debates and dilemmas it raises, examining how this practice challenges our notions about the body, consent, and freedom. Finally, the document underscores the need for a framework for embodied accompaniment focused on the autonomy of those who require this support.

Keywords: Sexual Assistance, Sexology, Functional Diversity, Disability, Sexual Rights, Personal Autonomy, Ethics, Regulation, Quality of Life.

CONTACTO

INMA RUIZ DE LEZANA MARAÑÓN
inmaruizdelezana@gmail.com
www.inmaruizdelezana.com

1. UN ASUNTO SOBRE EL QUE POSICIONARSE

La asistencia sexual emerge como un campo de estudio y debate de vital y creciente relevancia, que se sitúa en la intersección crítica de la autonomía individual, los derechos humanos y sexuales, la ética aplicada y las políticas sociales. Su abordaje genera múltiples reacciones, no solo por su inherente complejidad, sino por su carácter de “asunto urgente” en el discurso social, pues visibiliza las profundas necesidades en el acceso al cuerpo, al placer, la intimidad y las experiencias eróticas para muchas personas en situación de discapacidad o dependencia, en un contexto histórico de gran crispación puritana con respecto a los asuntos que interpelan con el cuerpo, el placer, el consentimiento y la piel. Es un indicador de territorios emergentes que exigen una atención y reflexión profundas, aunque lamentablemente, su debate a menudo se polariza a causa de una comparación recurrente e imprecisa con la prostitución. Esta equiparación superficial eclipsa una discusión más profunda y fundamentada, dificultando la comprensión y el desarrollo de la asistencia sexual como apoyo.

Nuestra perspectiva sexológica precisa una reflexión profunda para un posicionamiento claro sobre esta cuestión y un compromiso activo en el reconocimiento de que apoyos como este, son esenciales para ga-

rantizar la accesibilidad a la dimensión sexuada, sexual y erótica de todas las personas que la precisen, sean cuales sean sus circunstancias o capacidades.

2. LA ASISTENCIA SEXUAL, UN APOYO MÁS PARA UNA VIDA CON SENTIDO

Para comprender la esencia de la asistencia sexual puede resultar útil considerar la hipótesis de encontrarse, debido a circunstancias biográficas, en una situación que requiera apoyo para acceder al propio cuerpo, al placer, la intimidad o a experiencias eróticas, tanto individuales como compartidas, ante la imposibilidad de hacerlo de forma autónoma. Esta reflexión hipotética nos conduce a cuestionar: ¿Cómo se transformaría la vida? ¿Qué necesidades emergerían? ¿De qué manera se desearía recibir ese apoyo y de quién?

Las respuestas a estos interrogantes delinean el marco diverso y particular de la asistencia sexual como uno de los apoyos fundamentales para la intimidad erótica. En esencia, se trata de una cuestión de accesibilidad para la autonomía de los deseos, permitiendo la participación plena en la dimensión sexuada de la vida en igualdad de oportunidades. Esto apela a la equidad en el

diseño de una variedad de apoyos adecuados a la diversidad y singularidad de los deseos de las mujeres y hombres que los precisen.

La asistencia sexual se define como un apoyo que facilita a quienes lo necesitan y soliciten; explorar, experimentar y disfrutar de su cuerpo de una manera adaptada a sus necesidades y deseos. Este apoyo se enfoca hacia la autodeterminación y mejora de la calidad de vida; y, como sus objetivos se sustentan en valores ligados a la autonomía, deberían estar integrados dentro de los principios de calidad de vida.

“La originalidad del concepto de asistencia sexual, tal como lo concibe la SEHP, radica en la necesidad de adaptar las respuestas a las necesidades sensoriales y sexuales de las personas con diversidad funcional, considerando sus múltiples especificidades. Más que un catálogo de servicios predefinidos, este enfoque permite diseñar apoyos acordes a las emociones y expectativas sensoriales y eróticas de los beneficiarios”. Agthe Diserens (2008).

Se tiende a presentar la figura de la asistencia sexual de manera simplificada, como una solución mágica a todas las necesidades y deseos de quienes viven en situación de discapacidad o dependencia. Sin embargo, es fundamental entenderla como un complejo y variado apoyo más, dentro de la variedad de soportes necesarios para que quienes se encuentran en estas circunstancias logren, en términos de accesibilidad, ser reconocidas como sujetos sexuados y tener una vida erótica, experiencias y relaciones acordes con sus gustos y necesidades.

El planteamiento de De Asís (2017) sobre la proyección de los apoyos en estas tres líneas —derechos, toma de decisiones y actividades fundamentales de la vida— genera un marco que permite contextualizar y comprender los diferentes tipos de apoyo en los acompañamientos. La educación sexual y el asesoramiento, en clave de Diseño Universal para el Aprendizaje (DUA)ⁱⁱ, pueden construir medidas de accesibilidad que se ajusten a cada dificultad y se adapten a cada situación, al tiempo que se crean entornos propicios para el aprendizaje y la experimentación en la intimidad y la socialización.

Es importante recordar que, en términos de accesibilidad, existen múltiples dimensiones que van más allá de la reivindicación de las rampas arquitectónicas. Las dimensiones de accesibilidad propuestas por Sasaki, según Werneck (2005), incluyen la accesibilidad arquitectónica, comunicacional, metodológica, instrumental, programática y actitudinal. En este sentido, la accesibilidad en términos actitudinales sigue siendo uno de los retos fundamentales para que la mirada social hacia la participación en la vida erótica de todas las personas, independientemente de sus circunstancias y capacidades, sea inclusiva.

Será necesario diversificar los apoyos para facilitar el reconocimiento y la accesibilidad de la dimensión sexual de todas las personas en todos los contextos y dimensiones comunitarias, creando distintas iniciativas y enfoques que abarquen las expectativas y deseos también en el ámbito de la intimidad.

3. EL MARCO DE CALIDAD DE VIDA Y LA DIMENSIÓN SEXUAL

Un pilar fundamental en la filosofía y práctica de la atención a quienes se encuentran en situación de discapacidad o dependencia es el Modelo de Calidad de Vida y Apoyos, siendo uno de los más citados el desarrollado por Schalock y Verdugo (2002-2003). Este modelo se estructura en torno a ocho dimensiones que definen la calidad de vida, buscando mejorar la calidad de vida de las personas a través de la provisión de apoyos individualizados que permiten alcanzar metas significativas y disfrutar de una vida con sentido e inclusiva elegida y diseñada por su propia agencia.

Sin embargo, al revisar este modelo ampliamente utilizado, se observa la ausencia explícita de la dimensión sexual en cualquiera de sus ocho dimensiones. Surge entonces la pregunta clave: ¿Es posible comprender una idea de calidad de vida y una vida con sentido, que no incorpore la dimensión sexual? La condición humana es sexuada, relativa y relacional, y se expresa en todas las dimensiones de nuestra existencia. Esta comprensión posibilita la calidad de los acompañamientos y apoyos que tengan en cuenta las implicaciones de ser sexuados: identidades, vivencias, expresiones, deseos, gestos, proyectos de vida y relaciones, garantizando así la calidad de vida mencionada.

Se vuelve necesaria la revisión de estos modelos de calidad de vida que se utilizan como marco en las atenciones y servicios de apoyo a personas en situación de discapacidad o dependencia, para integrar de manera explícita la dimensión sexual. Esta tarea puede resultar más sencilla de lo que parece gracias a que la metodología que propone el Modelo de Calidad de Vida es la Planifica-

ción Integral Centrada en la Persona (AICP), se trata de un modelo de atención que coloca a la persona y sus necesidades, preferencias y proyecto de vida en el centro de todas las decisiones y acciones de cuidado o apoyo para el diseño de una vida significativa y protagonizada. Podemos comenzar hablando de esta Planificación Centrada en la mujer o el hombre al que se apoya, de esta manera comenzamos ya sexuando, reconociendo la cualidad sexuada protagonizada y, a partir de ahí, incluir en ese plan personalizado las entradas que nuestro Hecho Sexual registra para visibilizarlas.

Un enfoque inclusivo considerará la asistencia sexual como un apoyo para hombres y mujeres sean cuales sean sus circunstancias y capacidades ampliando el marco de potenciales destinatarios. Se dirige a cualquier mujer u hombre que, en su biografía, necesite un apoyo puntual o continuo para acceder a su cuerpo, placer, relaciones o experiencias eróticas. Para ello, la *“mirada sexuante”*; tal y como explico en el artículo *“Sexología y Discapacidad. Un encuentro encarnado”* de este Anuario, es primordial, ya que incluye en la categoría de sujetos sexuados, sexuales y eróticos a todas las personas, independientemente de sus circunstancias y capacidades.

