



Los temas del curso y sus  
test de concordancia Script  
disponibles en:

[www.sietediasmedicos.com](http://www.sietediasmedicos.com)

## Curso de Salud sexual

**Directores:**

**Myriam Ribes Redondo**

Ginecóloga y sexóloga.  
Hospital Mateu Orfila. Menorca

**Josep Maria Coll Benejam**

Médico de familia.  
Centro de Salud Verge del Toro. Menorca

TEMA 1	Salud sexual
TEMA 2	Educación sexual
TEMA 3	Anticoncepción
TEMA 4	Disfunciones sexuales
TEMA 5	Patología médica y salud sexual
TEMA 6	<b>Atención a la diversidad y minorías</b>

## Atención a la diversidad y minorías

### Diversidad sensorial. Discapacidades. Diversidades culturales

**Antonio Ferrández Infante**

Médico de familia. Miembro del Grupo de Trabajo de Sexología de SEMERGEN. Centro de Salud Alicante. Fuenlabrada (Madrid)

#### Objetivos de aprendizaje

- ▶ **Adquirir habilidades para atender de forma adecuada las necesidades prioritarias de las personas discapacitadas en relación con la salud sexual.**
- ▶ **Aprender a detectar los colectivos con mayor riesgo de violencia de género.**
- ▶ **Conocer algunas peculiaridades de diferentes minorías, con el fin de impartir una educación sexual óptima en la consulta.**
- ▶ **Destruir algunos mitos y falsas creencias acerca de las conductas sexuales de las personas discapacitadas y otras minorías culturales.**
- ▶ **Aportar ideas para tomar medidas específicas que promuevan una vida sexual sana y satisfactoria en las personas discapacitadas y en diferentes colectivos y minorías.**

El médico del siglo XXI debe atender en su consulta a un cada vez más amplio espectro sociocultural de pacientes, entre los que se incluyen colectivos de inmigrantes más diversos que antaño, así como personas discapacitadas con necesidades específicas que aún no están atendidas de forma adecuada, a pesar de los avances en materia de derechos sociales e igualdad.

Para ejercer su labor de manera justa y adaptada a las actuales circunstancias, el profesional sanitario debe actualizar y ampliar sus conocimientos para adecuarlos a la diversidad real

que impera en los pacientes y usuarios de hoy en día, especialmente en lo concerniente a la salud sexual, un aspecto de extraordinaria importancia, muy relacionado con el bienestar y la calidad de vida del individuo, la familia y la comunidad, en el que los facultativos tienen un creciente interés y necesidades formativas que aún no están cubiertas de manera satisfactoria. Este tema está dirigido a cubrir algunas de estas necesidades y a aportar ideas que redunden en una mejora en la atención a la salud sexual de unas minorías cada vez más numerosas y diversas.

## ¿Presenta la persona sorda diferencias significativas en relación con la sexualidad que obliguen a una atención específica en esta área de la salud?

Estos individuos se encuentran aislados en mayor o menor medida, y no solamente del mundo de la información sonora que nos rodea, sino que su aislamiento también es de tipo social y psicológico. Por ello, generalmente reciben una información muy limitada o distorsionada, lo que les hace más vulnerables ante abusos o engaños. Asimismo, sus necesidades de reconocimiento y afecto incrementan el riesgo de convertirse en víctimas de abuso sexual, lo que debe tenerse muy en cuenta desde la atención primaria, sobre todo en la infancia y la adolescencia.

Además, es frecuente que presenten temor hacia todo lo relacionado con la sexualidad, pues ésta suele asociarse con el peligro, debido en parte a que la escasa educación sexual que reciben las personas sordas suele estar cargada de mitos y tabúes, especial-

mente en colectivos de inmigrantes y/o de bajo nivel socioeconómico.

La falta de audición puede llevar consigo una baja autoestima, al igual que otras discapacidades. La no aceptación de la sordera o el sentirse diferente de la mayoría, junto con las pocas posibilidades de comunicarse con los demás de manera asertiva, pueden llevar a estas personas a autodescalificarse y considerar que no tienen los mismos derechos y posibilidades que las demás.

