

# **TRABAJO FINAL DE MÁSTER**

*Diversidad funcional y sexualidad*

**MÁSTER UNIVERSITARIO EN PSICOLOGÍA  
GENERAL SANITARIA**

Autora: Alba Soler Mora

Tutor: Juan Ignacio Capafons Bonet

CURSO ACADÉMICO 2019 – 2020

CONVOCATORIA: JULIO

UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

## **RESUMEN**

Pese a que en los últimos años se ha conseguido una mayor visibilización de las personas con Diversidad Funcional (en adelante, DF), su sexualidad continúa siendo una dimensión totalmente olvidada y negada. No cabe duda de que esta es una parte fundamental para toda persona y su desarrollo, por ello este trabajo tiene como objetivo analizar las investigaciones centradas en el concepto de sexualidad y DF (Física, Sensorial y Cognitiva). Se atiende a los factores que influyen en su desarrollo, los patrones de su conducta sexual y la mayor incidencia de disfunciones sexuales reflejada en diversas investigaciones. Mitos y falsas creencias, limitaciones en el acceso a la educación sexual, prácticas sexuales de riesgo o una mayor prevalencia de abusos sexuales configuran una parte de la realidad de estas personas. La educación afectivo - sexual ha demostrado ser un pilar fundamental para la normalización de la sexualidad, pero conviene proponer estudios donde se incorpore el papel de la Inteligencia Emocional en el desarrollo sexual o la inclusión de muestras conformadas por personas con de diversas orientaciones o identidades sexuales.

**Palabras clave:** sexualidad, diversidad funcional, física, sensorial, cognitiva.

## **ABSTRACT**

Despite the fact that in recent years there has been a greater visibility of people with Functional Diversity (FD), their sexuality continues to be a dimension that has been totally forgotten and denied. There is no doubt that this is an essential part for every person and their development, so the aim of this work is to analyze research focused on the concept of sexuality and FD (Physical, Sensory and Cognitive). It addresses the factors that influence their development, sexual behaviour patterns and the higher incidence of sexual dysfunction reflected in various research. Myths and false beliefs, limitations in access to sexual education, risky sexual practices or a higher prevalence of sexual abuse make up part of the reality of these people. Affective-sexual education has proven to be a fundamental pillar for the normalization of sexuality, but it is convenient to propose studies incorporating the role of Emotional Intelligence in sexual development or the inclusion of samples made up of people with different sexual or identity orientations.

**Key words:** sexuality, functional diversity, physical, sensory, cognitive.

## 1. INTRODUCCIÓN

Se estima que alrededor del 15% de la población mundial presenta algún tipo de DF, cifra que además se encuentra al alza debido al envejecimiento de la población y el incremento de los problemas crónicos asociados a la discapacidad (Organización Mundial de la Salud, 2011).

Las relaciones interpersonales y las relaciones sexuales y afectivas con la pareja han demostrado ser dos dimensiones fundamentales para el bienestar psicológico de las personas (García – Viniegras y González, 2000). Sin embargo, esto puede verse vulnerado en personas con DF, dado que en muchas ocasiones son privadas de los derechos sexuales y reproductivos que están presentes en el resto de la sociedad (Addlakha, Price y Heidari, 2017).

Esta falta de aceptación y compromiso con respecto a su sexualidad hace que, pese a que los profesionales presenten actitudes más positivas hacia la misma (Cwirynkalo, Byra y Zyta, 2017; Morell, Gil, Díaz y Caballero, 2017), los familiares y la población general mantienen posturas conservadoras ante la expresión de los deseos y experiencias sexuales (Olavarrieta et al., 2013). Este efecto se ve incrementado ante la DF cognitiva (Morell et al., 2017).

La Organización Mundial de la Salud define la sexualidad como:

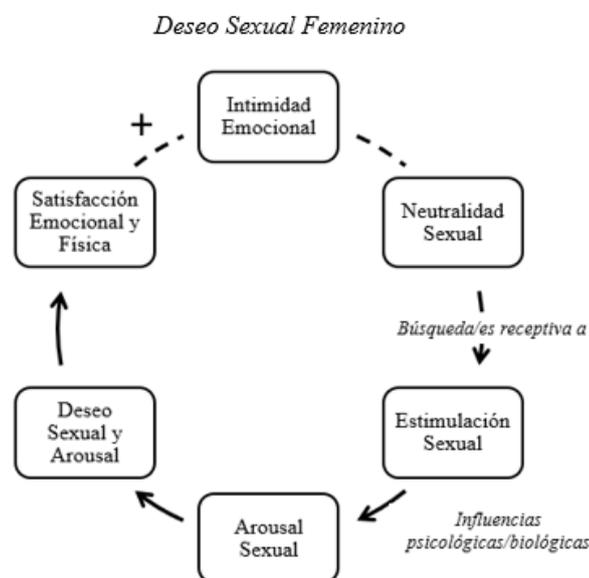
“Un aspecto central del ser humano que está presente a lo largo de su vida. Abarca el sexo, las identidades y los roles de género, la orientación sexual, el erotismo, el placer, la intimidad y la reproducción. Se siente y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, comportamientos, prácticas, roles y relaciones. Si bien la sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no todas ellas se experimentan o expresan

siempre. La sexualidad está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales. (Organización Mundial de la Salud, 2018, p. 3)”.

Se destaca dentro del concepto de sexualidad las aportaciones de Masters y Johnson (1966) y posteriormente el planteamiento de Kaplan (1974) sobre el ciclo de la respuesta sexual humana (Carey, 2007). Masters y Johnson determinaron que la respuesta sexual humana consta de cuatro fases, ordenadas temporalmente del siguiente modo: a) Excitación; b) Meseta; c) Orgasmo; y d) Resolución. Tras este primer acercamiento, Kaplan incluye una antesala a la fase de excitación, que denominó fase de deseo, y que hace referencia al interés por la actividad sexual y a la disposición cognitiva y afectiva para ello.

Basson (2002) postula que dichos modelos no se ajustan a la realidad de la respuesta sexual en mujeres, sobre todo, en aquellos casos donde la relación de pareja no es novedosa. Esta autora propone el Modelo Cíclico Biopsicosocial de la Respuesta Sexual Femenina (Basson, 2002), según el cual esta parte de un estado de neutralidad sexual que puede cambiar por el efecto indirecto de lo que ella denomina “intimidad emocional”. La cercanía emocional y/o física, unión, compromiso, amor, afecto, aceptación y tolerancia son los componentes que permiten este cambio hacia una búsqueda o estado más receptivo de estimulación sexual, y con ello, a un aumento del arousal. Esta activación sexual favorece la aparición del deseo y puede seguir aumentando hasta llegar al bienestar físico y emocional y, aunque no necesariamente, al orgasmo. Precisamente ese bienestar va a ser el que promueva una mayor intimidad emocional con la otra persona, dando ese sentido de circularidad a todas las variables comentadas, tal y como se constata en la Figura 1.

El Foro de Vida Independiente y Divertad (2005) lanza como propuesta el cambio de la nomenclatura de discapacidad, propuesta por la Organización Mundial de la Salud, por la de “hombres y mujeres con diversidad funcional”, consiguiendo con este cambio una aceptación tanto por parte de los profesionales como del propio colectivo (Citado en Colectivo Ioé, 2013, p. 35). Según Romañach y Lobato (2009) “entendemos que es la primera denominación de la historia en la que no se da un carácter negativo ni médico a la visión de una realidad humana, y se pone énfasis en su diferencia o diversidad, valores que enriquecen al mundo en que vivimos” (pág. 330).



