

ENFOQUES PARA UNA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA SEXUALIDAD DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Dr. José Julián Castillo Cuello

Hospital Clínico Quirúrgico Docente Joaquín Albarrán
jjcast@infomed.sld.cu

LA SEXUALIDAD ES UN PARÁMETRO INDISPENSABLE A TENER EN CUENTA CUANDO SE VALORA LA CALIDAD DE VIDA DE UN SER HUMANO. LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD, POR LAS PROPIAS CONSECUENCIAS DE SU ESTADO FÍSICO Y PSICOLÓGICO, Y POR INNUMERABLES FACTORES CONTEXTUALES NEGATIVOS, COMÚNMENTE PRESENTAN DIFICULTADES PARA VIVENCIAR PLENAMENTE SU SEXUALIDAD. ES IMPRESCINDIBLE, POR TANTO, QUE EN LOS PROGRAMAS DE REHABILITACIÓN SE INSTITUYA APROPIADAMENTE LA ATENCIÓN DE LA SEXUALIDAD DE ESTAS PERSONAS. DICHA ATENCIÓN DEBE INCLUIR, ADEMÁS DEL TRATAMIENTO ESPECÍFICO DE LAS DISFUNCIONES SEXUALES, ACCIONES ENCAMINADAS A CAMBIAR ACTITUDES SOCIALES NEGATIVAS Y MODIFICAR MÚLTIPLES ELEMENTOS CONTEXTUALES QUE IMPIDEN LA PARTICIPACIÓN EXPEDITA DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN SU ENTORNO.

PALABRAS CLAVES: ATENCIÓN INTEGRAL, PERSONAS CON DISCAPACIDAD, SEXUALIDAD, EDUCACIÓN Y ORIENTACIÓN SEXUAL

PERSPECTIVES FOR A COMPREHENSIVE CARE OF THE SEXUALITY IN PERSONS WITH DISABILITIES

SEXUALITY IS AN INDISPENSABLE PARAMETER TO BE CONSIDERED WHEN VALUING THE QUALITY OF LIFE OF A HUMAN BEING. THE PERSONS WITH DISABILITIES COMMONLY PRESENT DIFFICULTIES TO FULLY EXPERIENCE THEIR SEXUALITY, DUE TO THE CONSEQUENCES OF THEIR OWN PHYSICAL AND PSYCHOLOGICAL CONDITION, AND TO COUNTLESS NEGATIVE CONTEXTUAL FACTORS. HENCE, IT IS PARAMOUNT TO ADEQUATELY INSTITUTE, WITHIN THE REHABILITATION PROGRAMS, THE CARE OF THE SEXUALITY OF THESE PERSONS. ASIDE FROM THE SPECIFIC TREATMENT OF SEXUAL DYSFUNCTIONS, SUCH CARE SHOULD INCLUDE ACTIONS GEARED TO CHANGE NEGATIVE SOCIAL ATTITUDES AND TO MODIFY MULTIPLE CONTEXTUAL ELEMENTS WHICH IMPEDE AN EXPEDITE PARTICIPATION OF PERSONS WITH DISABILITIES, WITHIN THEIR ENVIRONMENT.

KEY WORDS: COMPREHENSIVE CARE, PERSONS WITH DISABILITIES, SEXUALITY, EDUCATION AND SEXUAL ORIENTATION

Se estima que diez por ciento de la población mundial (¡más de seiscientos cincuenta millones de personas!) tiene algún tipo de discapacidad, ya sea física, sensorial o mental; de ellos, más de la tercera parte necesitará de medios especiales como sillas de ruedas, bastones, aparatos auditivos y similares para interactuar apropiadamente con el entorno (WHO, en internet; OMS, 2001).

El propio desarrollo científico técnico —incluido el de las ciencias médicas— ha propiciado paradójicamente un aumento sustancial de personas con trastornos importantes de salud (por lo menos en las sociedades «modernas») al elevarse la supervivencia de quienes en momentos anteriores de la historia no lo hubiesen logrado: hoy sobreviven al nacer niños con graves secuelas motoras o mentales, se incrementan y perduran las personas accidentadas con

daños severos corporales o individuos con enfermedades crónicas que hace apenas cincuenta años no tenían una esperanza de vida elevada (diabetes, trastornos cardiovasculares, insuficiencia renal,...).

Las condiciones personales, junto con actitudes inapropiadas de los «normales» en apariencia y un entorno habitualmente inhóspito, propician que las personas con trastornos físicos, sensoriales o mentales (con independencia de la magnitud de la alteración) presenten normalmente algún grado de discapacidad (OMS, 2001).