Para lograr un correcto abordaje de la sexualidad del individuo sordo, el médico de familia debe rechazar algunos de los principales mitos al respecto, como que necesitan más cuidados y vigilancia (sobreprotección), que pueden desarrollar su aprendizaje sexual a solas, que sus amistades les pueden enseñar, que les cuesta mucho trabajo

entender las explicaciones o que no les gusta hablar de ello. A la hora de impartirles consejo sexual, es necesario asegurarse de la perfecta comprensión de las explicaciones –ya sea a través de un intérprete o mediante retroalimentación oral o escrita–, exponer de manera clara y concreta las cosas, ayudarles a deshacer mitos y tabúes que puedan limitar su satisfacción y realización, mostrar una predisposición especial a aclarar dudas, y combatir las falsas ideas preconcebidas que pueden mermar su desarrollo psicosexual.

Asimismo, si bien la sordera se considera a veces como una discapacidad leve en comparación con otras, no puede obviarse que la falta de audición hace que la persona sorda necesite igualmente una atención especial, tanto en el aspecto social como en el psicológico.

## ¿Es la violencia de género más prevalente en el colectivo de inmigrantes?

Según la Macroencuesta de Violencia contra la Mujer de 2015, las mujeres que han nacido fuera de España reconocen haber padecido violencia física, sexual o miedo hacia sus parejas o ex parejas en mayor medida (27,7%) que las nacidas en España (14%), cuyas diferencias son estadísticamente significativas.

En el Observatorio Estatal de Violencia contra la Mujer se expone que en 2013, 41 víctimas mortales por violencia de género poseían la nacionalidad española, lo que supone el 75,9% de las víctimas que se contabilizaron, mientras que 13 mujeres tenían nacionalidad extranjera (24,1%).

De los 54 agresores de 2013, 40 eran españoles (74,1%) y 14 tenía nacionalidad extranjera (25,9%). En términos relativos, estas cifras confirman una mayor tasa de violencia de género en el colectivo de inmigrantes.

La mayoría de las víctimas y de los agresores extranjeros eran iberoamericanos (el 47 y el 40,7%, respectivamente). Tanto en el caso de las víctimas como en el de los agresores, los extranjeros son más jóvenes. Hasta los 50 años de edad existe una proporción mayor de extranjeros en ambos grupos, mientras que a partir de esta edad la proporción de españoles es

mayor tanto en las víctimas como en los agresores.

Las tasas de víctimas y agresores de nacionalidad extranjera son superiores a las de nacionalidad española en el periodo comprendido entre 2003 y 2013, aunque en los últimos años las tasas de víctimas y agresores de nacionalidad extranjera se han ido reduciendo.

De estos datos puede deducirse que las mujeres inmigrantes –sobre todo las iberoamericanas– son un colectivo de riesgo de sufrir violencia de género, lo que debe tener en cuenta el médico de familia en su práctica diaria y llevar a cabo las medidas oportunas.

---

## ¿Puede considerar un/una paciente de etnia magrebí irrespetuoso o desagradable el abordaje clínico de la sexualidad?

La religión mayoritaria en el colectivo de inmigrantes magrebíes es el Islam, una tradición sobre la que los médicos suelen tener falsas ideas preconcebidas, en especial en lo referente a la esfera sexual. A diferencia de otras religiones, en la musulmana todos los aspectos de la actividad sexual se encuentran sometidos a unas reglas morales cuya jurisprudencia se basa en el Corán (su libro sagrado), los hadices (dichos y hechos del profeta Muhammad) y las opiniones de los *muy` tahid* (sabios con capacidad pa-

ra interpretar). Dentro de estas creencias hay consenso en cuanto a la recomendación de una vida sexual activa dentro del matrimonio que sea satisfactoria para la mujer y el hombre, por lo que la atención médica es fundamental y necesaria a la hora de resolver cualquier tipo de dificultad o trastorno de índole sexual que pueda menoscabar la satisfacción sexual de los cónyuges. Asimismo, entre los ulemas del Islam hay consenso en que un médico de otro sexo pueda ver la desnudez del enfermo, un concepto

que puede extrapolarse a cualquier finalidad médica, incluido el abordaje de la salud sexual. En este contexto, está claro que el/la médico no debe establecer diferencia alguna frente a los no inmigrantes a la hora de abordar la salud sexual de las mujeres y hombres magrebíes que acudan a su consulta, ni dejarse afectar por actitudes machistas o excluyentes, que en realidad no tienen nada que ver con supuestas normas religiosas y que no son aceptables en nuestra sociedad.