Esta perspectiva reconoce la vulnerable cualidad humana, identificando en cada biografía distintos momentos que marcan la necesidad de apoyo en diversas circunstancias vitales, ya sean puntuales o continuas. Así, por ejemplo, podemos hablar de apoyos tan comercializados y aceptados como la *Viagra* o el *Satisfayer*, utilizados por mujeres y hombres que, encontrándose o no en situación de discapacidad, necesitan un

apoyo específico en su respuesta sexual o estimulación.

Así que la diversificación de apoyos para la calidad de vida, que incluye la educación sexual, el asesoramiento y la creación de entornos amables para el aprendizaje y la experimentación, es esencial para que la biografía y experiencia de cada mujer y hombre se ajuste a su desarrollo, necesidades y deseos.

4. HISTORIA DE LA ASISTENCIA SEXUAL Y EL MOVIMIENTO DE VIDA INDEPENDIENTE

.....

La justificación teórica de la asistencia sexual se sustenta en gran medida en el paradigma de los derechos sexuales como derechos humanos fundamentales. La Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, celebrada en 2006 y ratificada por España en 2007, establece un marco normativo que reconoce el derecho de las personas con discapacidad a tener relaciones sexuales e íntimas, experimentar la procreación y mantener su fertilidad en igualdad de condiciones con las demás.

Esta perspectiva de derechos humanos ha sido fundamental para el desarrollo del Movimiento de Vida Independiente, iniciado en la efervescente década de 1960 en California, como un movimiento social sin precedentes que buscaba un cambio radical para que las personas en situación de discapacidad asumieran el control de sus vidas. Bajo el lema “*Nada sobre nosotros, sin nosotros*”, el Movimiento de Vida Independiente (MVI) se distancia de la asistencia y la caridad tradicionales, abogando por el reconocimiento de la ciudadad-

nía de pleno derecho de las personas con diversidad funcional.

El documental *Crip Camp*, Campamento Tullidoⁱⁱⁱ, ilustra este momento de búsqueda de espacio de libertad y empoderamiento, en donde germinaron las reivindicaciones del Movimiento de Vida Independiente.

La visión de este movimiento se extendió a Europa en los años 70 con las *Oficinas de Vida Independiente* (OVI) y la formación de la *Red Europea de Vida Independiente*, aunque en el Estado español, la conciencia social sobre los derechos de las personas con discapacidad tardó en arraigar debido a la situación política de la época. Sin embargo, el MVI en España se fortaleció en 1997 con la creación del CERMI (*Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad*) y en 2001 con la fundación del *Foro de Vida Independiente y Diversidad*, con el propósito de visibilizar y reivindicar el papel protagonista de las personas con diversidad funcional en sus propias vidas y en la sociedad, a través de un modelo de atención alineado con sus necesidades, deseos y filosofía de vida.

Es en este contexto de reivindicación, lucha y el irrenunciable espíritu del *Movimiento de Vida Independiente* donde surge la propuesta de la asistencia sexual como un paso más hacia la plena autonomía y el reconocimiento de todas las facetas de la vida de las personas con discapacidad.

5. GEOGRAFÍA DE LA ASISTENCIA SEXUAL

.....

La asistencia sexual es un campo complejo y en constante evolución, marcado por una notable diversidad en los enfoques y regulaciones

a nivel global. Lejos de un modelo único, cada país se adentra en este terreno basándose en sus propias concepciones culturales, sociales y legales sobre la sexualidad y la discapacidad. La mayoría de estas prácticas operan en un “limbo legal”, a menudo confundidas con la prostitución, a pesar de sus claras diferencias en intencionalidad y enfoque. Esta sección explora los modelos y estrategias de regulación adoptados por diferentes naciones, destacando tanto las iniciativas pioneras como los persistentes desafíos.

5.1. EN EUROPA

El panorama variado en el abordaje de la asistencia sexual de Europa, con países que han liderado el debate y otros que aún buscan un marco claro, se puede agrupar en diferentes modelos.

5.1.1 EL MODELO SUIZO, PIONERO EN REGULACIÓN ESPECÍFICA

Suiza constituye el único país europeo que ha regulado de forma oficial y comprehensiva la figura del asistente sexual. Es en el cantón francófono de Ginebra donde se reconoce legalmente la asistencia sexual como apoyo, mientras que el resto del país se ampara bajo el marco legal del trabajo sexual.

Pionera con iniciativas estructuradas, como la de SHEP (*Sexualité et Handicaps Multiples*), que hasta 2021 lideró el programa de formación “*Coeur au Corps*”. Este modelo se basaba en la formación de profesionales bajo un código ético y protocolos claros, ofreciendo apoyo para explorar la sexualidad, incluyendo contacto físico y asistencia en prácticas eróticas con consentimiento. Aunque SHEP suspendió sus actividades, otras iniciativas

continúan, financiadas privadamente o con fondos de asistencia personal. Algunas de las iniciativas son: SEHP (*Sexualité et Handicaps Multiples*): Pionera en formación de asistentes sexuales. *Sensability*: Ofrece servicios de asistencia sexual. *Pro Infirmis*: Organización que apoya a personas con discapacidad. *Corps Solidaires*: Aborda la sexualidad y la discapacidad. ASPASIE: Trabaja en la defensa de los derechos de las trabajadoras sexuales, incluyendo el ámbito de la asistencia sexual.

5.1.2 EL MODELO AMPARADO POR LEGALIZACIÓN DEL TRABAJO SEXUAL

Los **Países Bajos** son frecuentemente citados por sus tempranas discusiones sobre la asistencia sexual. Aunque no existe un programa nacional financiado públicamente, el sector privado y diversas organizaciones han impulsado iniciativas. La clave está en diferenciar estos servicios del trabajo sexual comercial, a menudo mediante formación específica y un enfoque centrado en las necesidades de la persona con discapacidad. Sin embargo, la línea entre la asistencia sexual y la prostitución sigue siendo un desafío legal y ético. En los Países Bajos destacan proyectos como *ProSensoa*. *Passieflower*. *Tika Stardust*. SAR (*Stichting Alternatieve Relatiebemiddeling*). PIC (*Prostitutie Informatie Centrum*). SEB (*Social Erotische Bemiddeling*).

En **Alemania**, la ausencia de una ley federal que regule la asistencia sexual ha llevado a discusiones a nivel de los estados federados (Länder). Organizaciones de y para personas con discapacidad, junto con proveedores de servicios de asistencia personal, son quienes impulsan la formación de “asistentes sexuales” o “acompa-

ñantes afectivo-sexuales”. Estos servicios a menudo se financian a través de presupuestos individuales de asistencia personal, buscando facilitar la expresión de la sexualidad de manera autónoma y consentida, y diferenciándose de la prostitución. La falta de un marco legal claro, sin embargo, genera inseguridad.

Bélgica despenalizó la prostitución recientemente, lo que ha provocado debates intermitentes y algunas iniciativas locales. Actualmente, la Bélgica Flamenca, se encuentra en proceso de legalización de la figura del asistente sexual desvinculándola del trabajo sexual. Son interesantes las iniciativas como: ADITI VZW. Una pequeña organización flamenca que lleva una década luchando por el reconocimiento del derecho a la sexualidad de las personas con discapacidad, trabajando a nivel social, profesional de la salud y específicamente en la asistencia sexual. EPSEAS (*Plataforma Europea sobre Asistencia Sexual*) interesante proyecto que impulsa el diálogo y la cooperación entre entidades dedicadas a este asunto a nivel europeo.

5.1.3 EL MODELO QUE PENALIZA LA COMPRA DE SERVICIOS DE PROSTITUCIÓN

El modelo de **Dinamarca** plantea una sutil diferencia entre la asistencia personal y sexual. La asistencia personal puede incluir aspectos de la intimidad, más que en un servicio de asistencia sexual explícito. Sus *“Guidelines about Sexuality – Regardless of Handicap 2001”* promueven un apoyo a la sexualidad basado en el acceso al propio cuerpo, incluyendo información, asesoramiento y asistencia en la masturbación o en relaciones entre personas con dis-

capacidad. Otro proyecto de interés es *Handisex*: La única organización que actualmente ejerce como asistencia sexual bajo este modelo.