La discapacidad es aquel estado en que un individuo, con una condición de salud¹ determinada, presenta limitaciones para la ejecución de las actividades personales (aseo, traslado, alimentación...) y restricciones en su participación social (dificultades para trabajar, estudiar, asistir a eventos artísticos,...)

en comparación a como lo haría otro sujeto sin la particularidad de aquel. La discapacidad indica todas las circunstancias *negativas* de la interacción entre un ser humano y su contexto (ibíd.).

Los elementos nocivos individuales y contextuales ocasionan que las personas con discapacidad posean, por lo general, necesidades especiales de atención (incluso la sexual) que desbordan las aplicadas a la población común (OMS, 2001; Castillo Cuello, 2007).

Una persona con discapacidad enfrenta cotidianamente un sinnúmero de dificultades que repercuten negativamente, en mayor o menor cuantía, sobre su sexualidad (Castillo Cuello, 2007; Chipouras *et al.*, 1979; Castillo, Figueredo e Infante, 1999; Castillo y Mena, 1995; Kolodny, Master y Johnson, 1985; Castillo *et al.*, 1997; Posse y Verdeguer, 1993).

Entre los elementos nocivos personales se encuentran:

- a) estado psicológico afectado, consecuencia de cambios corporales o mentales, como pobre autoestima, imagen corporal alterada, ansiedad y depresión;
- b) trastornos orgánicos irreversibles de la respuesta sexual;
- c) secuelas que dificultan las actividades eróticas, la independencia y la participación social:
 - parálisis musculares
 - movimientos involuntarios
 - deformidades y contracturas en los miembros y el tronco (que restringen la movilidad en general y las posiciones del coito en particular)
 - incontinencia de esfínteres
 - trastornos sensitivos
 - disnea, dolor precordial
 - limitaciones para realizar por sí solos las actividades cotidianas de la vida (vestirse, higiene personal, alimentación, traslado...)
 - dificultad para adquirir elementos de normas y conductas sociales (fundamentalmente en el retraso mental)
 - circunstancias propias durante el embarazo que hacen que su desarrollo y su seguimiento sea muy específico
 - pérdida de la visión, la audición y el habla, lo que dificulta la comunicación erótica y la adquisición y el desarrollo de vivencias sexuales;

d) mayor probabilidad para la aparición de complicaciones como úlceras por presión, rigidez articular, sepsis y abortos.

Entre los elementos nocivos contextuales se hallan:

- a) ambiente familiar usualmente sin la mejor preparación para enfrentar la discapacidad, y viviendas impropias para el desenvolvimiento de las personas con discapacidad;
- b) actitudes improcedentes de la población hacia la discapacidad; en relación con la sexualidad de las personas con discapacidad, se han tejido una serie de mitos y estereotipos que repercuten negativamente en su percepción de ser sexuado, entre los que se encuentran:
 - no tienen intereses de índole sexual;
 - casi siempre son dependientes de los demás, por lo que necesitan que los protejan y ayuden constantemente;
 - sólo deberían formar parejas con personas como ellos;
 - si una persona con discapacidad padece de una disfunción sexual, casi siempre se debe a su estado físico o mental;
 - las personas con retraso mental son «hiper-eróticas»;
 - las personas con lesiones medulares son «impotentes»;
 - los individuos con discapacidad tienen mal carácter;
 - abordar el tema sexual les puede originar más preocupaciones y frustraciones;
 - tienen capacidad limitada para criar y educar a sus hijos;
 - un cuerpo deforme no es apto para recibir ni producir placer;
 - al no tener una respuesta sexual completa, no pueden lograr relaciones sexuales satisfactorias;
- c) entorno físico generalmente inaccesible: innumerables barreras arquitectónicas o la ausencia de medios apropiados impiden una participación social expedita a estas personas, hecho que limita sus relaciones interpersonales y las posibilidades de realizar trabajos remunerados en centros laborales comunes;
- d) visión inapropiada de las personas con discapacidad en los medios de comunicación social;





SSSSSS

- e) mayor incidencia de abuso sexual;
- f) casi total ausencia de personal calificado para la atención de la sexualidad de las personas con discapacidad.

Esta carencia ha motivado un pobre abordaje de su sexualidad (por lo menos en Cuba), a pesar de que las personas con discapacidad (especialmente con discapacidad física) comúnmente plantean² que necesitan ser atendidas al respecto (Castillo Cuello, 2007; Castillo, Figueredo e Infante, 1999; Castillo *et al.*, 1997).