---

## ¿Debe abordarse de forma especial o diferente la vida sexual de los inmigrantes de origen iberoamericano en las consultas de atención primaria?

Los distintos colectivos que forman la población inmigrante en España presentan características específicas que merece la pena conocer para ofrecer una correcta atención sexual. No obstante, a pesar de existir diferencias culturales en relación con los no inmigran-

tes, en líneas generales la salud sexual de los/as inmigrantes de origen iberoamericano debe ser abordada de forma idéntica, sin prejuicios e ideas preconcebidas que poco tienen que ver con la realidad y que pueden conducir a la discriminación.

Sin embargo, el facultativo de atención primaria sí debe tener en cuenta el mayor riesgo de violencia de género que afecta a este colectivo, y tomar todas las precauciones y medidas necesarias al respecto.

---

## ¿Qué tipo de actividades comunitarias pueden realizarse desde la atención primaria para mejorar la atención en sexualidad de los diferentes colectivos de inmigrantes?

Desde la atención primaria se puede facilitar a las mujeres y los hombres inmigrantes conocimientos, actitudes y destrezas para el cuidado integral de su sexualidad, promoviendo asimismo el acceso y la utilización de los servicios sanitarios y de salud sexual.

Entre las diferentes actividades que ya se han realizado, destaca la edición y la distribución de una serie de materiales sobre sexualidad: una guía de sexualidad para inmigrantes, una guía para profesionales con claves para atender a la sexualidad de las personas inmigrantes, folle-

tos de educación sexual en varios idiomas (español, árabe, francés, inglés, rumano, chino, ruso, etc.) y carteles que fomentan el cuidado de la salud sexual.

Asimismo, se han realizado con bastante éxito diversos talleres de sexuali-

dad para inmigrantes en toda España. Muchos de estos talleres han consistido en el debate sobre un tema (anti-concepción, maternidad o paternidad, placer erótico, orientación sexual, educación sexual de las hijas y los hi-

jos, sexualidad femenina y masculina, anatomía reproductiva y erógena, prevención, roles de género, etc.), con la moderación de un experto y la intervención de los asistentes. Al hilo del desarrollo de los diferentes diálogos, el

experto iba ofreciendo información sexual, trabajando actitudes, aportando conocimientos y facilitando el acercamiento a los recursos existentes. En estos talleres se han generado reflexiones conjuntas de gran interés.

## ¿Debe limitarse el abordaje de la sexualidad de las minorías a la prevención de infecciones de transmisión sexual y embarazos no deseados?

El objetivo de la educación sexual no consiste simplemente en prevenir los embarazos no deseados o las infecciones de transmisión sexual (ITS). La educación sexual también pretende conseguir que cada persona se sienta

digna de amor, sea capaz de establecer relaciones amorosas de buen trato, relacionarse de una manera equilibrada, reconocer sus derechos sobre el erotismo, tomar decisiones de manera libre a favor de su bienestar, saber pe-

dir, decir no cuando así lo desee, atender a sus necesidades, disfrutar de las relaciones eróticas que decida tener, saber que existen relaciones eróticas de muy diverso tipo (no sólo el coito), cuidarse, y un largo etc.

## ¿Suelen estar los inmigrantes bien informados y preparados para llevar una vida sexual sana y equilibrada?

La respuesta es un no rotundo. En general, en los diferentes colectivos de inmigrantes la información sexual sigue siendo escasa, se mantienen muchos mitos y tabús sobre la sexualidad, la prevención suele brillar por su ausencia, a menudo se piensa que las ITS no existen o sólo afectan a ciertos grupos, el preservativo sigue siendo rechazado (principalmente por los hombres), la

idea de encuentro erótico sigue demasiado centrada en el coito, y el respeto

a la igualdad de género todavía no se ha convertido en realidad (tabla 1).

**Tabla 1. Procesos de reducción de la sexualidad del modelo de sexo centrado en el coito**

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

## ¿Son asexuales las personas discapacitadas intelectualmente?

A pesar de la opinión equivocada de algunos, actualmente no hay dudas de que son personas sexuadas con un cuerpo con capacidad para sentir y excitarse, y como tales, tienen intere-

ses, apetencias y deseos, que se expresan en manifestaciones sexuales, y también de contacto corporal e intimidad sexual. Asimismo, tienen necesidad de vínculos afectivos incondicio-

nales y de contar con una red de contactos sociales. Poseen la capacidad de enamorarse, de sentirse atraídas y de resultar atractivas a otras personas.