De igual manera, **Suecia** no tiene un marco legal explícito o programas financiados públicamente para la asistencia sexual tal como se entiende en otros países. En lugar de ello, el apoyo a la sexualidad de las personas con discapacidad se sule mediante Asistencia Personal e iniciativas individuales. Suecia cuenta con un sistema robusto de asistencia personal, las personas con grandes limitaciones pueden recibir un presupuesto individual (llamado *“assistansersättning”*) para contratar a asistentes personales. Este tipo de asistencia apoya con una amplia gama de actividades diarias, incluyendo a veces el cuidado íntimo. Si bien la asistencia sexual explícita no es una categoría de servicio financiada, la persona con discapacidad, con su autonomía, podría utilizar su presupuesto para contratar a un asistente que brinde apoyo en el ámbito de la intimidad, siempre y cuando no se configure como una compra de servicios sexuales en el sentido de la ley. La línea que las diferencia es muy fina y depende de la interpretación. El foco está en el apoyo para la vida independiente y la autonomía.

En **Inglaterra**, la situación es curiosa, pues la prostitución en privado no es delito, lo es si se lleva a cabo en la calle. Esto facilita un nivel de reconocimiento de trabajo sexual. En relación a la asistencia sexual, figuras como *Tuppy Owens* han sido cruciales. En 1979, creó el *Outsiders Club*, un espacio de encuentro para personas con discapacidad física y mental. Posteriormente, el *TLC Trust Website* amplió estos espacios para incluir la figura proporcionando encuentros

seguros que fomentan la confianza y el placer en quienes lo soliciten.

5.1.4 EL MODELO EN UN ENTORNO ABOLICIONISTA

Francia ha sido escenario de un intenso debate sobre la legalización de la asistencia sexual. A pesar de que el Comité Consultivo de Ética en 2012 ya se pronunció en contra al considerar que ese tipo de servicio suponía un uso «mercantil» del cuerpo. El presidente Macron y su secretaria de Estado de Discapacidad, expresaron en 2020 su apoyo a estudiar la legalización, reconociendo el derecho a la vida sexual como una cuestión de dignidad. Francia mantiene una política abolicionista sobre la prostitución, sancionando la intermediación. Esta postura marcó un cambio significativo y ha impulsado un debate político sobre cómo crear un marco legal que diferencie la asistencia sexual del proxenetismo. Iniciativas de interés son: APPAS (*Asociación para la Promoción del Acompañamiento Sexual*): Aboga por la legalización para evitar la consideración de proxenetismo. *Sexual Understanding*: Promueve la comprensión de la sexualidad.

5.1.5 EL MODELO EN EL LIMBO LEGAL

En **Italia**, organizaciones como *Lovegiver* ofrecen formación y servicios de acompañamiento erótico para personas en situación de discapacidad o dependencia. Operan en un limbo legal, esforzándose por diferenciarse de la prostitución y destacando su enfoque en las necesidades de la persona asistida.

En la **República Checa** la organización *Freya* es un ejemplo de iniciativa que aborda la asistencia sexual, proporcionando servicios y apoyo a personas en estas circunstancias de dependencia.

5.2 MÁS ALLÁ DE EUROPA

En **Australia**, las discusiones y algunas iniciativas de ONGs se enmarcan en la provisión de apoyos para la vida independiente y el reconocimiento de los derechos sexuales en este ámbito. Es relevante el trabajo de *Touching Base*: Promueve los contactos y relaciones eróticas para personas en situación de discapacidad.

Canadá cuenta con organizaciones que ofrecen servicios de asistencia para la intimidad y la sexualidad, así como redes que abogan por la justicia en la discapacidad. Algunas de estas iniciativas son: *Sensual Solutions*: Proporciona asistencia sexual. *Sexual Assault Centre of Brant*: Centro que aborda temas relacionados con la sexualidad. *Disability Justice Network of Ontario*: Red de justicia para la discapacidad.

En **Estados Unidos**, la Asociación Internacional de *Surrogates Profesionales* (IPSA) en California es un ejemplo, aunque enfocado en la surrogación profesional y no directamente en la asistencia sexual tal como se conceptualiza en Europa.

En **América Latina**, comienza a ver emerger tímidamente esta reflexión que puede favorecer iniciativas sobre este apoyo, pero existen potentes fuerzas normativas y religiosas que dificultan su materialización. En **Costa Rica** pudiera darse la iniciativa en el marco del debate sobre asistencia personal que lidera el CONAPIDIS. En **Uruguay** el GEDIS *Grupo de Estudios sobre Discapacidad* de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de la República (UDELAR) investiga el tema. Referentes como Silvina Peirano en **Argentina**, también aborda este tema.

En **Japón**, la organización *White Hands* se destaca por ofrecer servicios de “*eyaculación asistida*”, principalmente para hombres en situación de discapacidad funcional severa con un enfoque séptico e instrumental, centrado en la urgencia de la descarga sexual masculina, como una necesidad fisiológica.

6. EL PANORAMA ESTATAL: ENFOQUES E INICIATIVAS EMERGENTES

En nuestro contexto, la asistencia sexual se encuentra en una situación de alegalidad; o sea, aunque no existe una regulación específica que la reconozca como servicio especializado, tampoco existe prohibición expresa, lo que permite su ejercicio legal bajo la figura de trabajo autónomo en el epígrafe “*otros trabajos*”. Económicamente, conociendo un poco la realidad de quienes asisten, viene a conformarse como un apoyo a una economía que se sustenta en otro tipo de actividad laboral. Esta situación genera importantes incertidumbres jurídicas y carencias en la protección tanto de las personas usuarias como de quienes prestan el servicio.

Del análisis y seguimiento de las diversas iniciativas que han surgido al respecto en nuestro entorno, su variedad de enfoques y el flujo de opiniones que han generado, se pueden identificar al menos cinco grandes categorías de iniciativas con diferentes matices:

6.1 MATIZ POLÍTICO Y REIVINDICATIVO:

Movimientos como *Yeswefuck* o *Vivir* y otras ficciones que buscan activamente la reivindicación de los derechos sexuales, generando impacto y sensibilidad a través de la

dimensión sexual. Un ejemplo muy interesante es el documental “*Yes we fuck!*”^{iv} o la campaña “*Yo me masturbo*” de *Vivir y otras ficciones*.

6.2 MATIZ ASISTENCIAL:

Iniciativas como *Asistenciasexual.org* conciben la asistencia sexual como un apoyo para el acceso al propio cuerpo y placer sin que la persona que apoya como asistente sexual se implique eróticamente. Vienen a describir el modelo “*Mis manos, tus manos*”, quien recibe la asistencia sexual guía y dirige a quien presta el apoyo, tal y como podemos ver en “*Sole y Teo – asistencia sexual*”, la última de las seis historias del documental “*Yes, we fuck!*”.

6.3 DE ACOMPAÑAMIENTO ÍNTIMO:

Proyectos como *Tandem Team*, *Aspasia* y *Sexualidad Funcional* ofrecen un apoyo para la experimentación erótica en la intimidad, un modelo en el que la persona que apoya como acompañante se implica eróticamente con la persona acompañada. El encuentro íntimo se rige mediante un acuerdo privado en el que se plasman los respectivos deseos y límites. La asociación hace de mediadora siguiendo un protocolo para supervisar mediante una entrevista tanto a quienes se ofrecen como acompañantes como a quienes solicitan el acompañamiento antes y después de la experiencia. Es interesante conocer cómo ha evolucionado este proyecto, desde que comenzó ofreciendo Acompañamiento Íntimo y Erótico (AIE) hacia el modelo de Acompañamiento Íntimo (AI), justificado y explicado con detalle en el documento que ilustra la transformación de su marco de intervención a través del tiempo y evolución del discurso y moral actual, para diferenciar su práctica de la prostitución.^v

6.4 MATIZ TERAPÉUTICO:

Modelos de atención sexológica como *Sexología Sensitiva*, o *Landaize* incorporaron la figura del *surrogate*^{vi} para trabajar en un contexto de acompañamiento terapéutico, abordando bloqueos o dificultades relacionadas con la intimidad y la sexualidad. El rol de la persona *surrogate* es acompañar a hombres y mujeres con o sin discapacidad a superar dificultades en el terreno sexual a través de ejercicios prácticos y exploraciones sexuales guiadas, que pueden incluir el contacto físico y la intimidad sexual. Un acompañamiento corporalizado que se realiza en colaboración entre las figuras terapeuta y surrogate con objetivos y estrategias concretas que se trabajan en la intimidad para superar las dificultades.