Tal situación se deriva, entre otros factores, del hecho de que, en los programas de estudio de la especialidad de Medicina Física y Rehabilitación y de la licenciatura en Terapia Física y Rehabilitación, no se incluye una asignatura que instruya y capacite a sus educandos en la atención de los problemas sexuales de sus pacientes, por lo que, al especializarse, no cuentan con los conocimientos necesarios al respecto.

Además, los profesionales especializados en sexualidad (que son sexólogos pero de otras especialidades), por lo general no están familiarizados con las particularidades de la discapacidad y los problemas físicos y psicológicos que se derivan de esta; por consiguiente, tampoco abordan las situaciones de índole sexual que presentan estos individuos.

Desafortunadamente, las actitudes y concepciones negativas sobre la sexualidad, asociadas con la falta de conocimientos que tienen los profesionales y las dificultades biológicas³ que menoscaban el funcionamiento sexual, han inculcado el criterio de que la atención de la sexualidad no es un hecho primario que debe tenerse en cuenta durante el proceso de rehabilitación; por tanto, muchas veces este aspecto es obviado o relegado a un segundo plano (Castillo Cuello, 2007 y 2008). Resulta fundamental que los profesionales vinculados a la rehabilitación y los sexólogos sean conscientes de la importancia que reviste abordar esta importante esfera de la vida de todos los seres humanos, con el fin de facilitar que las personas con discapacidad alcancen una sexualidad sana y una mejor calidad de vida.

Si se tiene en cuenta que la sexualidad genera una percepción muy personal de todos

los procesos que la conforman, cada persona podrá tener una completa experiencia gratificadora y una vivencia positiva de su sexualidad, independientemente de que alguno de los elementos que la componen no se comporte (o esté alterado) *según la norma o criterios generales*.

Un sujeto que por una alteración biológica irreversible presenta la ausencia de la eyacuación y el orgasmo, pero que disfruta de todos los demás elementos de su vida, incluso las relaciones sexo-eróticas, ostentará una sexualidad sana a pesar de tener un componente biológico de su respuesta sexual dañado. Si desde la situación de discapacidad el individuo se siente hombre o mujer, capaz de exigir y cumplir todos sus derechos y deberes, y tiene la capacidad de decidir y satisfacer sus necesidades acorde con sus posibilidades físicas, sensoriales o mentales y con las particularidades de su entorno, logrará que su vida alcance la máxima calidad desde la perspectiva de lo masculino o lo femenino, desde su condición de un ser humano sexuado.

Es muy difícil que una persona disfrute plenamente su sexualidad si no se siente, es visto y tratado como un ser sexuado, capaz de amar y ser amado, de disfrutar y hacer disfrutar con plenitud las relaciones interpersonales en general y las eróticas en particular, y sin poder, además, participar enteramente, y sin obstáculos, en el medio donde se desenvuelve.

La atención de la problemática sexual, por tanto, *va más allá del tratamiento específico de la dificultad sexual*, por lo que *siempre* contendrá *la equiparación de oportunidades, por medio de acciones sobre el ámbito social y el medio físico*.

Independientemente de las medidas de índole médica, psicológicas o similares que se ofrezcan para mejorar el estado mental y físico (que incluye la respuesta sexual), es necesario ejecutar o establecer una serie de disposiciones para minimizar las influencias ambientales negativas que impiden la completa integración social y, consecuentemente, la expresión de la sexualidad. Resulta necesario lograr que el medio donde se desenvuelvan las personas con discapacidad sea lo menos «escabroso» posible.

Por tanto, es imprescindible tener en cuenta los siguientes hechos:



- eliminar las barreras arquitectónicas que impiden el desplazamiento y el acceso a cualquier instalación;
- facilitar la participación laboral remunerada, creándose todas las facilidades necesarias en

los puestos de trabajos que permitan acceder a los mismos sin restricciones y desventajas;

- crear las condiciones apropiadas en todos los medios de transportación pública para su uso por personas con limitaciones físicas, sensoriales o mentales y eliminar algunas instrucciones que restringen su empleo;
- valorar exhaustivamente la capacidad de trabajo de una persona antes de jubilarla por su dificultad, pues el sentimiento de ser útil en cualquier actividad y la participación social activa ayudan al bienestar psicológico del individuo;
- establecer medios de seguridad vial que permitan el desplazamiento de las personas que tienen deficiencias de la forma más independiente posible y con confianza;
- exigir que los medios de comunicación ofrezcan una visión real de las personas con discapacidad y resalten los aspectos positivos o al menos los traten como a los demás individuos;
- eliminar el empleo de vocablos peyorativos (inválidos, minusválidos, lisiados, disminuidos y similares) utilizados con frecuencia por locutores, narradores, animadores e incluso por redactores de la prensa escrita;
- facilitar la enseñanza conjunta de las personas con discapacidad y aquellas que no las tienen en centros educativos regulares;
- consultar a las organizaciones de personas con discapacidad cuando se elaboren disposiciones, normas o reglamentos relacionados con el entorno y su accesibilidad, y en los movimientos constructivos importantes desde su planificación inicial.