## En lo relacionado con la salud sexual, ¿hay que atender de forma diferente a las personas discapacitadas intelectualmente?

Estos individuos suelen ser muy explícitos en la expresión de sus necesidades afectivas y sexuales, y los progenitores, cuidadores/as y educadores/as deben enfrentarse a numerosas conductas sexuales, incluso cuando las rechazan. Además, son personas con menos conciencia de riesgos y más di-

ficultades para llevar a cabo prácticas sexuales seguras, que las protejan de las ITS y de embarazos no deseados.

Sin una apropiada educación e información específica y entendible, se merman sus posibilidades de normalización e integración social y aumentan los riesgos

asociados a la actividad sexual, incluidos el abuso y la violencia. Por ello, es preciso dialogar con ellos/as sobre la sexualidad con sensibilidad, un lenguaje accesible y prudencia, dentro de un marco basado en los derechos del paciente, en el que se acepten los encuentros sexuales consentidos (tabla 2).

**Tabla 2. Adulto con discapacidad intelectual (DI). Resumen de la evidencia y recomendaciones clínicas**

Problema	Resumen	Recomendaciones
Barreras en la atención	La mayoría de los adultos con DI acuden a las consultas de atención primaria, cuyos profesionales están poco formados para abordar su salud sexual, de difícil manejo	Los profesionales de atención primaria deben buscar oportunidades para abordar la salud sexual de los adultos con DI, debido a su importancia
Educación sexual	Actualmente no existen evidencias sobre cuál es la educación sexual más eficaz para estas personas que, al carecer de una información apropiada, están expuestas a mayores riesgos	Dialogar sobre la sexualidad con sensibilidad, un lenguaje accesible y prudencia, dentro de un marco basado en los derechos del paciente, que acepte la expresión sexual consentida
Abuso sexual y sexualidad consentida	Los adultos con DI presentan un mayor riesgo de abuso sexual que la población general; sin embargo, muchos de ellos son capaces de consentir la actividad sexual, y tienen derecho a ello	Estar alerta ante la posibilidad de abuso sexual, examinar a todos los pacientes, y obligatoriamente informar siempre que se sospeche conforme a protocolos de la zona de salud. Evitar suponer que toda actividad sexual es abusiva, y determinar si la actividad sexual fue de mutuo acuerdo
Anticoncepción	Las mujeres con DI sufren trastornos menstruales con una prevalencia similar a la de otras mujeres; la anticoncepción se puede utilizar para tratar los trastornos menstruales. Las mujeres con DI tienen un menor acceso a los métodos anticonceptivos	Identificar las necesidades anticonceptivas en todas las mujeres con DI mediante una atención individualizada que les ayude a superar los obstáculos que impiden una anticoncepción adecuada. Considerar la esterilización sólo como último recurso, cuando todas las demás opciones se han agotado

## En la atención a la sexualidad de lesionados medulares, ¿debe el médico preguntar si la discapacidad se produjo antes o después de la actual relación de pareja?

El facultativo debería informarse al respecto, pues en estos casos es importante diferenciar entre parejas anteriores y posteriores a la aparición de la discapacidad, ya que, si bien en el segundo caso no suele existir ningún problema y la sexualidad generalmente se manifiesta por los cauces habituales, al haber sido una re-

lación voluntaria, en el primer caso la respuesta de la pareja depende básicamente de la propia reacción del afectado. Es habitual que quien sufre la limitación manifieste temor a la reacción de la pareja, a su posible falta de resistencia y a la complejidad de su desenvolvimiento sexual, y desarrolle un intenso temor a no sentirse de-

seado, todo lo cual facilita la aparición de los habituales trastornos psicológicos que suelen acompañar a las discapacidades físicas: estados depresivos, disminución de la autoestima, crisis de ansiedad generalizada, sensación de culpabilidad, adopción de conductas dependientes e incluso celotipias.



## ¿De dónde proceden las mujeres inmigrantes con un mayor riesgo de haber sufrido mutilación genital femenina?

Este procedimiento se practica en la mayoría de los casos en la infancia, en algún momento entre la lactancia y los 15 años de edad, y ocasionalmente en la edad adulta. En África, cada año unos 3 millones de niñas corren el ries-

go de sufrirlo. Asimismo, más de 125 millones de mujeres y niñas vivas actualmente han sido objeto de mutilación en los 29 países de África y Oriente Medio, que es donde se concentra esta práctica.