6.5 INICIATIVAS LÚDICO, RECREATIVAS Y COMERCIALES:

Servicios como *Señora Rius*, *Shi-rokuma*, *Edén para todos*, *Tantra Spa* o *Casual Escorts* se inscriben en una oferta de servicios sexuales de pago, accesibles también para personas con discapacidad, en un marco de ocio y disfrute. No podemos obviar que este ámbito se ha convertido en un nicho de mercado para que iniciativas privadas ofrezcan su servicio.

Hemos presenciado la emergencia y consolidación de todas estas iniciativas que, aunque giran en torno a la asistencia sexual, provienen de marcos teóricos y objetivos diferentes. Esta diversificación en sus inicios adolecía de cierta competitividad, pues se trataba de definir, en un contexto confuso con respecto de la figura de la asistencia sexual, cuál de los modelos era el adecuado. Es interesante al respecto, el

vídeo de esta jornada "*Sexualidad recursos para la diversidad*" organizada por COCEMFE Cantabria^{vii} en donde se presentan los diferentes modelos que se citan.

Actualmente los proyectos de las distintas iniciativas van diferenciándose y esta diversidad de enfoques resulta un activo invaluable; pues lejos de suponer una fuente de competitividad entre modelos, es una muestra de la riqueza y utilidad de las diversas iniciativas como recursos y apoyos. Sería deseable poder servirse de todos si así se precisase. Por ejemplo: ser activista en *Yeswefuck*, recibir apoyo en la intimidad del hogar de un asistente sexual en el modelo "*tus manos mis manos*", solicitar puntualmente un acompañamiento íntimo de *Tandem Team*, acudir a un servicio sexológico con *surrogate* para superar una dificultad en el terreno erótico y, ocasionalmente disfrutar de los servicios de *Tantra Spa* o de la *Señora Rius*.

Las necesidades y deseos son complejos y multifacéticos, y la existencia de un abanico amplio de opciones es fundamental para responder a ellos de manera individualizada. Afortunadamente, el panorama actual se va diversificando en los apoyos y servicios dirigidos a la compleja singularidad erótica de hombres y mujeres en situación de discapacidad o dependencia. Estamos, sin duda, en un momento crucial de *outing* para los deseos sexuales de mujeres y hombres en situación de discapacidad. Este fenómeno visibiliza las voces de quienes con voz propia los reivindican; pero, al mismo tiempo, esta emergencia señala una inmensa diversidad de realidades sexuadas que, lamentablemente, aún permanecen excluidas, ocultas, sumergidas.

7. DEBATES Y CONTROVERSIAS SOBRE ESTA FIGURA DE APOYO

Ya se ha señalado que el asunto de la asistencia sexual genera intensos debates y conflictos en la sociedad, evidenciando tensiones entre diferentes visiones sobre la sexualidad, la discapacidad, el trabajo sexual y los derechos. Algunos de estos debates son:

7.1 LA RECURRENTE COMPARACIÓN ENTRE ASISTENCIA SEXUAL Y PROSTITUCIÓN:

Uno de los debates más intensos en torno a la asistencia sexual se centra en su diferenciación de la prostitución. En ambas actividades se trata del cuerpo, de prácticas eróticas, de excitación, de encuentro, de placer y de un servicio que proporciona un beneficio esencial en términos de su salud física y mental. Ambos requieren una profesionalidad específica y en ambas situaciones el servicio es remunerado, Pióro (2008).

Pero vamos a poner la atención en sus distancias y distinciones, pues dependiendo de las condiciones en las que se realicen, la asistencia sexual y la prostitución estarán, por tanto, muy cerca (en las condiciones adecuadas) o muy lejos entre sí (en situaciones de prostitución clandestina y manipulada) Agthe Diserens (2015). Resulta interesante el análisis que esta autora realiza en su artículo *Cuando la asistencia sexual desafía las prácticas sociales 2015*. El texto compara la asistencia sexual con la prostitución, destacando sus ventajas y desventajas respectivas, así como el debate sobre el estatus legal y la percepción social de la asistencia sexual argumentando con detalle aspectos a favor y en contra

que son interesantes destacar como argumentario.

La confusión entre estos dos servicios suele surgir ante la aparente similitud de una comparación superficial, pues ambos implican contacto corporal y, en ocasiones, una transacción económica; sin embargo, al profundizar en sus objetivos, fundamentos éticos y estructuras de consentimiento, emergen radicales diferencias que trascienden lo meramente operativo.

La asistencia sexual nace de un compromiso con la autonomía erótica. Su meta es tender puentes para que personas en situación de dificultad, discapacidad o dependencia, puedan acceder a esta dimensión esencial de la experiencia humana: la corporalidad compartida, la intimidad o la exploración sensorial. No se trata de gratificar al otro, sino de acceder al propio placer e intimidad, o de restituir o rehabilitar la dimensión erótica en base a unos objetivos concretos.

La prostitución, en cambio, se organiza alrededor de la satisfacción inmediata de la clientela. Es una transacción comercial donde el servicio sexual se intercambia por dinero, sin que medie necesariamente una vulnerabilidad que compensar, una dificultad que superar o un derecho que rehabilitar. El foco no está en el empoderamiento de quien recibe el servicio, sino en el deseo y satisfacción de quien lo paga.

El marco de la asistencia sexual se construye sobre una ética del cuidado. Aquí, el consentimiento no es un mero trámite contractual, sino un proceso adaptado a las necesidades de accesibilidad, capacidades y vulnerabilidades de la persona que recibe el

apoyo directamente, o a través de una tercera figura (en el caso de quien lo precise) evalúa si existe comprensión real de los actos, establece límites rigurosos y prioriza el bienestar integral sobre cualquier otro interés.

En la prostitución, el consentimiento opera dentro de una lógica mercantil, se negocia un servicio bajo términos acordados, pero sin exigir una evaluación de las asimetrías de poder que puedan distorsionarlo. Aunque puede darse de forma ética entre sujetos adultos autónomos, en contextos no regulados lleva el riesgo latente de explotación, trata o coerción, especialmente cuando intervienen factores como la pobreza, la exclusión o la migración.

La figura de la asistencia sexual es, ante todo, facilitadora. Su labor exige sensibilización, habilidades concretas e incluso en ocasiones; de una formación especializada en técnicas de comunicación no verbal o manejo de herramientas de comunicación aumentativa. Puede trabajar en red con otras figuras profesionales que garantizan seguridad y respeto y su intervención es personalizada, con seguimiento y ajustes constantes.

En la prostitución no se requiere acreditación específica, quien la ejerce puede ofrecer su servicio desde múltiples realidades: por autonomía económica, por falta de alternativas o incluso por coerción. La relación con quien solicita el servicio se define por preferencias y negociaciones puntuales, sin redes de apoyo profesional obligatorias ni estándares de formación en salud o derechos humanos.

La raíz del equívoco está en dos elementos compartidos, el cuerpo como medio y el dinero como com-

pensación, pero reducir ambos servicios a esto es ignorar su esencia. Mientras la asistencia sexual es un asunto de accesibilidad, un puente hacia la equidad erótica; la prostitución es, en su núcleo, un intercambio comercial. La primera se inscribe en políticas públicas de inclusión; la segunda, en marcos legales que buscan regular mercados o proteger derechos laborales.

Desde mi punto de vista la línea que separa estos servicios no es física ni económica, sino ética y teleológica, se define por el “para qué” último de la práctica. La asistencia sexual busca reparar exclusiones y devolver agencia; la prostitución satisfacer una demanda. Reconocer esta diferencia es crucial para no patologizar el trabajo sexual autónomo, ni mercantilizar un servicio de rehabilitación o accesibilidad. Ambas realidades merecen marcos legales distintos, porque responden a necesidades humanas profundamente diferentes.

Lo interesante es preguntarse sobre la razón de esta recurrente comparación entre asistencia sexual y prostitución, tal y como señalan Cotting y Brand (2021). Esta es la cuestión que inquieta e interpela un análisis en profundidad que fomenta la reflexión sobre el placer y el deseo, sobre los deseos de quienes necesitan este apoyo, las motivaciones de quienes asisten y las responsabilidades éticas de profesionales y familias, desafiando las convenciones sociales y la falta de reconocimiento.

El riesgo de diversificación del “trabajo sexual” es una preocupación legítima si no se establecen límites claros y una regulación efectiva y nos lleva a reflexionar en conjunto sobre cuestiones como la intimidad, los límites de

lo erótico y sexual incluso sobre el carácter terapéutico de los encuentros eróticos y la pedagogía o acompañamiento sexual corporalizados.