ATENCIÓN ESPECÍFICA DEL PROBLEMA SEXUAL

La atención de la problemática sexual de las personas con discapacidad facilitará que perciban la sexualidad con una dimensión más amplia que la tradicionalmente concebida, lo que permitirá que la vivifiquen y disfruten plenamente, con independencia del estado físico o mental que presenten, hecho que redundará de forma positiva en su proceso de rehabilitación y en la obtención de una mejor calidad de vida.

La atención de la sexualidad se realizará de forma individual y colectiva (terapia grupal). En todos los casos, la atención deberá incluir la educación de la sexualidad, la orientación para prevenir o remediar problemas sexuales específicos y la terapéutica particular de las dificultades sexuales (Castillo Cuello, 2007 y 2008; Ducharme, 1993; Schlesinger, 1976, Jackson, 1996; Mooney, Cole y Chilgren, 1975; Amador, Lynne y Brackett, en internet).

Cuando se emprenda cualquier acción, hay que tener muy en cuenta todas las particularidades de la persona afectada, pues cualquier evento, aunque parezca insignificante, puede repercutir decisivamente en los resultados.

Educación y orientación sexual

Aunque la persona con discapacidad no exprese quejas relacionadas con su sexualidad, es vital abordar durante el proceso de rehabilitación, o en su posterior incorporación al entorno, diversas necesidades educativas, que muchas veces no son percibidas como tales. En el caso de las personas con discapacidad se tornan imprescindibles, por ser más propensas a que se afecte su sexualidad por múltiples razones.

La difusión de los conocimientos sobre sexualidad para la población común generalmente no incluye a las personas con discapacidad, a pesar de que estas últimas también necesitan instruirse sobre tales temas. Existen necesidades muy específicas relacionadas con la salud sexual de estos individuos, quienes precisan de una educación sexual particularizada y de orientaciones muy concretas.

La persona con discapacidad requerirá casi siempre de indicaciones muy individualizadas que difieren muchas veces de las que habitualmente recibe el resto de la población, aunque en un momento determinado no presente problemas evidentes o no refiera quejas; entre las que se recomiendan:

- contrarrestar todos los mitos y estereotipos nocivos sobre la sexualidad;
- alertar sobre modos de vida «destrutivos» (ausencia de ratos de ocio y esparcimiento, discusiones, celos infundados,...) que llevan a la monotonía y la aflicción en las relaciones interpersonales;

- instruir sobre la prevención de complicaciones que pueden empeorar el funcionamiento sexual como la disreflexia autonómica, las úlceras por presión, las sepsis genitales y urinarias, la constipación, la contractura en aducción de las caderas y la obesidad o el aumento de peso excesivo;
- prescribir la medida anticonceptiva más apropiada, muy necesaria en entidades como las lesiones medulares y las mujeres con enfermedad cerebrovascular, propensas a presentar percances con los anticonceptivos comunes;
- durante el embarazo, muchas mujeres con discapacidad requerirán de enseñanzas y acciones concretas para evitar complicaciones muy frecuentes en ellas;
- enseñar cómo detectar y prevenir las infecciones de transmisión sexual, que pueden pasar inadvertidas especialmente cuando hay ausencia de sensibilidad en el área genital o pérdida de la visión;
- aleccionar a los familiares la forma de encauzar el desarrollo psicológico y sexual de sus descendientes con discapacidad;
- enseñar la manera de detectar y evitar el abuso sexual, frecuente desafortunadamente entre estas personas;
- indicar cómo mantener una correcta higiene y aspecto personal, importantes para establecer vínculos interpersonales; los cuidados higiénicos y corporales durante las actividades sexuales son determinantes en personas con lesiones medulares;
- advertir sobre los efectos deletéreos del tabaco, el alcohol y las drogas.

Durante la orientación sexológica se informarán y debatirán todas las situaciones que pueden influir en la realización de las actividades eróticas. Resulta ineludible que estas personas conozcan que pueden suceder múltiples eventualidades que perjudican el curso de las relaciones sexuales.

Es trascendental inculcar que es válida cualquier actividad sexual que se realice y cause placer. Con frecuencia se valora el coito con penetración como la práctica sexual por excelencia y se consideran las demás actividades como secundarias o «preparatorias», criterio que limita la expresión

sexual y es causa común de descontento e insatisfacciones cuando, por las secuelas de las enfermedades o las lesiones, no se puede lograr una función sexual determinada.