Estas prácticas son más frecuentes en las regiones occidental, oriental y nororiental de África, en algunos países de Asia y del Oriente Medio, y entre inmigrantes de esas áreas.

## ¿Tiene importancia clínica para el médico de atención primaria saber que una paciente presenta mutilación genital?

Al implicar la resección y el daño del tejido genital normal y sano, e interferir con la función natural del organismo femenino, la mutilación genital es capaz de perjudicar de formas muy variadas a la salud de las mujeres y niñas.

Entre sus complicaciones inmediatas se encuentran las siguientes: dolor intenso, *shock*, hemorragia, tétanos, sepsis, retención de orina, llagas abiertas en la región genital y lesiones de los te-

jididos genitales vecinos. A largo plazo, la mutilación genital puede ocasionar infecciones vesicales y urinarias recurrentes, quistes, esterilidad, aumento del riesgo de complicaciones del parto, muerte del recién nacido y necesidad de nuevas intervenciones quirúrgicas (p. ej., cuando el procedimiento de sellado o estrechamiento de la abertura vaginal se debe corregir mediante cirugía para permitir las relaciones sexuales y el parto); a veces, el orificio vagi-

nal se vuelve a cerrar nuevamente, incluso después del parto, con lo que la mujer se ve sometida a aperturas y cierres sucesivos, y aumentan los riesgos inmediatos y a largo plazo.

Por todo ello, el médico de familia debe prestar una especial atención a sus pacientes mutiladas genitalmente, y tener en cuenta esta condición en sus protocolos preventivos, diagnósticos y terapéuticos.

## ¿Tienen las personas discapacitadas las mismas posibilidades de cubrir sus necesidades afectivo-sexuales?

En general, los individuos que padecen cualquier clase de discapacidad no pueden cubrir adecuadamente estas necesidades por diversas causas: dificultades para acceder a contextos de interacción social donde surgen de modo natural las relaciones afectivo-sexuales, actitudes de sobreprotección,

ausencia de espacios y tiempos privados, falta de educación sexual y de modelos de observación, disponer de menos información y formación que las personas sin discapacidad, problemas relacionados con las habilidades interpersonales y sociales derivados de su discapacidad, y características de la

personalidad relacionadas con la baja autoestima, la dependencia de otras personas y/o los problemas de conducta. Asimismo, se ha constatado una mayor vulnerabilidad a los abusos, al acoso y a la violación, especialmente en el caso de mujeres y niñas con discapacidad.

## ¿Conlleva la condición de discapacidad las mismas consecuencias en hombres y en mujeres?

Las personas con discapacidad a menudo sufren soledad emocional y baja autoestima, soledad social y falta de oportunidades de relación, soledad sensorial por falta de vínculos de pareja y placer sexual, y una sexualidad no satisfactoria o inadecuada.

Los varones con discapacidad, debido a la fuerte influencia del modelo médico, suelen encaminar sus esfuerzos a tratar de «superarla» mediante la mayor estandarización posible, incluso en el ámbito de las relaciones sexuales. Por ello, es frecuente que algunos hombres con discapacidad vean mermada su autoestima sexual, al no cumplir con las exigencias de ejecución genital y física, tanto en las relaciones sexuales como en otras manifestaciones y conductas sexuales.

Además, como consecuencia de la fuerte escisión entre sexo y afectos, en la población masculina se encuentra aún arraigada una marcada genitalidad y la implícita prohibición de hablar abiertamente sobre la propia sexualidad, en especial con los iguales. Muchos varones con discapacidad han asumido estos hábitos, con las dificultades añadidas de no contar con modelos de referencia sexualmente positivos y reconocidos, y los mitos relacionados con su supuesta «hipersexualidad» e incompetencia sexual.

Poseer un cuerpo aparentemente incapaz de desarrollar un coito satisfactorio alimenta estos prejuicios y dificultades que pueden obstaculizar, a través de un círculo vicioso, la generación de estrategias y respuestas efectivas. De ahí la importancia de establecer grupos de apoyo mutuo y otras medidas encaminadas a desbloquear y empoderar de forma apropiada la salud sexual del hombre con discapacidad.