*Figura 1.* Presentación de la respuesta sexual femenina cíclica como alternativa partiendo del concepto de neutralidad sexual. [Basson, 2002.](#)

Tal y como apunta López (2002), las personas con DF han pertenecido a un colectivo donde la sexualidad no tenía cabida, idea fundamentada en una serie de prejuicios aceptados y legitimados por la sociedad como son la reducción de: a) la sexualidad a la genitalidad y la actividad coital; b) la función de la sexualidad a la procreación; c) la sexualidad al matrimonio; d) la sexualidad a la heterosexualidad; y e) la sexualidad a un derecho exclusivo de los varones. Incluso cuando se empezaron a dar los primeros

esbozos hacia una normalización e integración de estas personas, la sexualidad permaneció en un segundo plano.

White-house y McCabe (1997) plantean un breve recorrido histórico sobre la relación entre DF y sexualidad. Desde los años 50 y 60 los únicos contextos relacionales de las personas con DF se constituían entre la propia familia y los centros institucionales, quedando totalmente relegado cualquier contacto con personas del sexo contrario, y siendo uno de los motivos por los que únicamente se describía conductas homosexuales y masturbatorias.

En la siguiente década se comienza a vislumbrar el concepto de integración y normalización promovido por dos acontecimientos: la Declaración de los Derechos de las Personas con Retraso Mental (1971) y el desarrollo de la filosofía de Nirje en 1976, promotora de la visibilización y el debate sobre la sexualidad, las relaciones afectivas y los riesgos que de ellas se derivan. Dentro de esta primera declaración de derechos se destacan los dos primeros por hacer alusión al concepto de salud, aunque con un matiz de gran importancia: en ambos se evidencia la ausencia del concepto de sexualidad, los derechos que giran en torno al mismo o las necesidades específicas que puedan presentar las personas con DF cognitiva.

“El retrasado mental debe gozar, hasta el máximo grado de viabilidad, de los mismos derechos que los demás seres humanos”.

“El retrasado mental tiene derecho a la atención médica y el tratamiento físico que requiera de su caso, así como la educación, la capacitación, la rehabilitación y la orientación que le permitan desarrollar al máximo su capacidad y sus aptitudes”.

(Asamblea General de la ONU. Resolución 2856 (XXVI), 1971).

No es hasta tres años más tarde cuando Chipoura (1979) hace pública la Carta de Derechos Sexuales en favor de los Minusválidos (véase Tabla 1), presentada en el Congreso Mundial de Sexología que tuvo lugar en Tal Aviv en 1981.

Ya en los años 80 y 90 se objetiva esta problemática y se crean los primeros programas educativos con el objetivo de informar y prevenir las conductas de riesgo, pero no con el fin de educar para vivir y poder expresar su sexualidad. Esto se ve influenciado por situar a las personas con DF en dos extremos completamente opuestos: por un lado se les considera *seres asexuados*, equiparando su nivel de razonamiento al de un niño, o por el contrario como personas hipersexuales (Addlakha, Price y Heidari, 2017).

Tabla 1.

*Derechos sexuales a favor de los Minusválidos.*

- 
1. Derecho a la intimidad.
  2. Derecho a ser informado sobre su sexualidad
  3. Derecho de acceso a los servicios de salud necesarios.
  4. Derecho a escoger el estado civil que más le convenga.
  5. Derecho a procrear o no.
  6. Derecho a tomar decisiones que afectan a la vida de cada persona.
  7. Derecho de oportunidad a desarrollar toda la potencialidad del individuo

Declaración de derechos sexuales para personas con diversidad funcional acontecida en el Congreso Mundial de Sexología (1981).

---

El objetivo del presente trabajo es llevar a cabo una revisión de los estudios que han tratado la sexualidad en personas con diversidad (física, sensorial o cognitiva). Sabemos de antemano que es una temática poco estudiada y esperamos que la revisión que hemos realizado pueda ser de utilidad para quienes pretendan adentrarse en la investigación en este campo.

## **2. REVISIÓN DEL ESTADO ACTUAL**

En las próximas páginas presentaremos los principales resultados de la revisión realizada sobre la conducta sexual y la diversidad. En concreto expondremos el estado actual en la Diversidad Funcional Física, en la Diversidad Funcional Sensorial y en la Diversidad Funcional Cognitiva. Para la revisión se han utilizado distintos términos relacionados con la diversidad (física, funcional o cognitiva) acompañados por las palabras “sexualidad”, “respuesta sexual”, “disfunción sexual” y “satisfacción sexual”. Como bases de datos se han consultado: WOS, SCOPUS, Dialnet Plus, Redalyc e ISOC. Además de estas bases, se utilizó el buscador Google Académico. En todas las bases de datos, y con el fin de garantizar la obtención de artículos relevantes, se optó por la búsqueda avanzada y el uso de operadores booleanos, lo que permitió limitar el rango de años de búsqueda o la inclusión de determinados términos y ampliar el número de resultados combinando expresiones y trucando palabras.

### **2.1. DIVERSIDAD FUNCIONAL FÍSICA**

Más allá de las repercusiones directas debidas a la lesión, las personas con DF física ven afectadas diversas facetas de su vida, destacando una mayor dificultad a la hora de establecer relaciones íntimas sexuales y repercusiones en su imagen y autoestima corporal (Taleporos, 2003; Taleporos y McCabe, 2001). La imagen corporal es definida por Taleporos y McCabe (2002; pp. 971) como “el conjunto de experiencias psicológicas del individuo, sentimientos y actitudes con respecto a la forma, función, apariencia y atractivo del propio cuerpo, todo ello bajo la influencia de aspectos individuales y factores ambientales”. Las personas con DF física grave presentan niveles más bajos de estima corporal y satisfacción sexual que aquellas personas con menor gravedad o sin discapacidad física, considerando el mayor tiempo transcurrido

desde la lesión como factor protector (Taleporos y McCabe, 2003; Taleporos y McCabe, 2005).

Existe poca evidencia con respecto a las posibles **disfunciones sexuales** que se derivan de la DF física como tal, entendiendo disfunción sexual como aquellas alteraciones de los deseos y cambios psicofisiológicos en cualquiera de las fases del ciclo de la respuesta sexual, que puede acontecer con o sin dolor durante la ejecución del acto sexual (Herrero, 2002).

Las principales disfunciones sexuales están relacionadas con dificultades de erección y lubricación (Smith, Molton, McCullen y Jensen, 2015), así como limitaciones en cuanto a la movilidad, como espasmos, pérdida de flexibilidad o rigidez (McCabe y Taleporos, 2001). Owiredu et al. (2015) destacan en varones la disminución en la frecuencia de relaciones sexuales, eyaculación precoz y falta de sensualidad, mientras que en mujeres se da con mayor frecuencia la anorgasmia, problemas de comunicación y la evitación. Estas, además, presentan niveles más altos en las variables de ansiedad sexual, miedo sexual, autoeficacia sexual y depresión sexual, mientras que obtienen puntuaciones similares frente a hombres en autoestima sexual (Salehi, Kharaz, Shabani y Ziaei, 2015).

### **Lesión medular**

La mayoría de la población con lesión medular se sitúa en el tramo de edad joven-adulta, etapa donde cobra especial relevancia la sexualidad (Campo y Sánchez, 2003). Los trastornos en la esfera sexual son precisamente uno de los principales problemas en este colectivo (Rodríguez, Jiménez, Cordero, Brunet y Macías, 2014), aunque no se constata por ello una disminución en su calidad de vida (Reitz, Tobe, Knapp y Schurch,

2004). El mayor o menor grado de repercusión en la vida sexual dependerá del nivel de la lesión, grado de afectación y extensión de la misma (Torices, 2006).