La orientación de la sexualidad también se dirige hacia la consecución de relaciones de pareja armoniosas, que promueva equidad y bienestar a ambos miembros. Detectar conductas o hechos «saboteadores» es crucial para el éxito de cualquier terapia posterior que se quiera implementar. Establecer una comunicación apropiada para la mayoría de los aspectos de la vida, es de capital importancia para el bienestar de las relaciones; la orientación del profesional es una herramienta insustituible para lograr este fin.

Tratamientos específicos para las disfunciones sexuales

En la actualidad, diversas terapias pueden utilizarse con efectividad para lograr o potenciar la respuesta sexual. Sin embargo, la consecución de una función sexual determinada no debería ser el objetivo inicial y principal de la atención sexual. En ocasiones no es posible la recuperación de una función (sexual o no) dañada, por lo que se deberán utilizar todas las capacidades remanentes para que la persona alcance una sexualidad gratificante.

En numerosas circunstancias se hace hincapié en tratamientos sin una base realista, que crean falsas expectativas al paciente y a su pareja y que, a la postre, si no son efectivos pueden crear desaliento e insatisfacción. Es aconsejable abordar elementos objetivos e ir introduciendo nuevos consejos o terapias según sea la evolución del aquejado.

Salvo algunas excepciones, los tratamientos son los mismos que se emplean en las disfunciones sexuales que presenta la población común, aunque en las personas con discapacidad su efectividad puede ser menor, e incluso estar contraindicados.

Terapias «psicosexuales». Son útiles cuando existe un estado psicológico desfavorable (temores al desempeño, autoestima baja, ansiedad marcada...) que provoca el síntoma o lo acrecienta, como ocurre en las personas con amputaciones, parálisis cerebral o enfermedades del sistema osteomioarticular, entre otras. Sin embargo, siempre es aconsejable implementarlas aunque el individuo presente un daño orgánico importante de la función sexual



(en las lesiones medulares, por ejemplo), ya que ayudan a mejorar la actitud y el comportamiento del afectado.

Terapias específicas. En el caso de la *erección*, se pueden emplear diversas terapias con efectividad para lograrla o potenciarla. Es frecuente que la disfunción eréctil de las personas con discapacidad ocurra por daño neurológico (del centro parasimpático sacro o sus raíces), aunque es posible que concomite (o se origine) por alteraciones vasculares (de los cuerpos cavernosos) o con una inhibición psicológica importante.

Los medicamentos orales que inhiben la fosfodiesterasa 5 (sildenafil y análogos) son muy efectivos aun cuando la persona presente una afectación neurológica importante, como en el caso de las lesiones medulares, y sus reacciones secundarias son relativamente pocas, similares a las que ocurren entre los pacientes sin discapacidad (Lombardi *et al.*, 2009; Moemen *et al.*, 2008; Ergin *et al.*, 2008; Derry *et al.*, 2002; Sánchez Ramos *et al.*, 2001; Soler *et al.*, 2007; Del Popolo *et al.*, 2004).

En el caso de que las drogas orales no sean efectivas, las inyecciones en los cuerpos cavernosos (alprostadil) y la erección por vacío (Vaccum) pueden ser otras opciones válidas y seguras (Castillo Cuello, 2007).

Las dificultades de la lubricación vaginal por cualquier causa pueden paliarse con el uso de lubricantes hidrosolubles, acompañados de una terapia psicosexual apropiada.

En el caso de la *eyaculación*, los trastornos orgánicos de esta son frecuentes en personas con lesiones o enfermedades de la médula espinal y en la diabetes mellitus. Cuando la eyaculación no se presenta, ha resultado útil la estimulación del pene con vibradores de amplitud alta (más de 2,5 milímetros) a frecuencias de 100 hertz (Brackett, Ferrell y Aballa, 1998; Brindley, 1981; Vidal y