Aunque ya desde algunos ámbitos se practican enfoques más globales de la

sexualidad de los hombres con discapacidad, es aún generalizado el esfuerzo por intervenir específicamente en el pene como elemento o eje principal de la sexualidad masculina. Un buen ejemplo de ello son los avances conseguidos para paliar los efectos de la lesión medular sobre la excitación y el placer de los hombres. El miembro viril continúa teniendo un peso radical en la conformación de la identidad masculina y, por tanto, impone fuertes restricciones a la sexualidad de muchos hombres con discapacidad que encuentran dificultades para conectar con otras sensaciones y experiencias que el cuerpo, como un todo integrado, puede proporcionarles.

Las mujeres discapacitadas, al poseer cuerpos diversos, diferentes al canon establecido, padecen la tendencia a ser consideradas como asexuales, de tal forma que incluso ellas mismas llegan a ignorar, cuando no a reprimir, su propio apetito sexual. Por lo general, transitan en una especie de eterna infancia que dificulta su acceso a una educación sexual democrática y con perspectiva de género, así como el desarrollo de las habilidades, la autonomía y la autoestima necesarias para vivir su sexualidad con plenitud.

Asimismo, las dificultades de accesibilidad y la falta de adaptación de muchos espacios, bienes y servicios diseñados para la reproducción y la crianza (útiles de cuidado, higiene, alimentación, transporte infantil, etc.) las sitúa en una posición de desigualdad e inferioridad en relación con su capacidad procreadora y de maternidad.

Otra forma de control sobre sus cuerpos y de negación o represión de su sexualidad es la que se da en la unidad familiar, donde es frecuente observar dosis altas de sobreprotección que limitan el pleno desarrollo de las habilidades sociales necesarias para iniciar y potenciar acercamientos eróticos, dificultan el acceso a una educación sexual adecuada e impiden los espacios y tiempos para la intimidad y las relaciones afectivas y sexuales.

Por todo ello, la información en materia de salud sexual es deficitaria aún en esta población, excepto entre las mujeres con niveles educativos medio-altos y de ámbito urbano, en las que parece que los mitos y la desinformación en este terreno no son diferentes con respecto a los de mujeres sin discapacidad (figura 1).

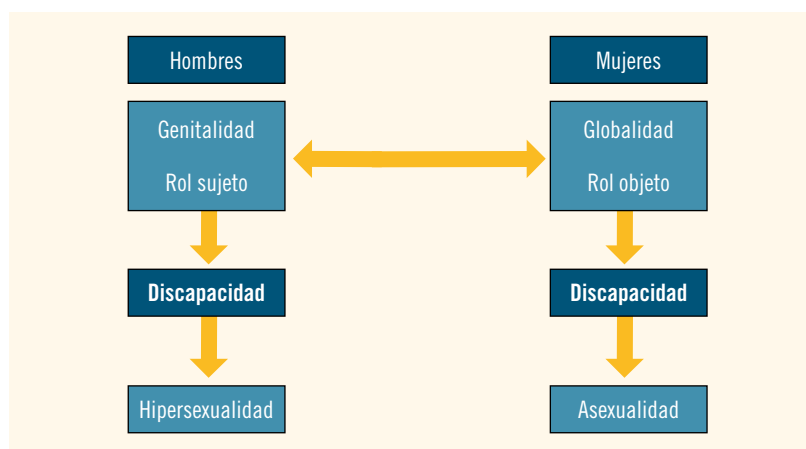


Figura 1. Estereotipos sexuales de las personas discapacitadas desde una perspectiva de género

## ¿Qué objetivos deben establecerse al abordar la sexualidad de las personas discapacitadas?

Con el fin de paliar las dificultades y prevenir las consecuencias de la discapacidad, en la educación sexual de estas personas deben establecerse determinados objetivos, como fomentar la autoestima y la formación en salud sexual para que sepan enfrentar sus relaciones interpersonales, teniendo en cuenta su autonomía personal, mejorar

su protección y seguridad y la de sus cuidadores para la prevención de los riesgos más comunes, propiciar el disfrute de una sexualidad satisfactoria y respetuosa con el entorno, y proteger su privacidad, libertad e intimidad.

En personas con mayores necesidades de apoyo, los objetivos deben

adaptarse, para centrarse en aspectos como conocer y comprender mejor su sexualidad, descubrir y gestionar los deseos afectivos/sexuales, y adquirir habilidades y comportamientos orientados a generar satisfacción y expresar los sentimientos de manera adecuada.