Entre las principales alteraciones se destacan, por una parte, los aspectos estrictamente relacionados con las repercusiones fisiológicas de la lesión, como la disfunción eréctil, problemas de eyaculación, pérdida de lubricación y de sensibilidad de las sensaciones placenteras, incontinencia urinaria, parálisis y epasticidad (Campo y Sánchez, 2003; Torices, 2006). Por otra parte, se destacan algunas variables psicológicas, aunque menos investigadas, como el autoconcepto, autoestima, satisfacción sexual, ansiedad o depresión (Charlifue et al., 1992; Pakpour et al., 2016). Los principales resultados de los trabajos encontrados sobre esta temática son expuestos en la Tabla 2, adjuntada a continuación.

*Tabla 2. Principales resultados de disfunciones sexuales en personas con lesión medular.*

Autores	Título	Año	Principales resultados
Charlifue, Gerhart, Menter, Whiteneck & Manley	Sexual issues of women with spinal cord injuries	1992	Se constata en mujeres los problemas intestinales y de vejiga durante la menstruación, cambios en el flujo vaginal y amenorrea en los primeros meses tras la lesión. Disminución en la frecuencia de relaciones sexuales, cambios en función orgásmica (mayor latencia, menor intensidad y frecuencia). El 69% se muestra satisfecha con su experiencia sexual, aunque disminuye el grado de deseabilidad y atractivo.
Sipski, Alexander & Gómez	Effects of level and degree of spinal cord injury on male orgasm.	2006	No se objetivan diferencias en hombres con o sin lesión medular en cuanto a deseo sexual, latencia de orgasmo, ritmo cardíaco o presión sanguínea. Dificultad para alcanzar el orgasmo en el primer grupo (mayor ante lesiones completas). Gran porcentaje reporta orgasmos sin eyaculación.
Reitz et al.	Impact of spinal cord injury on sexual health and quality of life.	2004	Solo el 44% de las mujeres y el 38% de los hombres refieren satisfacción sexual, aunque esto no implica menor calidad de vida. Variables como el deseo sexual y la imagen corporal tienen un mayor impacto sobre la sexualidad tras la lesión.
Papkour et al.	The relationship between anxiety, depression and religious coping strategies and erectile dysfunction in Iranian patients with spinal cord injury	2016	Mayores niveles de ansiedad y depresión en personas con lesión medular, que correlacionan positivamente con la disfunción eréctil (DE). Esta aumenta con la edad y disminuye por efecto del tiempo transcurrido tras la lesión. Función orgásmica alterada ante lesiones completas. Mayores niveles de educación y estrategias de afrontamiento religiosas correlacionan con menores niveles de disfunción sexual.

(Continuación Tabla 2)

Barbonetti, et al.	Erectile dysfunction is the main determinant of psychological distress in men with spinal cord injury	2011	DE como uno de los mayores determinantes de estrés psicológico (mayores puntuaciones en somatización, depresión, ansiedad, entre otras). Más disfunciones sexuales en pacientes con lesión torácico – lumbar (84%) frente a lesiones cervicales (0%), además de problemas intestinales y de vejiga. Sin diferencias significativas entre personas con o sin DE en cuanto a eyaculación, orgasmo o deseo sexual.
Campo & Sánchez	La mujer con lesión medular: sexualidad y maternidad	2003	Disminución en la capacidad de lubricación, concienciación orgásmica, dificultad para alcanzar orgasmo (mayor ante lesiones completas), posible fase de amenorrea transitoria e incontinencia urinaria. Se mantiene el deseo sexual tras la lesión, pero es frecuente la baja autoestima o falta de aceptación de la imagen corporal.
Ferreiro – Velasco et al.	Sexual issues in a sample of women with spinal cord injury	2005	Lesiones antes de los 18 como factor de riesgo a no tener una vida sexual activa en la adultez. Disminución en la frecuencia de las relaciones sexuales principalmente por una disminución de libido, seguido de malestar, imagen corporal perturbada y espasticidad. La capacidad orgásmica también disminuye, así como su intensidad. El 69% refiere satisfacción con su vida sexual.
Rodríguez et al.	Conducta sexual en hombres con lesión medular traumática	2014	Se mantiene el deseo sexual en el 98% de la población, pero se refieren problemas de erección (46%), ausencia de eyaculación (74%), orgasmo solo en el 26% de las ocasiones y disminución de la frecuencia del coito en el 80%.

## Amputación

Tras una amputación las personas se enfrentan a una serie de cambios que afectan a su calidad de vida, entre los que se encuentra también la reducción de la función sexual (Manucharian, 2013). Según Ide et al. (2003, citado en Manucharian, 2013), existen una serie de factores relacionados con una mayor afectación en esta esfera:

- 1) Menor tiempo transcurrido desde la amputación,
- 2) mayor frecuencia de dolor o falta de ajuste de la prótesis,
- 3) consideración de que el lugar de la amputación puede resultar desagradable para la pareja sexual;
- 4) mayor edad y
- 5) nivel inferior de educación.

Alrededor del 50% de personas con amputación de los miembros inferiores no se consideran sexualmente activas, y de aquellas que sí lo hacen, el 69% de los hombres presenta disfunciones sexuales, mientras que en mujeres el porcentaje es de un 38% (Woods, Hevey, Ryall y O'Keeffe, 2017). Verschuren, Geertzen, Enzlin, Dijkstra y Dekker (2015) destacan que el 56% de su muestra presenta al menos un problema sexual, siendo en su mayoría hombres, con una intervención de amputación más reciente y con una imagen corporal más negativa.

Em et al. (2018) ofrecen resultados en la misma línea que indican que los varones que han sufrido una amputación, como la referida anteriormente, objetivan más dificultades en la capacidad de erección, percepción de orgasmos, deseo sexual y satisfacción de las relaciones sexuales, viéndose esto incrementado en pacientes con amputación trans-femoral frente a trans-tibial. Woods et al. (2017) confirman que el 69% de los hombres refieren problemas de erección y al menos el 59% eyaculación precoz, mientras que el 63% de las mujeres presentan vaginismo. No obstante, son pocos los estudios que incorporan la figura femenina, y en su caso se trata de muestras bastante inferiores, entre 16 y 85 mujeres (Em et al., 2018; Holzer et al., 2014; Manucharian, 2013; Woods et al., 2017). Únicamente se ha encontrado una investigación enfocada a mujeres con amputación de miembros inferiores, centrada principalmente en las estrategias de afrontamiento y el crecimiento postraumático, no mencionando su sexualidad (Stutts, Bills, Erwin y Good, 2015). Existe algo más de evidencia enfocada a la esfera sexual de aquellas mujeres que han sufrido una mastectomía.

Factores como la depresión, ansiedad, imagen corporal y la desviación atencional hacia la propia apariencia del cuerpo durante el acto sexual influyen significativamente en las disfunciones sexuales en esta población (Em et al., 2018; Woods et al., 2017).

Holzer et al. (2014) confirman peores resultados al evaluar la calidad de vida y la imagen corporal en pacientes amputadas, y concluye que los menores niveles de autoestima no están relacionados con la amputación en sí, sino como efecto del dolor fantasma que suele acontecer en estos casos.

## **2.2. DIVERSIDAD FUNCIONAL SENSORIAL**

Existe un mayor grado de aceptación por parte de la población general sobre la sexualidad en las personas con DF sensorial frente a la física o intelectual, no objetivándose diferencias en función del género de la persona con DF o su orientación sexual. Las diferencias de edad dentro de la pareja sí son un factor que disminuye esta valoración positiva. (Caballero - Gascón, Gil - Lario, Morell-Mengual, Fernández-García, Gil-Jullá, 2017).

La bibliografía sobre sexualidad en personas con DF sensorial tiende a centrarse no tanto en los aspectos fisiológicos de las disfunciones sexuales, sino en las dificultades en el acceso de la información, mayor riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual (ETS) o sufrir abusos sexuales y algunas diferencias en el establecimiento de las relaciones interpersonales.