7.2 EL DEBATE CON EL SECTOR DEL FEMINISMO ABOLICIONISTA

El movimiento feminista no habla con una sola voz respecto a la asistencia sexual. Esta divergencia refleja tensiones profundas entre marcos éticos, políticos y conceptuales que desafían al posicionamiento de la sexología. Para sectores abolicionistas del feminismo, la asistencia sexual representa una puerta peligrosa hacia la normalización de la explotación. Su crítica se sustenta en tres ejes: la instrumentalización del cuerpo (especialmente femenino, dado que la mayoría de asistentes son mujeres), el riesgo de mercantilización encubierta bajo un disfraz de apoyo y la reproducción de dinámicas patriarcales pues los usuarios son predominantemente hombres. Esta postura, influida por el puritanismo social latente, teme que reconocer la asistencia sexual legitime toda transacción sexual.

Recordaremos al respecto, el debate generado por Telmo Irueta sobre la asistencia sexual tras su discurso al ganar el Goya a Mejor Actor Revelación en 2023 por su papel en *“La consagración de la primavera”*. Cuando el actor declaró *“Nosotras también follamos”*, no solo reivindicó la sexualidad de las personas en situación de discapacidad, sino que además encendió un crudo debate feminista. Una parte significativa del movimiento feminista reaccionó de forma muy crítica a las declaraciones de Irueta, especialmente cuando mencionó que había recurrido a la prostitución y que esta *“no puede desaparecer”*. Su mención al acceso a la prostitución

fue interpretada por sectores abolicionistas como una defensa de la explotación de la mujer, pese a su aclaración posterior sobre su orientación homosexual y experiencias con trabajadores masculinos. Este episodio evidenció una confusión conceptual persistente: la línea entre asistencia sexual, centrada en autonomía, y prostitución, centrada en gratificación, permanece borrosa incluso en espacios progresistas.

En general, el debate puso de manifiesto las complejidades inherentes a la sexualidad de las personas en situación de discapacidad, la necesidad de un enfoque inclusivo y respetuoso, y las profundas diferencias ideológicas en torno a la prostitución y la autonomía sexual marcadas por la imperante ola de puritanismo actual.

Mientras hay quienes defienden un modelo regulado y ético de asistencia que se centre en la autonomía de la persona y el consentimiento mutuo, otras consideran que cualquier pago por servicios sexuales es, por definición, prostitución y, por tanto, explotación. Una línea difusa y confusa. Se discute si la necesidad o el deseo de una persona en situación de discapacidad justifican el pago por sexo, y si esto puede llevar a situaciones de vulnerabilidad o abuso, especialmente para las personas que ejercen esos servicios.

Otros sectores feministas, ligados a la defensa de los derechos de las trabajadoras sexuales y a una visión más amplia de la autonomía corporal, puede tener posturas más matizadas o incluso defender la asistencia sexual como una forma de trabajo sexual digna, siempre y cuando se garantice el consentimiento y las condiciones laborales de quienes asisten sexualmente.

En este debate feminista son cruciales las voces de las mujeres en situación de discapacidad. Son ellas quienes viven en primera persona las barreras para acceder a su sexualidad y quienes, por tanto, exigen soluciones que honren su autonomía. Es innegable que las mujeres en situación de discapacidad o dependencia se enfrentan a una doble discriminación Iglesias (2004); la brecha de género magnifica los desafíos que encuentran para ejercer su propia agencia sexual. Incluso en el ámbito de la Asistencia Sexual, las mujeres suelen quedar relegadas a un segundo plano, ya que la mayoría de usuarios y asistentes sexuales son hombres. No obstante, como señala la investigación^{viii} de Ruiz de Lezana y Valdés (2022) *“El valor de la resiliencia en la sexualidad de mujeres adultas con discapacidad orgánica/física”*, superar esta revictimización es fundamental para que las mujeres tomen las riendas de sus deseos y, si lo desean, busquen apoyos como la asistencia sexual.

7.3 LA DESEABILIDAD DE QUIEN LA PRECISA

Otra de las controversias es la que argumenta que la asistencia sexual podría perpetuar el estereotipo de la “asexualidad” o “dependencia” de quienes están en situación de discapacidad como una forma de capacitismo que niega su derecho a ser sujetos deseantes y deseables. El peligro es que se normalice la idea de que su sexualidad es diferente o que requiere de figuras intermedias, en lugar de cuestionar lo estereotipado de los espacios eróticos convencionales, la normalización de son *“sexualmente dependientes”* o que su sexualidad es inherentemente diferente, en lugar de promover su autonomía y participación en relaciones igualitarias, reforzando

la idea de que sólo a través de un servicio especializado pueden vivir plenamente su erótica, en lugar de fomentar su inclusión en relaciones libres de prejuicios.

Vemos cómo la reflexión en torno a la asistencia sexual requiere una revisión constante, pues a menudo se argumenta en clave asistencialista alimentando el prejuicio capacitista, que etiqueta a las mujeres y hombres en situación de discapacidad o dependencia como indeseables en el ámbito erótico, sugiriendo la necesidad de un servicio especializado para quienes no se encuentran dentro del *“mercado de lo eróticamente deseable”*.

Esa mirada hacia la figura de la asistencia sexual como *“quien hace, lo que nadie quiere hacer”* desprestigia la dignidad del apoyo y la de quien lo precisa, y alimenta además, narrativas como la de Cuervo (2017) que, desde posicionamientos puritanos y abolicionistas, niegan la idoneidad de este apoyo argumentando que la asistencia sexual legitima los prejuicios contra las personas en situación de discapacidad. Apelando a altas cotas de ingenuidad, claro que sería ideal que no se precisaran este tipo de apoyos en una utópica sociedad inclusiva en la que a todas las mujeres y hombres se nos apreciase por nuestros dones y capacidades; pero mientras tanto, habrá que generar apoyos que validen la dignidad de quienes los necesiten.

Hay preguntas clave como las formuladas por Peirano (2025) que invitan a profundas reflexiones: *“¿Cómo podemos afirmar que la asistencia sexual promueve la autonomía e independencia de las personas con diversidad funcional cuando, para sustentarlo, se exponen experiencias que deberían permanecer en*

el ámbito sagrado de la intimidad, tan a menudo vulnerada? ¿Se están verdaderamente difundiendo los “beneficios” de la asistencia sexual, o estamos asistiendo a una campaña de justificación que busca crear nuevas formas de dependencia, bajo el manto del asistencialismo o el clientelismo sexual?”

La asistencia sexual no puede ser un parche para evitar abordar la discriminación estructural, la verdadera inclusión pasa por derribar los mitos que niegan la agencia y el atractivo de los cuerpos diversos, mientras se garantizan opciones respetuosas con la autonomía individual, combinando recursos concretos como este apoyo, con una revolución cultural que desmonte los estándares de deseabilidad.

7.4 EL CONSENTIMIENTO Y LA VULNERABILIDAD

Otra de las objeciones se centra en el temor a que la asistencia sexual, especialmente en ausencia de una regulación robusta, abra la puerta a la explotación sexual de personas vulnerables. Se argumenta que la situación de dependencia puede ser mal utilizada por quienes asisten para su propio beneficio, o que usuarias y usuarios podrían ser coercitivamente incitados a prácticas no deseadas.

Este es un dilema ético importante, pues en personas con grandes limitaciones cognitivas o en situaciones de gran vulnerabilidad, el dilema del libre albedrío se hace patente: ¿cómo asegurar un consentimiento verdaderamente informado cuando la capacidad de decisión o la expresión verbal pueden estar comprometidas? Se requiere la implicación de un marco de apoyo a la toma de decisiones que priorice la voluntad y preferencias de cada persona como

puede ser el marco de la Atención Integral Centrada en la Persona (AICP).

Pensadores como Vaginay (2008) realizan aportaciones muy interesantes sobre la ética del apoyo sexual, destacando la necesidad de una metodología rigurosa que garantice la integridad y el respeto. Esto implica no sólo un marco ético, sino también una metodología del apoyo que sea adaptable a la diversidad de las necesidades y capacidades, asegurando que la intervención sea realmente facilitadora y no impositiva.

La exploración de la asistencia sexual requiere una comprensión profunda de las interconexiones entre necesidad y vulnerabilidad. No se trata simplemente de la carencia de acceso a la sexualidad, sino de cómo esta carencia se magnifica en el contexto de las situaciones de discapacidad o dependencia, donde la autonomía para el disfrute y la expresión sexual puede verse significativamente limitada. La vulnerabilidad, no es sinónimo de fragilidad, sino de una situación en la que el acceso a derechos fundamentales, como los sexuales, depende en gran medida de apoyos externos. Reconocer esta vulnerabilidad es el punto de partida para diseñar intervenciones que empoderen, en lugar de victimizar, garantizando que los apoyos respondan a necesidades genuinas y no a asunciones paternalistas.