## ¿Qué peculiaridades tiene el desarrollo psicosexual en los discapacitados visuales y qué objetivos deben establecerse en esta minoría?

Las personas ciegas tienen las mismas posibilidades sexuales que los videntes. No obstante, existen ciertas dificultades en el proceso de aprendizaje sexual, al estar privados de la visión, el principal canal sensorial para percibir la diferenciación sexual y las conductas sociosexuales adecuadas.

En la crucial etapa adolescente, existe cierta tendencia a la pasividad y a esperar las propuestas de los otros por temor a ser rechazados. Además, al

ser víctimas de determinadas actitudes (protectoras, compasivas, de rechazo, de curiosidad por parte de los demás, etc.), tienden a la irritabilidad e incluso a las conductas agresivas debido a su necesidad de ser aceptados y a un bajo nivel de autoestima.

Asimismo, en los comportamientos sociosexuales –en que por lo general lo primero que surge es la atracción física y después el acercamiento y la palabra–, en las personas ciegas suele

darse primero un acercamiento (la palabra) y después el enamoramiento.

Por todo ello, los objetivos que deben priorizarse al abordar la sexualidad de los invidentes son: transmitir correctamente la información necesaria sobre comunicación sexual, sensibilizar a la persona ciega y a su entorno sobre la importancia de la educación sexual y afectiva, prevenir las ITS y los embarazos no deseados, y detectar activamente las disfunciones sexuales. ■

### Bibliografía

- Cabello Santamaría F. Intervención sobre la sexualidad en las minusvalías físicas [internet]. Oviedo: Minusval2000.com, 2016 [actualizado el 1 de enero de 2016; consultado el 10 de enero de 2016]. Disponible en: [http://www.minusval2000.com/relaciones/ArchivosRelaciones/intervencion\\_sexualidad\\_minusvalias.html](http://www.minusval2000.com/relaciones/ArchivosRelaciones/intervencion_sexualidad_minusvalias.html)
- Calvo Novell C. Yo soy niña. Proyecto para una educación sexual en una escuela integradora. Madrid: ONCE, 1998.
- Cobo Molina C, et al. Protocolo sobre relaciones interpersonales y sexualidad en personas con discapacidad física usuarias de centros residenciales. Dirección General de Personas con Discapacidad. Junta de Andalucía. Consejería para la Igualdad y Bienestar social [internet]. Sevilla: Juntadeandalucia.es, 2012 [actualizado el 1 de abril de 2012; consultado el 16 de enero de 2016]. Disponible en: [http://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/Personas\\_Discapacidad\\_Protocolo\\_sobre\\_relaciones\\_interpersonales\\_y\\_sexualidad.pdf](http://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/Personas_Discapacidad_Protocolo_sobre_relaciones_interpersonales_y_sexualidad.pdf)
- Delegación del Gobierno para la Violencia de Género. Macroencuesta de violencia contra la mujer 2015. Avance de los resultados. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Centro de Publicaciones, 2015.
- Delegación del Gobierno para la Violencia de Género. VII Informe del Observatorio Estatal de Violencia contra la Mujer 2013. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Centro de Publicaciones, 2015.
- Greenwood NW, Wilkinson J. Sexual and reproductive health care for women with intellectual disabilities: a primary care perspective. *Int J Fam Med*. 2013. DOI: 10.1155/2013/642472.
- López F, Olazábal JC. La sexualidad en la vejez. Madrid: Pirámide, 2005.
- López Sánchez F. Educación sexual y discapacidad. III Congreso «La Atención a la Diversidad en el Sistema Educativo». Universidad de Salamanca. Instituto Universitario de Integración en la Comunidad (INICO) [internet]. Lima (Perú): Codajic.org, 2012 [actualizado el 1 de mayo de 2001; consultado el 16 de febrero de 2016]. Disponible en: <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Sexualidad%20y%20discapacidad.pdf>
- Mutilación genital femenina. Nota descriptiva N.º 241 [internet]. Ginebra: Who.int., 2014 [actualizado el 1 de febrero de 2014; consultado el 10 de enero de 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs241/es/>
- Ramírez Crespo MV. Programa de atención en sexualidad a la población inmigrante. Unión de Asociaciones Familiares (UNAF). Anuario de Sexología AEPS. 2009; 11.
- Secretaría Técnica de Educación en Sexualidad y Afectividad. Educación sexual de niños, niñas y jóvenes con discapacidad intelectual. Santiago de Chile: Ministerio de Educación, 2007.
- Téllez Trejo M. La construcción de la sexualidad en adolescentes sordos y sordas. *Archivos Hispanoamericanos de Sexología*. 2005; 11(2).