Anderson y Kitchin (2000) analizaron diversos centros de planificación familiar, concluyendo que el 70% de ellos carecen de recursos adaptados para personas con DF visual o auditiva, además de ver limitada la formación de sus trabajadores en este ámbito. El uso de materiales adaptados como los modelos anatómicos reales, información en formato Braille y gráficos táctiles, junto con ciertas estrategias pedagógicas, como escenarios o juegos de rol, son herramientas indispensables a la hora

de asegurar el derecho a la información en personas con DF visual (Wild, Kelly, Blackburn y Ryan, 2014).

En personas con DF auditiva se ha evidenciado que la falta de privacidad por requerir del acompañamiento de un intérprete (Galiano y Guzmán, 2018), menos oportunidades de acceso a la información, resistencia de los padres a proporcionar educación sexual e instrucción escolar inadecuada son algunos factores que hace que estas personas no dispongan de los mismos recursos que el resto de población (Job, 2004).

La evidencia señala que la falta de educación sexual es un factor de riesgo a la hora de contraer este tipo de enfermedades en jóvenes con discapacidad visual (Oliveira, Cavalcante, Pagliuca, Almeida y Rebouças, 2016) y auditiva (Heuttel y Rothstein, 2001). Un inicio temprano de las relaciones sexuales, ausencia de planificación en su primer encuentro sexual, no usar el preservativo y haber sufrido abusos sexuales han demostrado ser factores que aumentan el riesgo de infección por ETS (Gomez, 2011 Robles y Guevara, 2017).

El abuso sexual es una realidad poco investigada en personas con DF sensorial. Cabe señalar que el agresor suele ser, como ocurre en la mayoría de los abusos, una persona del entorno de la víctima (Gomez, 2011; Robles y Guevara, 2017) y que las mujeres presentan mayor riesgo que los varones (Robles y Guevara, 2017). Asimismo, Gomez (2011) encuentra relación entre los episodios de abuso sexual y el inicio de la actividad sexual, pese a que las víctimas no reconocen esa situación de abuso.

### **Diversidad funcional visual**

El aislamiento social, la sobreprotección por parte de sus padres y limitaciones en el propio entorno son factores que inciden directamente en el desarrollo social de los jóvenes con DF visual. Algunos autores refieren que el principal entorno de interacción de estos jóvenes es el propio centro escolar o institución (Kef y Bos, 2006; Pinquart y Pfeiffer, 2012). En concordancia con ello, el 90,9% de las personas con DF visual mantienen una relación con otra persona que presenta su misma condición (Retznik et al., 2017), probablemente porque consideran que de este modo la otra persona podrá entender y satisfacer mejor sus necesidades.

Autores como Pinquart y Pfeiffer (2012) señalan que los jóvenes con DF visual no difieren con respecto a sus pares, ni en función de su grado de discapacidad, en las ocasiones de enamoramiento, vivencia de su primera relación romántica y relaciones sexuales. A excepción de la primera relación sexual, todo lo anterior ocurre a mayor edad en personas con DF visual. En contraposición a lo anterior, otros estudios señalan una demora de entre dos y tres años en el inicio del coito (Kef y Bos, 2006).

Con respecto al comportamiento sexual, los jóvenes con DF visual tienden a planificar menos su primer encuentro sexual, usan con menor frecuencia el preservativo y refieren un mayor porcentaje de relaciones sexuales con parejas ocasionales (Robles y Guevara, 2017).

### **Diversidad funcional auditiva**

Las personas con DF auditiva no ven afectada únicamente su capacidad comunicativa, las repercusiones a nivel psicosocial, en su calidad de vida y en la vivencia de su sexualidad también forman parte de su realidad (Ozler y Ozler, 2013).

Algunos estudios señalan en esta población un mayor número de parejas sexuales, menor grado de conocimiento sobre el SIDA/VIH y destacan a familiares y amigos como principales fuentes de información. Con respecto al uso del preservativo existen datos pero no son concluyentes (véase Tabla 3).

Las **disfunciones sexuales** han recibido menor atención por parte de la investigación dado que no existe una afectación directa de las estructuras implicadas en la función sexual. Sin embargo, se ha constatado una disminución del deseo sexual tanto en hombres como en mujeres, alteraciones en la función orgásmica, menor satisfacción global, dolor coital y, aunque algunos estudios no lo confirman, alteraciones en la función eréctil (véase Tabla 3).

Tabla 3. Principales resultados sobre DF auditiva y sexualidad.

Autores	Título	Año	Principales resultados
Ozler & Ozler.	Quality of social and sexual life in males with hearing loss	2013	Los varones con DF auditiva obtienen peores puntuaciones en las dimensiones de funcionamiento social y rol físico, dificultades sociosituacionales y emocionales (estas últimas aumentan con el grado de discapacidad). Afectación de función orgásmica (mayor disminución en población de 40 – 50 años), deseo sexual y satisfacción global. Se conserva la función eréctil y la satisfacción sexual.
Heuttel & Rothstein.	HIV/AIDS knowledge and information sources among deaf and hearing college students	2001	Los jóvenes con DF auditiva tienen menor grado de conocimiento sobre VIH/SIDA. Esto se explica exclusivamente por la variable de discapacidad. Refieren como fuentes principales de información su familia y amigos.
Tokin – West & Akani	Human Inmuno – Deficiency Virus Information: The challenges of hearing – impaired adolescents in Port Harcourt, Nigeria	2014	Los jóvenes con DF auditiva tienen menor conciencia sobre el VIH/SIDA, desconocen las pautas para su prevención y consideran que tienen menor riesgo de contagio. Casi el 70% desconoce cómo se transmite el VIH y solo el 5.6% comprende que la práctica sexual sin protección implica el mayor riesgo de contagio. Las principales fuentes de información son su familia y amigos.
Bakir et al.	Relationship between hearing loss and sexual dysfunction	2013	Los hombres con DF auditiva tienen peores puntuaciones en funcionamiento social y rol físico, así como en las dimensiones de función eréctil, función orgásmica, deseo sexual, satisfacción sexual y satisfacción global. El grado de severidad no está relacionado con mayores disfunciones sexuales.

(Continuación Tabla 3)

Zapata & López – Escámez.	A pilot study of sexual health in patients with Ménière's disease.	2011	En hombres con enfermedad de Meniere se reporta cerca del doble de casos de disfunción eréctil. En estos casos se obtienen peores puntuaciones en términos de salud (SF – 36). En mujeres se objetiva una afectación de la satisfacción sexual, dolor y deseo sexual. En ambos casos se evidencia la influencia de los factores emocionales.
Heiman, Haynes & McKee.	Health behaviors of deaf American Sign Language (ASL) users	2015	Las personas con DF auditiva reportan mayor número de parejas sexuales en el último año y mayor uso del preservativo en su último encuentro sexual.
Sangowawa, Owoaje, Faseru, Ebang & Adekunle.	Sexual practices of deaf and hearing secondary school students in Ibadan, Nigeria	2009	Los estudiantes con DF auditiva tienen su primera relación sexual más tarde, el 77% reporta no haber usado métodos anticonceptivos en su último encuentro sexual y el 70% confiesa un embarazo no deseado.

### 3.3. DIVERSIDAD FUNCIONAL COGNITIVA

Este término no solo incluye a aquellas personas que disponen de un diagnóstico de trastorno del desarrollo intelectual o de dificultades del aprendizaje, sino también a esa población que presenta alteraciones en la funcionalidad de sus capacidades cognitivas. Las personas con DF cognitiva no suelen presentar especificidades fisiológicas en cuanto a su sexualidad, son sus capacidades mentales y los aspectos emocionales y conductuales los que condicionan la forma en que viven su sexualidad (Campo, 2003).