Esto es crucial, especialmente cuando la persona puede estar en una situación de dependencia o tener una capacidad limitada para expresar sus deseos de forma convencional.

8. APORTACIONES DE NUESTRO ENFOQUE SEXOLÓGICO

8.1 LA CUESTIÓN DEL PLACER

En las profundidades del debate sobre la asistencia sexual yace una verdad incisiva oculta, o quizás, deliberadamente ignorada que es la negación sistemática del derecho al placer; y lo que es aún más un tabú, el derecho al dolor. Este es un nudo gordiano del asunto, el grito silenciado que la asistencia sexual busca amplificar y subsanar. Sin embargo, una sombra persistente se cierne sobre la ética y la seguridad de permitir que la figura de un tercero se acerque a tan íntima experiencia.

Este dilema subraya una incomodidad social más profunda; si nos preguntamos ¿qué tareas realiza la figura de la asistencia sexual? La pregunta implica la idea de que la asistencia sexual es una figura esencialmente distinta por ejemplo a la de la asistencia personal. La diferencia radica en que la asistencia personal, aun adentrándose en el terreno más íntimo de la persona; por ejemplo, en el apoyo a la higiene de los genitales, no realiza esa tarea con la lógica de estimular placenteramente. Una cuestión interesante es si ¿podrían estas tareas ser incorporadas a las tareas de la asistencia personal?; como, por ejemplo, en el modelo que hemos conocido que desarrollan países como Suecia o Dinamarca.

¿Cómo pueden siquiera encontrar placer solitario cuando sus cuerpos están tan instrumentalizados? ¿Tienen otra opción que olvidar su sexo o, por el contrario, masturbarse de forma compulsiva, invasiva y exhibicionista? Las personas con discapacidad múltiple deberían poder beneficiarse de numerosas satisfacciones corporales fuera de la sexualidad (masajes, baños, tratamientos de belleza, relajación, etc.) y de la legitimación de la autosatisfacción. Vaginay (2008)

¿Qué revelan estas posturas sobre nuestros tabúes? En las sociedades contemporáneas, la práctica sexual se presenta cada vez más a través de una lente de trauma implícito. Como resultado, el discurso público sobre sexualidad y discapacidad se centra predominantemente en la desviación, el abuso, la victimización y demás cuestiones peligrosas, omitiendo en gran medida el elemento crucial del placer. Esta omisión no es trivial; comprender sus raíces culturales e históricas es esencial para reconocer por qué el placer sexual es vital para la calidad de vida.

Si bien los defensores promueven la asistencia sexual como una respuesta a esta injusticia, emerge un persistente dilema ético sobre la provisión segura y ética del placer por un tercero. Como Vaginay (2008) destaca, *el acompañamiento erótico demuestra que la sexualidad no es inherentemente peligrosa, sino una fuente de placer y satisfacción, ofreciendo una contranarrativa que ilustra que la sexualidad, lejos de ser intrínsecamente peligrosa, debería ser una fuente de placer y satisfacción.* El desafío ético, por lo tanto, se desplaza a definir los parámetros para un apoyo respetuoso dentro de este contexto.

Pero el placer, más que un derecho inherente, es la consecuencia de una experiencia, y es esa experiencia en términos de posibilidad, la que debe ser proporcionada; la dificultad viene creada por nuestro contexto histórico en el que impera la mentalidad del “no me toques” impregnando los discursos.

8.2 ÉTICA Y METODOLOGÍA DEL APOYO SEXUAL. VIVENCIA, RELACIÓN Y APRENDIZAJE

La cuestión ética plantea una reflexión profunda sobre el apoyo que trasciende lo meramente instrumental para convertirse en una experiencia significativa de crecimiento personal.

La ética aquí no se limita a cumplir con un servicio, sino que implica responsabilidad, respeto por la autonomía y sensibilidad hacia las necesidades íntimas del otro. Se enfatiza que el acto de acompañar en la exploración sexual, debe estar guiado por principios como el consentimiento informado, la no explotación y el reconocimiento de la dignidad de la persona, en un proceso de vivencia y aprendizaje. La experiencia no es unidireccional (de quien ofrece a quien recibe), sino un intercambio donde la persona que explora su sexualidad puede descubrir nuevos placeres, romper tabúes o superar limitaciones previas, reafirmar identidades, validar orientaciones sexuales, expresiones de deseos que quizá estaban reprimidos o aprender a habitar el cuerpo con mayor confianza, una exploración guiada con un enfoque ético que puede ser muy transformadora y una interesante vía de autoconocimiento.

La intimidad es el marco, el espacio seguro donde esto ocurre, pero también es un concepto dinámico. Lo que para alguien es liberador por ejemplo; el uso de juguetes sexuales o prácticas BDSM, para otra persona puede resultar invasivo, la ética exige adaptarse a estos límites, preferencias personales y peculiaridades eróticas sin juicios.

Por ejemplo, una persona en situación de discapacidad física que recurre a un acompañante sexual no solo busca aliviar su frustración, sino también reconstruir su autoimagen y conectarse con su erótica en

un contexto amable. Aquí, el apoyo ético implica competencia técnica que requiere una adaptación a sus necesidades físicas y emocionales que supone la validación y el reconocimiento de su derecho al placer.

Agthe Diserens (2008) describe las habilidades que quien se prepara para ofrecer el apoyo en este terreno debe desarrollar: *“Están entrenados para practicar acercamientos respetuosos a las personas, lentos, cautelosos, progresivos, delicados, finos y humildes, sin expectativa de actuación espectacular, destinados a revelar a la persona a sí misma y a desarrollar su sentimiento de estar vivo como mujer o como hombre. Si la persona que vive con autismo no puede mirar a los ojos, si la persona que vive con discapacidades múltiples babea, si la persona que nació con parálisis cerebral se expresa con gestos caóticos y no habla, el asistente sexual que escucha los propios sentimientos esperará, sin inducir nada, por petición propia del beneficiario. Captará una señal, extraerá tal o cual pista para orientar el comportamiento de uno y del otro. Para ello, el asistente sexual que se esté formando desarrollará la capacidad de percibir y comprender lo que sucede en su interior, para ponerse en sintonía con sus propias sensaciones, pensamientos, límites, reservas, miedos, corajes y alegrías, condición sine qua non para escuchar, sentir, acoger, comprender (en el pleno sentido de la palabra: llevar consigo) las necesidades, expectativas, miedos, deseos, pánicos y esperanzas del otro, en una situación de aproximación a su condición de ser humano total”.*

Aunque la asistencia sexual no busca una relación afectiva o romántica, sí implica una interacción humana muy significativa. Quien asiste

establece un vínculo de confianza y respeto con la persona asistida, creando un espacio seguro para la intimidad y la exploración. Esta relación profesional, basada en límites claros y comunicación constante, es fundamental para el éxito y la ética del proceso que prevenga el manejo ético de los sentimientos y emociones romantizadas que puedan generarse. Exige de quien asiste un ensayo de ubicación en los límites de sí, un espacio liminal a disposición de la persona que va a acompañar en la experiencia erótica.

Vaginay (2008) lo describe así: *“El profesional aplica una estrategia que permite reducir esta ambigüedad deserotizando la relación. Se higieniza, se neutraliza y hace desaparecer toda intencionalidad afectiva del encuentro. El paciente se convierte en objeto, lo que precisamente le permite ser objeto de cuidado. Este protocolo permite, por ejemplo, que un médico pida a su paciente que se desnude sin que la invitación implique intimidad sexual”*.

8.3 EL ACOMPAÑAMIENTO O PEDAGOGÍA CORPORALIZADA

Para muchas personas, la asistencia sexual puede ser un catalizador para el aprendizaje sexual, que puede aglutinar la adquisición de conocimientos sobre el propio cuerpo, la comunicación de deseos y límites, el desarrollo de habilidades para el placer autónomo o compartido, adquirir confianza para el cortejo, la seducción. Quien asiste actúa facilitando este aprendizaje, adaptando las interacciones a las capacidades cognitivas y físicas de la persona asistida, con objetivos concretos en un marco de atención delicada y cuidado erótico.