### Consejos para la entrevista clínica sexual con pacientes discapacitados

- Evaluar el nivel de interés sexual y las necesidades específicas de cada paciente.
- Proponer una conducta sexual adecuada, desde el derecho de la persona a tener una vida sexual según sus necesidades y capacidades.
- Proporcionarles conocimientos sobre la función de la sexualidad: comunicación-relación, placer y reproducción.
- Fomentar la aceptación de su discapacidad, el fortalecimiento de su autoestima y el respeto a la diversidad.

#### Preguntas clave

En la realización de la historia sexual en un paciente con discapacidad se recomienda el empleo de técnicas de entrevista que favorezcan la empatía y fomenten su confianza en el profesional que le atiende, pero sin insistir demasiado, ya que el resultado puede ser contrario al que se pretende. Al comenzar el abordaje de estos casos conviene extremar la asertividad con frases similares a la siguiente:

«Hablar de estos temas puede resultar incómodo y lo entiendo, pero considere que si tiene cualquier duda o problema, podría ser provechoso para usted explicarlo, pues es probable que podamos ayudarlo al respecto. Si quiere, lo comentamos ahora y, si no, podemos programar una cita para hablarlo otro día, ¿qué le parece?».

Una vez que el paciente acepte abordar su salud sexual, las preguntas clave serían las mismas que las de una historia sexual convencional, pero deben adaptarse a la condición y la capacidad intelectual del paciente:

«¿Qué le ocurre? ¿Desde cuándo? ¿Se manifiesta siempre o en determinadas circunstancias? ¿A qué cree que se debe? ¿Cómo lo vive usted? ¿Cuál es la actitud de su pareja? ¿Ha intentado resolverlo? ¿Cuál fue el resultado (si ha intentado solucionarlo)? ¿Cuáles son sus expectativas? ¿Coinciden con las de su pareja?»

#### Consejos sobre decisiones compartidas

A la hora de asesorar a las personas discapacitadas, nunca debe olvidarse el alto riesgo de abuso sexual, independientemente de su capacidad intelectual. Por ello, hay que clarificar a los pacientes las diferencias entre sexo consentido y abuso sexual, y ofrecer información sobre qué son los abusos sexuales, quiénes pueden cometerlos, qué ocurre tras un abuso sexual, qué hay que hacer en caso de sufrir abusos sexuales, quién nos puede ayudar y cómo prevenir las agresiones sexuales.

Asimismo, con el fin de fomentar la libertad sexual de las personas discapacitadas y facilitar el ejercicio de sus derechos, el profesional sanitario debe proceder del modo siguiente:

- Aportarles información veraz sobre temas de sexualidad fundamentales, como la masturbación, los juegos sexuales o las conductas sexuales, coitales y no coitales.
- Ayudarles a modificar las conductas no adecuadas, en el caso de que las hubiese, ofreciendo alternativas saludables para el desarrollo óptimo de su satisfacción.
- Proporcionar herramientas para poder expresar su vivencia sexual y afectiva, y todas sus dudas relacionadas con la salud sexual en un entorno seguro y privado.
- Asesorar sobre los métodos anticonceptivos disponibles en la zona de salud que mejor se adapten a sus características y necesidades.



## En la consulta



### Frases motivacionales

- *Tienes derecho y capacidad para disfrutar de una sexualidad plena y satisfactoria como cualquier otro ser humano.*
- *Tu cuerpo te permite obtener sensaciones maravillosas si sabes cómo hacerlo.*
- *No te resignes ante los obstáculos. Si tienes cualquier duda o pregunta, sabes que siempre puedes contar con mi ayuda.*
- *Tus dificultades pueden catapultarte hacia el éxito, si no retrocedes ante los obstáculos, tienes paciencia y eres constante.*

---

Con este tema concluye el

## **Curso de Decisiones Clínicas en Salud Sexual.**

Todos los contenidos del curso y las evaluaciones **seguirán activas** en [www.aulamayo.com](http://www.aulamayo.com) **hasta abril de 2017** para que los alumnos puedan obtener su **diploma acreditado**