A continuación se presenta el estado actual sobre la sexualidad en personas con discapacidad intelectual y con un diagnóstico de esquizofrenia, ambos colectivos son los más estudiados dentro de la diversidad funcional cognitiva.

#### Discapacidad intelectual

La falta de información, la no normalización desde el entorno cercano, una autopercepción negativa sobre su sexualidad o menos oportunidades de contacto social

son algunas de las limitaciones que afronta este colectivo (Campo, 2003; McCabe, 1999). McCabe (1999) evidencia importantes lagunas sobre sexualidad en todas las áreas evaluadas de una población con discapacidad intelectual moderada, incluso en aquellas que cobran mayor importancia desde los programas de educación sexual (contracepción, menstruación o masturbación). Algunos autores apuntan que esta realidad podría explicar la menor probabilidad de mantener relaciones sexuales (McCabe, 1999) y que estas se produzcan más tarde, efecto que se ve incrementado en las mujeres (Baines, Emerson, Robertson y Hatton, 2018). Pese a esto anterior, Gil-Lario, Morell-Mengual, Ballester-Arnal y Díaz-Rodríguez (2018) encuentran un mayor porcentaje de mujeres frente a hombres con discapacidad intelectual que han mantenido relaciones sexuales, pero solo el 41,4% del total de la muestra refiere satisfacción sexual.

Después de los besos y abrazos, las conductas masturbatorias son la práctica sexual más frecuente (McCabe, 1999; Gil-Lario et al., 2018), aunque es importante considerar que la falta de información puede derivar en posibles lesiones o en una falta de higiene que puede ser perjudicial para su salud (Campo, 2003). Los embarazos no deseados son otro riesgo presente en esta población, principalmente por la práctica sexual sin protección, que indudablemente hace que se vean más expuestas a contraer ETS (Baines et al., 2018; Campo, 2003; Verdugo et al., 2002). Baines et al. (2018) indican que haber sufrido acoso y un menor grado de estudios son variables que explican la ausencia de métodos de protección durante la actividad sexual.

Los mitos, actitudes negativas y falsas creencias han demostrado tener un fuerte impacto, más incluso que la propia discapacidad, en la mayor prevalencia de abusos sexuales en esta población. De nuevo, la figura del agresor suele encontrarse dentro del propio entorno (Verdugo et al., 2002). Este riesgo de abuso, al igual que ocurría con la

diversidad funcional sensorial, se ve aumentado considerablemente en mujeres (Gill-Lario et al., 2018; Verdugo et al., 2002).

Diversos autores han señalado algunos motivos de esta mayor vulnerabilidad a sufrir abuso. Destacan según Gutiérrez (2010) y López (2002):

- 1) la dependencia de otros para su bienestar,
- 2) menor capacidad de defensa,
- 3) haber sido educados para confiar en adultos,
- 4) curiosidad ingenua ante el desconocimiento de su sexualidad e
- 5) incapacidad de discernir qué es y no un abuso.

Con respecto a las consecuencias de tal abuso, Verdugo et al. (2002) destacan la ansiedad, culpa, agresividad, problemas de adaptación social y delincuencia, disminución de la autoestima y conductas repetidas de imitación del ataque sexual.

## **Esquizofrenia**

La esquizofrenia ha demostrado tener un impacto sobre la sexualidad de las personas diagnosticadas y, por ende, la de sus parejas. Ante una vida sexual satisfactoria se pueden mejorar algunos de los cuadros característicos de la esquizofrenia, como son los síntomas negativos (Montejo, 2017), mientras que las alteraciones en esta área pueden suponer una disminución de la autoestima y una mayor dificultad en el establecimiento de relaciones interpersonales (Díaz -Morfa, 2006; Posada et al., 2020).

Los problemas en la esfera sexual dentro de esta población son de gran complejidad dado que existe poca evidencia que permita vislumbrar si bajo las disfunciones sexuales se encuentran las características psicológicas del trastorno, los efectos secundarios de

los tratamientos antipsicóticos o incluso otras enfermedades concomitantes como la obesidad o la hipertensión (Díaz-Morfa, 2006).

Como puede observarse en la *Tabla 4* se puede confirmar que las personas con esquizofrenia tienen en general una vida sexual activa y resulta llamativo el gran porcentaje de personas que no tienen pareja. Como se ha ido exponiendo anteriormente, de nuevo esta población ve limitados sus conocimientos con respecto a las ETS, el uso de métodos anticonceptivos no está siempre presente y aparece como variable nueva los efectos secundarios derivados de la medicación (aumento de la prolactina, hipogonadismo y variaciones en los niveles de estradiol y progesterona), que indudablemente repercuten en la respuesta sexual. Los resultados sintetizados se presentan a continuación (véase *Tabla 4*).

*Tabla 4. Principales resultados sobre esquizofrenia y sexualidad.*

<i>Autores</i>	<i>Título</i>	<i>Año</i>	<i>Principales resultados</i>
Ogunsemi, Lawal, Okulate, Alebiosu & Olatawura.	A comparative study of HIV/AIDS: The knowledge, attitudes, and behaviours of schizophrenic and diabetic patients in regard to HIV/AID in Nigeria	2006	El 83.7% de las personas con esquizofrenia son sexualmente activas, la gran mayoría no están casadas y solo la mitad hace uso del preservativo. Casi la totalidad de las personas con esquizofrenia tienen conciencia de la enfermedad, pero presentan mayor porcentaje de creencias y actitudes erróneas sobre la transmisión del VIH/SIDA.
Olfson, Uttaro, Carson & Tafesse.	Male sexual dysfunction and quality of life in schizophrenia	2005	El 45.3% de los hombres (con tratamiento antipsicótico) refieren disfunciones sexuales (satisfacción sexual, frecuencia, erección y eyaculación), muestran menor calidad de vida, tienen más dificultades a la hora de establecer una relación y menor grado de satisfacción cuando esta está presente.
Yee, Ramli & Ismail.	Remitted male schizophrenia patients with sexual dysfunction	2014	Casi el 69% de los hombres con esquizofrenia no tienen pareja. Entre el 78,4% y el 97,1% presenta algún tipo de disfunción sexual. A mayor nivel educacional se registra más disfunción orgásmica y se considera que los síntomas positivos actúan como factor protector ante tal disfunción.
Cavieres.	Hiperprolactinemia y disfunción sexual en el primer episodio tratado con risperidona	2008	El 90% de los pacientes presentan hiperprolactinemia (mayor en mujeres) y el 62,5% refiere tener al menos una alteración en la esfera sexual (principalmente en interés, excitación y orgasmo).

(Continuación Tabla 4)

Bruggen, Amelsoort, Wouters, Dingemans, Haan & Linszen	Sexual dysfunction and hormonal changes in first episode psychosis patients on olanzapine or risperidone	2009	Se constata en la población con esquizofrenia mayor porcentaje de solteros, disfunciones sexuales y menor satisfacción sexual. No hay diferencias en cuanto a frecuencia en actos sexuales. Mayores niveles de prolactina ante el consumo de risperidona y mayores niveles de estradiol con olanzapina.
Posada et al.	Sexual and reproductive health in patients with Schizophrenia and Bipolar Disorder	2020	Solo el 13,4% de personas con esquizofrenia refieren haber tenido relaciones sexuales y casi la totalidad está soltera. Confirman usar siempre métodos anticonceptivos, siendo el principal la ligadura de trompas en mujeres. Pese a que la mayoría no ha recibido información, el 78.8% consideran que están bien informados.
Howes.	Sexual function and gonadal hormones in patients taking antipsychotic treatment for schizophrenia or schizoaffective disorder	2007	68% de mujeres y 52% de hombres de la población estudio presentan disfunciones sexuales, efecto incrementado en población mayor (libido, arousal, erección, eyaculación y orgasmo). Se evidencian mayores niveles de hiperprolactinemia e hipogonadismo y menores niveles de estradiol y progesterona (en mujeres premenopáusicas).