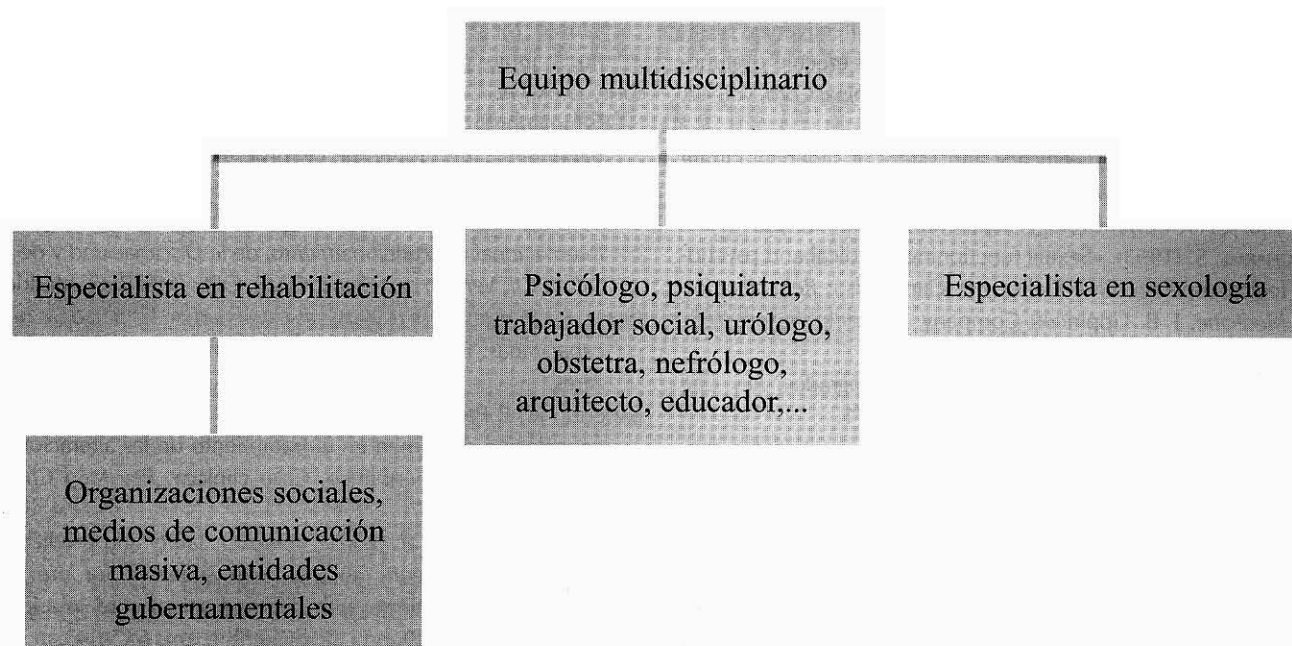
Borau, 1990; Sonksen, Biering-Sorensen y Kristensen, 1994; Ohl, Menge y Sonksen, 1996) y la electroeyaculación (Holstead, Ver Voort y Seager, 1987; Martin *et al.*, 1983; Brindley, 1980; Chung, Yeko y Mayer, 1995; Brinsden, 1997), que en la mayoría de los casos se utilizan para la recolección del semen con el fin de efectuar alguna técnica de reproducción asistida. Para la retroeyaculación ha sido relativamente efectivo el empleo de drogas simpaticomiméticas (midodrín, pseudoefedrina, fenilpropanolamina,...) y el antidepresivo clorhidrato de imipramina, que también produce un efecto adrenérgico sobre el esfínter vesical y, consecuentemente, lo mantiene cerrado al momento de la eyaculación (Steward y Bergant, 1974; Sánchez, Peña y Villagrán, 2000; Köhn y Schill, 1994; Enríquez *et al.*, 2004; Arafa y El Tabie, 2008; Tomasi, Fanciulli y Delitala, 2005; Ochsenkühn, Kamischke y Nieschlag, 1999).

Se mencionaron sólo dos problemáticas frecuentes y algunas de las técnicas más empleadas, aunque, desafortunadamente, no son eficaces en todos los casos.

Sin embargo, es oportuno insistir que si la atención sólo se enfoca hacia la mejoría de la ejecución sexual (al coito y al placer erótico), muchas personas con discapacidad y con daños importantes en su respuesta sexual tendrán muy restringida la posibilidad de alcanzar una sexualidad gratificante y no podrían sentirse totalmente satisfechas y plenas como hombres o mujeres. Por tanto, es imprescindible considerar la sexualidad en toda su real dimensión con el fin de que los «caminos» para vivenciarla, desde las circunstancias individuales, sean ilimitados.

Con el propósito de brindar una atención integral de la sexualidad, será necesario el trabajo mancomunado de un equipo multidisciplinario que incluya todos los recursos humanos y materiales que sean necesarios:





NOTAS

- ¹ Una condición de salud incluye, además de enfermedades, trastornos, traumatismos y lesiones, otras eventualidades como embarazo, envejecimiento, anomalías congénitas y predisposiciones genéticas.
- ² Una situación que ilustra el criterio de que las personas con discapacidad sienten la necesidad de recibir atención a sus problemas o conflictos sexuales, es el hecho de que, en el IV Congreso de la Asociación Cubana de Limitados Físicos Motores (ACLIFIM), uno de los temas ampliamente debatidos

fue la problemática que presentaban en la esfera sexual. De este debate emanó el siguiente acuerdo: Proponer a los ministerios de Educación y Salud Pública y al Centro Nacional de Educación Sexual (CENESEX) que se creen programas sostenidos que aborden la sexualidad de las personas con discapacidad y los individuos relacionados con ellas.