Este acompañamiento basado en la pedagogía y el cuidado corpora-

lizados, se centra en reconocer y validar la experiencia vivida de cada persona a través de la escucha profunda del cuerpo. Implica crear un espacio seguro donde las emociones, sensaciones y movimientos se consideran fuentes de información valiosas. Las claves radican en la presencia atenta de quien acompaña a la persona a conectar con sus propias percepciones corporales, para fomentar la autorregulación y la resiliencia. No se trata de dirigir o interpretar, sino de ofrecer un sostén que permita a la persona explorar sus patrones corporales, liberar tensiones y, en última instancia, integrar sus experiencias de una manera que promueva su bienestar.

Parece que hemos priorizado la supremacía del lenguaje, en nuestros acompañamientos. La palabra se concibe como el principal motor de desarrollo y resolución de la experiencia, omnipresente y mágica, capaz de generar experiencia por sí misma. Esta perspectiva puede marginar la relevancia del cuerpo y sus necesidades, así como la importancia fundamental de la experiencia directa en el proceso de aprendizaje. Al acompañar mujeres y hombres en situación de discapacidad el cuerpo se sitúa como el lugar donde sucede la experiencia, el aprendizaje.

Tal y como nos recuerda Vaginay (2008) *“Las personas con discapacidad insisten en recordar que la sexualidad tiene que ver con el cuerpo ... Más que nadie, las personas con discapacidad sufren esta tendencia a hacer del cuerpo un tabú, porque su situación requiere cuidados y manipulaciones que desaparecen en la vida de un niño pequeño y sano. A medida que tocar el cuerpo se vuelve cada vez más sospechoso, es apropiado reducir este acto a una*

necesidad funcional libre de cualquier ambigüedad”.

Habitar el cuerpo como territorio sensible con tiempo, escucha y dignidad encarnada. La cultura del cuerpo productivo, según Shilling (1993), oculta la experiencia subjetiva de habitarlo, así que, en las situaciones de discapacidad o dependencia, como la funcionalidad está en cuestión, proporcionan un escenario ideal para rehabilitar y reconquistar el cuerpo sensorialmente. Se trata de corporalizar la experiencia de apoyo en el marco de la intimidad erótica tal y como la describe Cabezas (2025) en este mismo Anuario: *“El asistente sexual será alguien que acompañará la exploración de los nuevos caminos del placer, desde el máximo respeto, con empatía, sin prejuicios y chequeando constantemente los límites del paciente a lo largo del trayecto, solo yendo un poquito más allá cuando la persona lo pida, o cada vez que su intuición le diga que puede hacerlo. Una especie de ángel de la guarda erótico con quien uno puede dejarse ir con confianza, sabiendo que va a ser cuidado y considerado como el ser humano sexual y sexuado que es hasta que uno sea capaz de “volar a solas””.*

9. REFLEXIONES ABIERTAS A LA MIRADA SEXOLÓGICA.

El debate en torno a la asistencia sexual para mujeres y hombres en situación de discapacidad o dependencia es una profunda interpelación a nuestras concepciones sobre lo sexual, la autonomía y la dignidad humana. Lejos de ser una respuesta sencilla, se erige como un complejo entramado de cuestiones que desafían las prácticas sociales y los tabúes arraigados.

Se trata de un espacio liminal muy poco cartografiado, en el que dialogan la ética y el deseo. No hay respuestas absolutas, sino un mapa que se va dibujando con testimonios protagonizados que germinan, con iniciativas que van creando referencias validadas, con marcos que tejen redes de protección sin caer en el paternalismo; pero quedan pendientes infinitas de matices que faciliten escribir y cuestionar las diversas versiones de esta figura emergente.

Por ejemplo, la importante explicitación de los servicios que incluye este apoyo que pueden ir desde el asesoramiento, la educación sexual y la estimulación táctil hasta la facilitación de contactos íntimos, y diferenciándola claramente de otros roles. La necesidad de abarcar en el apoyo la infinitud de matices y peculiaridades eróticas de las mujeres y hombres que se encuentran en situación de discapacidad o dependencia.

Persisten desafíos fundamentales, la asistencia sexual nos obliga a reflexionar sobre la corporalidad, la autonomía, la accesibilidad y el placer. Tal como nos recuerda Agthe (2025) Julia Kristeva, inspirada en Simone de Beauvoir, la sexualidad es una *“experiencia del cuerpo vivida por el sujeto”*, una puerta a la intimidad más secreta, al placer y a la formación de vínculos y en su esencia, nos recuerda que el cuerpo no es solo un contenedor de funciones, sino el lugar donde ocurre la experiencia y por tanto la vida.

Este abanico de apoyo íntimo corporalizado va creando figuras diferenciadas, como el apoyo al estilo *“mis manos son tus manos”*, la del apoyo que se implica eróticamente, otro tipo de apoyo más cercano a la figura de una *doula*^x íntima, el

apoyo de la figura *surrogate* y muchas otras más iniciativas que irán surgiendo como respuesta a la pregunta fundamental ¿cómo abrazar la complejidad del deseo humano en toda su expresión?

Se ha enfatizado que la asistencia sexual es una figura con cierta capacitación, cuyo rol es facilitar el acceso a experiencias sexuales y eróticas de forma consentida y adaptada a las necesidades individuales, siempre priorizando la autonomía y el deseo genuino de la persona solicitante; pero resultaría interesante profundizar en los aspectos que conformarían esta capacitación.

Es crucial reconocer que la asistencia sexual se encuentra actualmente en un limbo legal, careciendo de un estatus normativo claro. Para las personas en situación de dependencia que requieren este servicio, el acceso se ve obstaculizado por la falta de transparencia y la necesidad de una estrecha colaboración con profesionales. Esta situación se agrava por el tabú generalizado en torno a la sexualidad dentro de las instituciones. Frecuentemente, estos entornos adoptan una postura desexualizadora, imponiendo restricciones significativas a la intimidad y al ejercicio de la sexualidad de los individuos. Abordar este desafío requiere un diálogo abierto y la voluntad de transformar las percepciones y políticas institucionales para garantizar que la sexualidad, como parte integral de la vida humana, sea reconocida y apoyada, incluso en situaciones de dependencia.

La construcción de un contexto más inclusivo exige seguir formulando estas preguntas, explorando sin descanso nuevas alternativas para que cada persona pueda vivir plenamen-

te, como el hombre o la mujer que desea ser. La asistencia sexual se convierte así en una plataforma de reflexión crítica para toda la comunidad, especialmente para la sexológica.

BIBLIOGRAFÍA

- Agthe Diserens, C. (2008). La formation en assistance sexuelle: Toute innovation implique des risques! *Reliance*, 29(3), 46–52. <https://doi.org/10.3917/reli.029.0046>
- Agthe Diserens, C., & Korpes, J. (2014). Lorsque l'assistance sexuelle interpelle les pratiques sociales. *Le Sociographe*, 47(3), 71–81. <https://doi.org/10.3917/graph.047.0071>
- Arnau, S. (2014). La asistencia sexual a debate. *Dilemata*, 15, 7–14.
- Brasseur, P., & Detuncq, P. (2014). L'assistance sexuelle: Qu'est-ce à dire? Quels enjeux? *VST - Vie Sociale et Traitements*, 123(3), 51–56. <https://doi.org/10.3917/vst.123.0051>
- Cabezas, M. E. (2025). Rehabilitación sexual en la lesión medular: Una mirada sexológica a sus desafíos y posibilidades. *Anuario*, 15, AEPS.
- Centeno, A. (2014). Asistencia sexual para personas con diversidad funcional. *Derechos Humanos YA*. <http://www.derechoshumanosya.org/node/1240>
- Centeno, A. (2016). "Yes, we fuck!" y la asistencia sexual. *Revista de Treball Social*, 208, 79–91.
- Centeno, A. (2020, 17 de febrero). La asistencia sexual, recuperar nuestros cuerpos para recuperar nuestras vidas. En torno al debate sobre la asistencia sexual, desde la diversidad física. *Eldiario.es*. https://www.eldiario.es/interferencias/asistencia-sexual-recuperar-cuerpos-vidas_132_1002837.html
- Cotting, A., & Brand, M. (2021). *Sexualité: Les personnes en situation de handicap dans le labyrinthe du sexe tarifé. Entre prostitution et assistance sexuelle* [Tesis de licenciatura, HES-SO Fribourg].
- Cuervo, A. (2023). Asistencia sexual, opresión para las mujeres, prejuicio contra las personas con discapacidad. En *Una mirada interdisciplinar hacia las violencias sexuales* (pp. 187–200). ISBN 978-84-19900-75-3
- De Asís Roig, R. (2017a). ¿Es la asistencia sexual un derecho? *Revista Española de Discapacidad*, 5(2), 7–18. <https://www.cedid.es/redis/index.php/redis/article/view/368>
- De Asís Roig, R. (2017b). Sobre apoyos y asistencia sexual: Unas primeras reflexiones. *Red Tiempo de los Derechos*. Universidad Carlos III de Madrid.
- Fritsch, K., Heynen, R., Ross, A. N., & van der Meulen, E. (2016). Disability and sex work: Developing affinities through decriminalization. *Disability & Society*, 31(1), 84–99. <https://doi.org/10.1080/09687599.2016.1139488>
- García-Santesmases, A., & Branco de Castro, C. (2016). Fantasmas y fantasías: Controversias sobre la asistencia sexual para personas con diversidad funcional. *Pedagogia i Treball Social*, 5(1), 3–34. <https://www.raco.cat/index.php/PiTS/article/view/314307>
- García-Santesmases, A. (2019). Luces, cámaras y erección: La asistencia sexual a escena. *Encrucijadas: Revista Crítica de Ciencias Sociales*, 17, 1–19. <https://recyt.fecyt.es/index.php/encrucijadas/article/view/79178>
- Garofalo, G. (2019). Disability rights meet sex workers' rights: The making of sexual assistance in Europe. *Sexuality Research and Social Policy*, 16(2), 214–226. <https://doi.org/10.1007/s13178-019-0377-x>
- Granja, F. (2018). *Protocolo de Acompañamiento Íntimo y Erótico (AIE) para personas con diversidad funcional, intelectual o mental*. Tandem Team.