#### 4. DISCUSIÓN

A la vista de los resultados aportados por las distintas fuentes consultadas se puede resaltar la existencia de ciertas variables que influyen en el desarrollo de la sexualidad de las personas con DF: una percepción negativa por parte de la población, creencias erróneas y mitos asociados a la sexualidad, menor acceso a los servicios de información y menos oportunidades de contacto al disponer de contextos relacionales más reducidos. Tristemente esta combinación juega un papel fundamental a la hora de explicar la mayor incidencia de abusos sexuales en estas personas, siendo no poco frecuente la perpetración por parte de su propio entorno.

Del mismo modo, se constatan importantes lagunas en cuanto al conocimiento de su propia sexualidad, lo que repercute directamente en el mayor porcentaje de riesgos asociados a su práctica. Aunque no existe consenso en cuanto al uso de preservativos, la

evidencia apunta a una mayor exposición a la transmisión de ETS y embarazos no deseados.

Finalmente se ha explorado la repercusión de todo lo anterior sobre la propia respuesta sexual, siendo este uno de los aspectos con mayor controversia. La interacción individuo, contexto y tipo de diversidad dificulta encontrar constantes que expliquen de forma satisfactoria la mejor o peor vida sexual de las personas con algún tipo de DF. Determinadas alteraciones a nivel fisiológico sí se relacionan directamente con determinadas disfunciones sexuales (dificultades de erección, eyaculación, orgasmos o lubricación); y a nivel psicológico, sí hay consenso en la relación entre la respuesta sexual y la afectación de la imagen corporal, los niveles de ansiedad y depresión o la disminución de la percepción del atractivo.

Una de las principales limitaciones de este trabajo de revisión es la escasez de estudios disponibles sobre esta temática. Estudios que además tienden a mostrar resultados controvertidos por la gran variedad de instrumentos empleados entre unos estudios y otros. Del mismo modo, las muestras pequeñas de las que se dispone dificultan la capacidad de extrapolación de los resultados obtenidos. Cabe destacar, por otra parte, el menor volumen de investigaciones enfocadas específicamente a mujeres.

Se ha avanzado estos últimos años en la incorporación de la sexualidad como una dimensión más en esta población, pero queda mucho recorrido por delante. Promover la investigación en este sentido no solo permite acercarse más a esta realidad y disponer de las herramientas necesarias de cara a la intervención, supone entender la sexualidad como una puerta hacia la inclusión.

Esto mismo se consigue a través de la educación afectivo-sexual, que en este sentido resulta fundamental. Debe darse a lo largo de todo el desarrollo del individuo, en

concordancia con el continuo desarrollo de la propia sexualidad, además de adaptarse a las necesidades individuales y al grado de discapacidad (Campo, 2003). Couwenhoven (2001) va un paso más allá al entender dicha educación a través de una estructura triangular donde los padres o el entorno cercano, los profesionales y, por último, la personas con DF se vean implicadas de forma conjunta (Couwenhoven, 2001; citado en Campo, 2003; Verdugo et al., 2002).

## **5. CONCLUSIONES**

1. La mayoría de los estudios incluidos en esta revisión pertenecen a una orientación cuantitativa, configurada además por muestras similares en cuanto al número de personas incluidas. Si bien es cierto, difieren algo más con respecto a algunas características sociodemográficas, como son el rango de edad o su etnia.

2. A nuestro juicio, se hace evidente la necesidad de fomentar una educación afectivo-sexual en personas con DF, con el fin último de promover la expresión y desarrollo adecuado de todas las facetas de su sexualidad, prevenir las conductas de riesgo a las que se ven expuestas y mitigar, en la medida de lo posible, las disfunciones sexuales, tanto físicas como psicológicas que puedan ir asociadas a su diversidad.

3. De cara a futuras investigaciones puede ser relevante la inclusión de la Inteligencia Emocional como factor clave para la educación, así como un acercamiento a las personas con DF que se identifican con diversas orientaciones o identidades sexuales, dado que se ven expuestas a una doble discriminación por tal condición.

## REFERENCIAS

- Addalkha, R., Price, J. y Heidari, S. (2017). Disability and sexuality: claiming sexual and reproductive rights. *Reproductive Health Matters*, 25 (50), 4 – 9. Recuperado de: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/09688080.2017.1336375>
- Anderson, P., y Kitchinb, R. (2000). Disability, space and sexuality: access to family planning services1. *Social Science y Medicine*, 51, 1163 - 1173.  
[https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(00\)00019-8](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(00)00019-8)
- Baines, S., Emerson, E., Robertson, J., y Hatton, C. (2018). Sexual activity and sexual health among young adults with and without mild/moderate intellectual disability. *BMC public health*, 18(1), 667. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5572-9>
- Bakır, S., Penbegül, N., Gün, R., Yorgancılar, E., Kınış, V., Özbay, M., et al. (2013). Relationship between hearing loss and sexual dysfunction. *The Journal of Laryngology y Otology*, 127(2), 142-147.  
<https://doi.org/10.1017/S0022215112002952>
- Barbonetti, A., Cavallo, F., Felzani, G., Francavilla, S., y Francavilla, F. (2011). Erectile dysfunction is the main determinant of psychological distress in men with spinal cord injury. *The journal of sexual medicine*, 9(3), 830-836. DOI:10.1111/j.1743-6109.2011.02599.x
- Basson, R. (2002). Women´s sexual desire-disordered or misunderstood? *Journal of Sex and Marital Therapy*, 28 (1), 17 – 28. DOI: 10.1080/00926230252851168
- Bruggen, M., van Amelsvoort, T., Wouters, L., Dingemans, P., de Haan, L., y Linszen, D. (2009). Sexual dysfunction and hormonal changes in first episode psychosis

patients on olanzapine or risperidone. *Psychoneuroendocrinology*, 34(7), 989-995.

<https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2009.01.013>

Caballero-Gascón, L., Gil-Lario, M. D., Morell-Mengual, V., Fernández-García, O., y Gil-Juliá, B. (2017). Actitudes de la población general hacia las relaciones sexuales de las Personas con diversidad funcional: variables moduladoras. *Revista INFAD de Psicología. International Journal of Developmental and Educational Psychology.*, 4(1), 103-110. <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2017.n1.v4.1032>

Cabello, F. (2010). *Manual de sexología y terapia sexual*, España, Madrid: Síntesis.

Campo, M. I. (2003). Aspectos de las relaciones afectivas y sexuales en personas con discapacidad intelectual. *Informació Psicológica*, (83), 15-19. Recuperado de: <http://www.informaciopsicologica.info/OJSmottif/index.php/leonardo/article/view/361>

Campo, M. I. y Sánchez, A. (2003). La mujer con lesión medular: sexualidad y maternidad. *Terapia sexual y de pareja*, 16, 1 – 12. Recuperado de: <http://repositoriocdpd.net:8080/handle/123456789/920>

Carey, M. P. (2007). Tratamiento cognitivo – conductual de las disfunciones sexuales. En Caballo, V. E. (Ed). *Manual para el tratamiento cognitivo – conductual de los trastornos psicológicos. Vol. 1. Trastornos por ansiedad, sexuales, afectivos y psicóticos* (pp. 267 – 298), España, Madrid: Siglo XXI.