- ³ Ciertamente muy graves en determinadas ocasiones, lo que desanima a quienes no tienen una preparación adecuada para tratarlas.

===== BIBLIOGRAFÍA =====

- AMADOR, M. J., C. M. LYNNE y N. L. BRACKETT. «Guía y directorio de recursos para la fertilidad masculina después de una lesión/di-
función de la espina dorsal. The Miami Project to cure paralysis. University of Miami, School of Medicine, Miami». En www.scifertility.com (consultado: octubre 2009).
- ARAFA, M. y O. EL TABIE (2008). «Medical treatment of retrograde
ejaculation in diabetic patients: A hope for spontaneous
pregnancy». *J Sex Med*, vol. 5, no. 1, pp. 194-198.
- BRACKETT, N. L., S. M. FERRELL y T. C. ABALLA (1998). «An analysis of
653 trials of penile vibrator stimulation on men with erectile
dysfunction caused by spinal cord injury». *J Urol*, no. 159,
pp. 1931-1934.
- BRINDLEY, G. S. (1980). «Electroejaculation and the fertility of
paraplegic men». *Sex. Disab.*, no. 3, pp. 223-226.
- (1981). «Reflex ejaculation under vibratory stim-
ulation of paraplegic men». *Paraplegia*, no. 19, pp. 299-
302.
- BRINDSEN, P. R. et al. (1997). «Transrectal electroejaculation com-
bined with in-vitro fertilization: Effective treatment of anejac-
ulatory infertility due to spinal cord injury». *Hum. Reprod.*,
no. 12, pp. 2687-2692.
- CASTILLO CUELLO, J. J. (2007). *Discapacidad y sexualidad. Un acer-
camiento al diagnóstico y su atención*. Editorial CENESEX, La
Habana, pp. 27-31.
- (2008). «Atención sexológica de las personas con
discapacidad». En *Salud sexual y práctica sexológica. Lecturas
para profesionales de la salud*. Vol. 1. Editorial CENESEX,
Ciudad de La Habana, pp. 85-113.
- CASTILLO CUELLO, J. J. y P. O. MENA (1995). «Disfunciones sexuales de
los discapacitados». *Sexología y Sociedad*, año 1, no. 2, pp. 22-23.
- CASTILLO CUELLO, J. J., L. FIGUEREDO e I. INFANTE (1999). «Personas
con necesidades especiales. Educación sexual». *Avances
Médicos*, año VI, no. 17, pp. 22-24.
- CASTILLO CUELLO, J. J. et al. (1997) «Discapacitados en la comuni-
dad. Programas de educación sexual». *Sexología y Sociedad*,
año 2, no. 8, pp. 35-37.
- CHIPOURAS, S. et al. (1979). *Who Cares? A Handbook on Sex Edu-
cation and Counseling Services for Disabled People*. George
Washington University, Washington, D.C.
- CHUNG, P. H., T. R. YEKO y J. C. MAYER (1995). «Assisted fertility
using electroejaculation in men with spinal cord injury. A
review of literature». *Fertil Steril*, no. 64, pp. 1-9.