- Gutiérrez-Bermejo, B., & Jenaro, C. (2022). Sexual assistance for people with intellectual disabilities: Proposal for a service delivery model. *Sexuality and Disability*, 40, 347–362. <https://doi.org/10.1007/s11195-022-09729-z>
- Iglesias, M. (2012). Las mujeres con diversidad funcional. *Themis: Revista Jurídica de Igualdad de Género*, 11, 50–60.
- Martínez, O. I. (2016). *La figura del asistente sexual dentro del asistente personal: Orígenes, marco legal en España e implantación de su figura en la sociedad* [Tesis de maestría, Universidad Internacional Menéndez Pelayo].
- Masters, W. H., & Johnson, V. E. (1970). *Human sexual inadequacy*. Little, Brown.
- Meszaros, J. (2020). Commodification of intimacy and sexuality. En N. A. Naples (Ed.), *Companion to sexuality studies* (pp. 258–278). Wiley.
- Míguez, M. (2019). Discapacidad y sexualidad en Europa: Hacia la construcción del acompañamiento sexual. *Revista Española de Discapacidad*, 7(1), 133–152.
- Míguez, M. (2020). Discapacidad y sexualidad en América Latina: Hacia la construcción del acompañamiento sexual. *Nómadas*, 52, 133–147. <https://doi.org/10.30578/nomadas.n52a8>
- Molina Saorín, J., Illán Romeu, N., & García Haro, M. del R. (2022). El asistente sexual como figura de apoyo para las personas que se encuentran en situación de discapacidad: Percepción sobre su reconocimiento jurídico y soporte económico. *Siglo Cero*, 53(3), 117–126. <https://doi.org/10.14201/scero202253117126>
- Nayak, L. (2013). Une logique de promotion de la “santé sexuelle”: L’assistance sexuelle en Suisse. *Ethnologie Française*, 43(3), 461–468. <https://doi.org/10.3917/ethn.133.0461>
- Nuss, M. (2008). Cuestiones políticas y legales del apoyo sexual. *Reliance*, 29(3), 26–32. <https://doi.org/10.3917/reli.029.0026>
- Peirano, S. (2025). Teoría de la indeseabilidad, trabajo sexual/asistencia sexual y diversidad funcional [Ponencia]. Jornada Virtual “Asistencia y/o Acompañamiento Sexual desde una perspectiva Latinoamericana y prosexo.”
- Pióro, J. (2008). Assistance sexuelle et prostitution: Un binôme tabou? *Reliance*, 29, 101.
- Rosenbaum, T., Aloni, R., & Heruti, R. (2013). Substitute therapy: Ethical considerations in sexual medicine. *Journal of Sexual Medicine*, 2(11), 321–329. <https://doi.org/10.1111/jsm.12402>
- Ruiz de Lezana, I., & Valdés, J. (2022). *El valor de la resiliencia en el ámbito de la sexualidad en mujeres adultas con discapacidad orgánica/física*. COCEMFE Castilla y León.
- Sakairi, E. (2020). Medicalized pleasure and silenced desire: Sexuality of people with physical disabilities. *Sexuality and Disability*, 38(1), 41–56. <https://doi.org/10.1007/s11195-020-09618-3>
- Sanders, T. (2007). The politics of sexual citizenship: Commercial sex and disability. *Disability & Society*, 22(5), 439–455.
- Santos, A. C., & Santos, A. L. (2018). ¡Sí, follamos! Desafiando el cuerpo sexual inadaptado a través de las narrativas de mujeres con discapacidad. *Sexualities*, 21(3), 303–318. <https://doi.org/10.1177/136346>

NOTAS

- ⁱ Agthe Diserens, C. (2008). La formation en assistance sexuelle : toute innovation implique des risques ! *Reliance*, No. 29(3), 46-52. <https://doi.org/10.3917/reli.029.0046>. (Presidenta de la asociación Sexualité et Handicaps Pluriels (SEHP): Catherine Agthe-Diserens es una figura influyente en Suiza, dedicada a la formación y promoción de la asistencia sexual para personas con discapacidad, buscando establecerla como un servicio profesional y ético que les permita ejercer su derecho a la sexualidad. SEHP. Sexualité et Handicaps Pluriels <http://www.sehp.ch/> Suiza).
- ⁱⁱ El Diseño Universal para el Aprendizaje (DUA) es un enfoque educativo que busca crear entornos de aprendizaje accesibles y efectivos para todos los estudiantes, reconociendo la diversidad de sus necesidades y estilos de aprendizaje. Se trata de un marco que guía la planificación de la enseñanza para anticipar y eliminar barreras, ofreciendo múltiples opciones para la representación, acción/expresión y el compromiso en el aprendizaje.
- ⁱⁱⁱ Crimp Camp, Campamento Tullido 1970 <https://www.youtube.com/watch?v=OFS8SpwioZ4> Este documental de 2020, producido por Michelle y Barack Obama, narra la historia de un campamento de verano hippie en los años 70 para jóvenes con discapacidad, llamado Camp Jened. Lo que comenzó como un lugar de diversión y libertad para adolescentes con diversas discapacidades, se convirtió en un semillero para el movimiento por los derechos civiles de las personas con discapacidad en Estados Unidos.
- ^v Tandem Team Barcelona "Nuestra postura sobre el acompañamiento íntimo, la asistencia sexual y la prostitución (según acuerdo de la junta del día 17-10-2023) "nuestra postura sobre el acompañamiento íntimo, la asistencia sexual y la prostitución".
- ^{vi} Surrogate: William Masters y Virginia Johnson fueron pioneros en la investigación de la sexualidad humana en la década de 1960. Una de las contribuciones más significativas de su investigación fue el desarrollo del concepto de *surrogate partner therapy* (terapia con parejas sustitutas). Esta práctica consistía en involucrar a un terapeuta sexual que actuaba como pareja sustituta para ayudar a pacientes a superar barreras fisiológicas y psicológicas relacionadas con su sexualidad.
- ^{vii} Es interesante al respecto el vídeo de esta jornada "Sexualidad recursos para la diversidad" organizada por COCEMFE Cantabria en abril 2021 <https://www.youtube.com/live/VID9rxg-bLLU?si=PFM-fOPfwiMsY4ld> en donde se presentan los diferentes modelos que se citan.
- ^{viii} Ruiz de Lezana, I; Valdés, J. (2022). El valor de la resiliencia en el ámbito de la sexualidad en mujeres adultas con discapacidad orgánica/física. COCEMFE Castilla y León. https://inmaruizdelezana.com/wp-content/uploads/2023/11/investigacion_resiliencia_sexualidad_cocemfe.pdf
- ^{ix} Una *doula* es una persona, generalmente una mujer, que ofrece apoyo emocional, físico e informativo a otra persona durante un proceso vital significativo. Su función principal es acompañar, sostener y empoderar a la persona que atraviesa esta etapa.