Cavieres, A. (2008). Hiperprolactinemia y disfunción sexual en el primer episodio psicótico tratado con risperidona. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 46(2), 107-114. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272008000200004>

- Charlifue, S. W., Gerhart, K. A., Menter, R. R., Whiteneck, G. G., y Manley, M. S. (1992). Sexual issues of women with spinal cord injuries. *Spinal Cord*, 30(3), 192-199. Recuperado de:  
<https://www.nature.com/articles/sc199254.pdf?origin=ppub>
- Colectivo Ioé (2013): “Diversidad funcional en España. Hacia la inclusión en igualdad de las personas con discapacidades”, *Revista Española de Discapacidad*, 1 (1): 33-46. <http://dx.doi.org/10.5569/2340-5104.01.01.02>
- Correa, A. M. P., Carrillo, R. A. A., Vega, D. C. S., Cano, S. G., Arango, L. G. A., Builes, L. F. T., ... y López-Jaramillo, C. (2020). Sexual and reproductive health in patients with Schizophrenia and Bipolar Disorder. *Revista Colombiana de Psiquiatría (English ed.)*, 49(1), 15-22. DOI: 10.1016/j.rcpeng.2018.04.008
- Cwirynkalo, K., Byra, S. y Zyta, A. (2017). Sexuality of adults with intellectual disabilities as described by supports staff workers. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istrazivanja*, 53, 77 – 78. Recuperado de:  
[https://www.researchgate.net/publication/323383793\\_Sexuality\\_of\\_adults\\_with\\_intellectual\\_disabilities\\_as\\_described\\_by\\_support\\_staff\\_workers](https://www.researchgate.net/publication/323383793_Sexuality_of_adults_with_intellectual_disabilities_as_described_by_support_staff_workers)
- Díaz-Morfa, J. (2006). El paciente esquizofrénico y su sexualidad: conductas y trastornos sexuales. *Psiquiatría Biológica*, 13(1), 22-29.  
[https://doi.org/10.1016/S1134-5934\(06\)75334-9](https://doi.org/10.1016/S1134-5934(06)75334-9)
- Em, S., Karakoc, M., Sariyildiz, M. A., Bozkurt, M., Aydin, A., Cevik, R., y Nas, K. (2019). Assessment of sexual function and quality of life in patients with lower limb amputations. *Journal of back and musculoskeletal rehabilitation*, 32(2), 277-285. DOI: 10.3233/BMR-170873

- Ferreiro-Velasco, M. E., Barca-Buyo, A., de la Barrera, S. S., Montoto-Marqués, A., Vázquez, X. M., y Rodríguez-Sotillo, A. (2005). Sexual issues in a sample of women with spinal cord injury. *Spinal Cord*, 43(1), 51-55.  
<https://doi.org/10.1038/sj.sc.3101657>
- Galiano, J. M., y Guzmán, Y. Z. (2014). Educando la sexualidad de las personas sordas. *Opuntia Brava*, 6(2), 1-14.: <https://doi.org/10.35195/ob.v6i2.334>
- García – Viniegras, C. R. y González, B. (2000). La categoría bienestar psicológico. Su relación con otras categorías sociales. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 16 (6), 586 – 592. Recuperado de:  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252000000600010yscript=sci\\_arttextylng=pt#\\*](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252000000600010yscript=sci_arttextylng=pt#*)
- Gil-Llario, M. D., Morell-Mengual, V., Ballester-Arnal, R., y Díaz-Rodríguez, I. (2018). The experience of sexuality in adults with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 62(1), 72-80. <https://doi.org/10.1111/jir.12455>
- Gutiérrez, B. (2010). Habilidades sociosexuales en personas con discapacidad intelectual, España. Ediciones Pirámide.
- Heiman, E., Haynes, S., y McKee, M. (2015). Sexual health behaviors of deaf American Sign Language (ASL) users. *Disability and health journal*, 8(4), 579-585.  
<https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2015.06.005>
- Herrero, R (2002). Un paciente con disfunción sexual. *Medicina Integral*, 39 (2), 56 – 62. Recuperado de: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-integral-63-articulo-un-paciente-con-disfuncion-sexual-13026681>

- Heuttel, K. L., y Rothstein, W. G. (2001). HIV/AIDS knowledge and information sources among deaf and hearing college students. *American Annals of the Deaf*, 280-286. Recuperado de: [www.jstor.org/stable/44393485](http://www.jstor.org/stable/44393485)
- Holzer, L. A., Sevelde, F., Fraberger, G., Bluder, O., Kickinger, W., y Holzer, G. (2014). Body image and self-esteem in lower-limb amputees. *PloS one*, 9(3), 1 – 8. DOI: 10.1371/journal.pone.0092943
- Howes, O. D., Wheeler, M. J., Pilowsky, L. S., Landau, S., Murray, R. M., y Smith, S. (2007). Sexual function and gonadal hormones in patients taking antipsychotic treatment for schizophrenia or schizoaffective disorder. *The Journal of clinical psychiatry*, 68(3), 361–367. <https://doi.org/10.4088/jcp.v68n0302>
- Job, J. (2004). Factors involved in the ineffective dissemination of sexuality information to individuals who are deaf or hard of hearing. *American Annals of the Deaf*, 149(3), 264-273. Recuperado de: [www.jstor.org/stable/26234671](http://www.jstor.org/stable/26234671)
- Kef, S., y Bos, H. (2006). Is love blind? Sexual behavior and psychological adjustment of adolescents with blindness. *Sexuality and Disability*, 24(2), 89-100. <https://doi.org/10.1007/s11195-006-9007-7>
- López, F. (2002). *Sexo y afecto en personas con discapacidad*, España, Madrid: Biblioteca Nueva.
- Manucharian, S. R. (2013). Changes in sexual functioning in persons with limb amputation. *JPO: Journal of Prosthetics and Orthotics*, 25(4), 177-183. DOI: 10.1097/JPO.0000000000000001

McCabe, M. P. (1999). Sexual knowledge, experience and feelings among people with disability. *Sexuality and Disability*, 17(2), 157-170.

<https://doi.org/10.1023/A:1021476418440>

McCabe, M. P. y Taleporos, G. (2003). Sexual esteem, sexual satisfaction and sexual Behaviour among people with physical disability. *Archives of Sexual Behaviour*, 32 (4), 359 – 369. <https://doi.org/10.1023/A:1024047100251>

Morell – Mengual, V., Gil – Llario, M. D., Díaz – Rodríguez, I., y Caballero – Gascón, L. (2017). Actitudes de padres, profesionales y población general hacia la sexualidad de las personas con discapacidad física e intelectual. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 4 (1), 176 – 183.

<https://doi.org/10.17060/ijodaep.2017.n1.v4.1040>

Naciones Unidas (1971). Declaración de los Derechos del Retrasado Mental.

Resolución 2856 (XXVI). Recuperado de:

<http://www.ordenjuridico.gob.mx/TraInt/Derechos%20Humanos/INST%2008.pdf>

[f](#)

Ogunsemi, O. O., Lawal, R. A., Okulate, G. T., Alebiosu, C. O., y Olatawura, M. O.

(2006). A comparative study of HIV/AIDS: the knowledge, attitudes, and risk behaviors of schizophrenic and diabetic patients in regard to HIV/AIDS in Nigeria. *Journal of the International AIDS Society*, 8(4), 42.

<https://doi.org/10.1186/1758-2652-8-4-42>

Olavarrieta, S., Darín, L. A. D., Suárez, P., Tur, N., Besteiro, B. y Gómez – Jarabo, G.

(2013). Actitudes hacia la sexualidad, esterilización, maternidad/paternidad y habilidades de crianza de personas con discapacidad intelectual: un estudio

preliminar. *Revista Española de Discapacidad Intelectual*, 44 (248), 65 – 96.