- DEL POPOLO, G. et al. (2004). «Time/duration effectiveness of sildenafil versus tadalafil in the treatment of erectile dysfunction in male spinal cord-injured patients». *Spinal Cord*, vol. 42, no. 11, pp. 643-648.
- DERRY, F. et al. (2002). «Efficacy and safety of sildenafil citrate (Viagra) in men with erectile dysfunction and spinal cord injury: A review». *Urology*, septiembre (suppl. 2), pp. 49-57.
- DUCHARME, S. (1993). «Sexual functioning: Medical and psychological aspects». En J. Delisa y B. Gans (eds.): *Rehabilitation Medicine*. J. B. Lippincott Company, Philadelphia, pp. 763-780.
- ENRÍQUEZ, R. et al. (2004). «Eyaculación retrógrada». *Rev Chil Obstet Ginecol*, vol. 69, no. 5, pp. 368-371.
- ERGIN, S. et al. (2008). «A placebo-controlled, multicenter, randomized, double-blind, flexible-dose, two-way crossover study to evaluate the efficacy and safety of sildenafil in men with traumatic spinal cord injury and erectile dysfunction». *J Spinal Cord Med*, vol. 31, no. 5, pp. 522-531.
- HOLSTEAD, L. S., S. VER VOORT y S. W. J. SEAGER (1987). «Rectal probe electrostimulation in the treatment of anejaculatory spinal cord injured men». *Paraplegia*, no. 25, pp. 120-129.
- JACKSON, A. B. (1996). *Pregnancy and Delivery in Women with Physical Disabilities: Achieving and Maintaining Health and Well-being*. Paul H. Brookes Publishing Co., London, pp. 91-99.
- KÖHN, F. M. y W. B. SCHILL (1994). «The alpha-sympathomimetic midodrin as a tool for diagnosis and treatment of sperm transport disturbances». *Andrologia*, pp. 283-287.
- KOLODNY, R. C., W. H. MASTER y V. JOHNSON (1985). «La sexualidad y los minusválidos». En *Tratado de medicina sexual*. Editorial Científico-Técnica, La Habana, pp. 261-282.
- LOMBARDI, G. et al. (2009). «Ten-year follow-up of sildenafil use in spinal cord-injured patients with erectile dysfunction». *J Sex Med*, agosto.
- MARTIN, D. E. et al. (1983). «Initiation of erection and semen release by rectal probe electrostimulation (RPE)». *J Urol*, no. 129, pp. 637-641.
- MOEMEN, M. N. et al. (2008). «Erectile dysfunction in spinal cord-injured men: Different treatment options». *Int J Impot Res*, vol. 20, no. 2, marzo-abril, pp. 181-187.
- MOONEY, T. O., T. M. COLE y R. A. CHILGREN (1975). *Sexual Options for Paraplegics and Quadriplegics*. Little, Brown and Company, Boston.
- OCHSENKÜHN, R., A. KAMISCHKE y E. NIESCHLAG (1999). «Imipramine for successful treatment of retrograde ejaculation caused by retroperitoneal surgery». *Int J Androl*, vol. 22, no. 3, junio, pp. 173-177.
- OHL, D. A., A. C. MENGE y J. SONKSEN (1996). «Penile vibratory stimulation in spinal cord injured men: Optimised vibration parameters and prognostic factors». *Arch Phys Med Rehabil*, no. 77, pp. 903-905.
- OMS (Organización Mundial de la Salud) (2001). *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud: CIF. Versión castellana*. OMS, OPS, IMSERSO, Madrid.
- POSSE, F. y S. VERDEGUER (1993). *La sexualidad de las personas discapacitadas*. Editorial Fundación Creando Espacios, Buenos Aires.
- SÁNCHEZ, R., P. PEÑA y E. VILLAGRÁN (2000). «Uso del midodrin y congelación de semen en el tratamiento de las alteraciones del transporte espermático. Caso clínico». *Rev Méd Chile*, no. 128, pp. 93-97.
- SÁNCHEZ RAMOS, A. et al. (2001). «Efficacy, safety and predictive factors of therapeutic success with sildenafil for erectile dysfunction in patients with different spinal cord injuries». *Spinal Cord*, vol. 39, no. 12, diciembre, pp. 637-643.
- SCHLESINGER, B. (1976). «Sexuality and the physically handicapped». *CMA Journal*, no. 144, pp. 772-773.
- SOLER, J. M. et al. (2007). «Phosphodiesterase inhibitors in the treatment of erectile dysfunction in spinal cord-injured men». *Spinal Cord*, vol. 45, no. 2, febrero, pp. 169-173.
- SONKSEN, J., F. BIERING-SØRENSEN y J. K. KRISTENSEN (1994). «Ejaculation induced by penile vibratory stimulation in men with spinal cord injuries. The importance of the vibratory amplitude». *Paraplegia*, vol. 32, no. 10, octubre, pp. 651-660.
- STEWART, B. H. y J. A. BERGANT (1974). «Correction of retrograde ejaculation by sympathomimetics medication: Preliminary report». *Fertility and Sterility*, no. 26, pp. 1073-1075.
- TOMASI, P. A., G. FANCIULLI y G. DELITALA (2005). «Successful treatment of retrograde ejaculation with the alpha1-adrenergic agonist methoxamine: Case study». *Int J Impot Res*, vol. 17, no. 3, mayo-junio, pp. 297-299.
- VIDAL, J. y A. BORAU (1990). «Técnicas de vibroestimulación para la obtención de semen en lesionado medular». *Rehabilitación*, no. 24, pp. 46-49.
- WHO (World Health Organization). «Disability and rehabilitation. Disability and Rehabilitation Team (DAR)». En <http://www.who.int/disabilities/en/>
- . «Disability, including prevention, management and rehabilitation». En <http://www.who.int/nmh/a5817/en/>