Recuperado de: [https://sid.usal.es/idocs/F8/ART20314/Actitudes\\_248.pdf](https://sid.usal.es/idocs/F8/ART20314/Actitudes_248.pdf)

Oliveira, G. O. B., Cavalcante, L. D. W., Pagliuca, L. M. F., Almeida, P. C. D., y Rebouças, C. B. D. A. (2016). Prevención de enfermedades de transmisión sexual entre personas con deficiencia visual: validación de texto educativo. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 24. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.0906.2775>

Olfson, M., Uttaro, T., Carson, W. H., y Tafesse, E. (2005). Male sexual dysfunction and quality of life in schizophrenia. *The Journal of clinical psychiatry*. <https://doi.org/10.4088/JCP.v66n0309>

Organización Mundial de la Salud/WHO (2018). La salud sexual y su relación la con salud reproductiva: un enfoque operativo. Recuperado de: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274656/9789243512884-spa.pdf>

Organización Mundial de la Salud/WHO (2011). Informe mundial sobre la discapacidad. Recuperado de: [https://www.who.int/disabilities/world\\_report/2011/es/](https://www.who.int/disabilities/world_report/2011/es/)

Owiredu, W., Owusu, A., Amidu, N., Quaye, L., Gyasi – Sarpong, C., Dapare, P. y Alidu, H. (2015). Sexual dysfunction and sexual quality of life among the physically challenged in the Kumasi metrópolis, Ghana. *Health and Quality Life Outcomes*, 13 (3). DOI 10.1186/s12955-015-0206-8

Ozler, G. S., y Ozler, S. (2013). Quality of social and sexual life in males with hearing loss. *The Journal of International Advanced Otology*, 9(2), 211 – 2018.  
Recuperado de:

<https://www.advancedotology.org/content/files/sayilar/70/buyuk/IAOOct2013p211-218.pdf>

Papkour, A. H., Rahnama, P., Saberi, H., Saffari, M., Rahimi-movaghar, V., Burri, A. y Hajiaghababaei, M. (2016). The relationship between anxiety, depression and religious coping strategies and erectile dysfunction in Iranian patients with spinal cord injury. *Spinal Cord*, 54, 1053 – 1057. DOI: 10.1038/sc.2016.7

Pinquart, M., y Pfeiffer, J. P. (2012). What is essential is invisible to the eye: Intimate relationships of adolescents with visual impairment. *Sexuality and Disability*, 30(2), 139-147. <https://doi.org/10.1007/s11195-011-9248-y>

Reitz, A., Tobe, V., Knapp, P.A. y Schurch, B. (2004). Impact of spinal cord injury on sexual health and quality of life. *International Journal of Impotence Research*, 16, 167 – 174. DOI: 10.1038/sj.ijir.3901193

Retznik, L., Wienholz, S., Seidel, A., Pantenburg, B., Conrad, I., Michel, M., y Riedel-Heller, S. G. (2017). Relationship status: single? Young adults with visual, hearing, or physical disability and their experiences with partnership and sexuality. *Sexuality and disability*, 35(4), 415-432.  
<https://doi.org/10.1007/s11195-017-9497-5>

Robles, S. S. y Guevara, C. Y. (2017). Comportamientos de riesgo y abuso sexual en varones y mujeres con discapacidad visual o auditiva. *Revista Española de Discapacidad*, 5 (1), 133 – 151. <https://doi.org/10.5569/2340-5104.05.01.08>

Romañach, J. y Lobato, M. (2009). Diversidad Funcional: nuevo término para la lucha por la dignidad en la diversidad del ser humano. *Foro de Vida Independiente y Divertad*. Recuperado de: <http://forovidaindependiente.org/diversidad-funcional-nuevo-termino-para-la-lucha-por-la-dignidad-en-la-diversidad-del-ser-humano/>

- Rodríguez, R., Jiménez, R. M., Cordero, R., Brunet, D., y Macías, Y. (2014). Conducta sexual en hombres con lesión medular traumática. *Gaceta Médica Espirituana*, 16(1), 12-19. Recuperado de:  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1608-89212014000100003&lng=es&esytlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212014000100003&lng=es&esytlng=es).
- Salehi, M., Kharaz, H., Shabani, M. y Ziaie, T. (2015). The Relationship Between Self – Esteem and Sexual Self – Concept in People with Physical – Motor Disabilities. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 17 (1). DOI: 10.5812/ircmj.25359
- Sangowawa, A. O., Owoaje, E. T., Faseru, B., Ebong, I. P., y Adekunle, B. J. (2009). Sexual practices of deaf and hearing secondary school students in Ibadan, Nigeria. *Annals of Ibadan postgraduate medicine*, 7(1), 26-30. DOI: 10.4314/aipm.v7i1.64060
- Smith, A., Molton, I. R., McMullen, K. y Jensen, M. (2015). Sexual Function, Satisfaction, and Use of Aids for Sexual Activity in Middle – Aged Adults with Long – Term Physical Disability. *Top Spinal Cord Injured Rehabilitation/Summer*, 21 (3), 227 – 232. DOI: 10.1310/sci2103-227
- Sipski, M., Alexander, C. J., y Gomez-Marin, O. (2006). Effects of level and degree of spinal cord injury on male orgasm. *Spinal Cord*, 44(12), 798-804.  
<https://doi.org/10.1038/sj.sc.3101954>
- Stutts, L. A., Bills, S. E., Erwin, S. R., y Good, J. J. (2015). Coping and posttraumatic growth in women with limb amputations. *Psychology, health y medicine*, 20(6), 742-752. <https://doi.org/10.1080/13548506.2015.1009379>
- Taleporos, G. y McCabe, M. (2001). Physical Disability and Sexual Esteem. *Sexuality and Disability*, 19 (2), 131 – 148. <https://doi.org/10.1023/A:1010677823338>

- Taleporos, G. y McCabe, M. (2002). Body image and physical disability – personal perspectives. *Social Science y Medicine*, 54 (6), pp. 971 – 980. Recuperado de: <https://www.sciencedirect-com.accedys2.bbtk.uull.es/science/article/pii/S0277953601000697>
- Taleporos, G. y McCabe, M. (2005). The relationship between the severity and duration of physical disability and body esteem. *Psychology y Health*, 20 (5), 637 – 650. DOI: 10.1080/0887044042000334733
- Torices, I., (2006). *La sexualidad y la discapacidad física*. España: México D.F.
- Verdugo, M. A., Alcedo, M. A., Bermejo, B., y Aguado, A. (2002). El abuso sexual en personas con discapacidad intelectual. *Psicothema*, 14(1), 124-129. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4687198>
- Verschuren, J. E. A, Geertzen, J. H., Enzlin, P., Dijkstra, P. U. y Dekker, R. (2015): Sexual functioning and sexual well-being in people with a limb amputation: a cross-sectional study in the Netherlands, *Disability and Rehabilitation*, 38(4), 368 – 373. <https://doi.org/10.3109/09638288.2015.1044029>
- Wild, T. A., Kelly, S. M., Blackburn, M. V., y Ryan, C. L. (2014). Adults with Visual Impairments Report on their Sex Education Experiences. *Journal of Blindness Innovation y Research*, 4(2), 1. <https://doi-org.accedys2.bbtk.uull.es/10.5241/4-42>
- Woods, L., Hevey, D., Ryall, N. y O’Keeffe, F. (2018). Sex after amputation: the relationships between sexual functioning, body image, mood and Anxiety in persons with a lower limb amputation, *Disability and Rehabilitation*, 40 (14), 1663-1670, DOI: 10.1080/09638288.2017.1306585

Yee, O. K., Ramli, E. R. M., y Ismail, H. C. (2014). Remitted male schizophrenia patients with sexual dysfunction. *The journal of sexual medicine*, 11(4), 956-965. <https://doi.org/10.1111/jsm.12246>

Zapata, C., y López-Escámez, J. A. (2011). A pilot study of sexual health in patients with Ménière's disease. *Acta Otorrinolaringologica (English Edition)*, 62(2), 119-125. [https://doi.org/10.1016/S2173-5735\(11\)70021-7](https://doi.org/10.1016/S2173-5735(11)70021-7)