

**Aproximación a la sexualidad de las personas con diversidad mental desde la
interdisciplina: derechos y deberes**

**Approach to the sexuality of people with mental diversity from interdisciplinary: rights and
duties**

Autores: Marc Marti Mestre y Josep Cazorla Palomo

Universidad / Institución: Corporació Sanitària del Parc Taulí / Fundació Germà Tomàs Canet,
Ordre hospitalària de Sant Joan de Déu / Universitat de Barcelona

Dirección de correo electrónico: k_inf@hotmail.com / josepcazorlapalomo@gmail.com /
j.cazorla@pssjd.org

Resumen: Las personas con diversidad mental se encuentran en el camino de la conquista de los derechos políticos, civiles y sociales, como ciudadanos de pleno derecho. Dentro de estas conquistas de cuotas de autonomía, se siguen encontrando con la dificultad de este colectivo en el acceso del ejercicio de su sexualidad.

Históricamente la sexualidad, en nuestra cultura más próxima, se ha transformado en un acto relegado a una esfera íntima, que es un tabú social, en la que la concepción del deseo sexual se ha monopolizado desde la visión patriarcal y heterocéntrica. Es por ello que en la presente ponencia se presenta el derecho al ejercicio de la sexualidad de las personas con diversidad mental como un derecho fundamental, que se haya relacionado como una necesidad básica humana a satisfacer para el desarrollo personal de cada individuo o lo que es lo mismo con la subjetividad individual. Es por ello que se presentan los temores, situaciones de maltrato y de discriminación de las personas con diversidad mental en el acceso de su sexualidad. De ahí, se extrae que los/ las profesionales deben ser conscientes de este tipo de realidades para facilitar el reconocimiento personal de las personas y su sexualidad, haciéndoles partícipes de las decisiones que conciernan a este colectivo. Fomentando la accesibilidad de los bienes y servicios existentes y la creación de programas que estén adecuados a sus necesidades. Esta tarea se podrá llevar a cabo mediante la participación ciudadana en la búsqueda de nuevas formas de acción y la preservación de las peculiaridades de cada individuo, para preservar su identidad frente a la homogeneización de las intervenciones dominantes.

Para acabar argumentando en torno a la concepción del derecho al acceso de la sexualidad para aquellas personas que por su diversidad mental como un derecho fundamental ligado a la dignidad humana.

Palabras clave: Sexualidad, Autonomía, Diversidad mental, Interdisciplinidad, Asistencia Sexual, Derechos y Deberes.

Abstract: People with mental diversity are in the way of the conquest of political, civil and social rights as full citizens. Within these conquests quota of autonomy, they are still encountering difficulty in accessing this collective exercise of their sexuality.

Historically sexuality, our closest culture, has been transformed into an act relegated to a private sphere, which is a social taboo, in which the concept of sexual desire has been monopolized from the patriarchal and heterocentric vision. That is why in this paper the right to exercise the sexuality of people with intellectual diversity as a fundamental right, which has been implicated as a basic human need to cater for the personal development of every individual or what is presented the same with individual subjectivity. That is why fears, situations of abuse and discrimination against people with mental diversity in access of their sexuality are presented. Hence, that is extracted that professional should be aware of such realities to facilitate personal recognition of people and their sexuality, making them participants in decisions concerning this group. Promoting the accessibility of existing goods and services and creating programs that are tailored to their needs. This task can be carried out through citizen participation in the search for new forms of action and the preservation of the peculiarities of each individual to preserve their identity against the homogenization of key interventions.

To finish arguing about the conception of the right to access sexuality for those who by their mental diversity as access to sexuality for those who by their mental diversity as a fundamental right linked to human dignity.

Key Words: Sexuality, Autonomy, Mental diversity, Interdisciplinary, Sexual assistance, Rights and Duties.

LA SEXUALIDAD Y LA IDENTIDAD

La sexualidad a lo largo de la historia y las diferentes civilizaciones humanas ha sido investigada y observada para hallar una comprensión de sus dimensiones y límites determinen la subjetividad del hecho de lo humano (Foucault, 1984). Es por ello que se entiende que la sexualidad es aquél aspecto fundamental de la humanidad y su conducta individual y colectiva. Ésta está formada tanto por la parte irracional como racional del ser y contiene características que estipulan parte de la identidad y del desarrollo de la persona y su entorno.

Según la OMS (2006), “la sexualidad es un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de la vida. Abarca el sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la identidad, la reproducción y la orientación sexual. Se vivencia y se expresa a través del pensamiento, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales. La sexualidad está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales”. Así pues, las diferentes meta-sexualidades generadoras de mitos y costumbres determinan el sentido común y el aspecto vivencial del hecho sexual en la experiencia individual.

El campo de la sexualidad en cada época será más o menos visible en tanto que la generación del mito, y por tanto de la identidad sexual, es más o menos ampliada. Así, en la Grecia Antigua la sexualidad se determina con múltiples identidades sexuales aceptadas y visibles que generan un amplio campo sexual. Tal es así que en esta época se encuentra reconocida la homosexualidad y existe una libertad sexual en las mujeres casi plena. En cambio, en las sociedades basadas en el judaísmo y cuya ley se basa en el viejo testamento se encuentra un campo sexual restringido a la sexualidad como hecho reproductivo y que por tanto establece invisibilidad y castigo a las libertades sexuales como el adulterio y la homosexualidad (Tepper, 2000). Así se pueden definir conjuntos de tradiciones culturales que dificultan el desarrollo de la igualdad de desarrollo sexual (Nussbaum, 2012).

En la actualidad existe una opresión de la sexualidad y del placer siendo estos aspectos ignorados, avillanados o explotados. Las instituciones de educación y asistencia tales como escuelas, servicios sociales y sanitarios, etc, han adoptado la política del *Don't ask, don't tell* o *No preguntes, no expliques* entorno a la educación y atención a la sexualidad (Tepper, 2000). La única institución que no ha ignorado la sexualidad es la mass media o industria audiovisual que han utilizado el sexo como producto de consumo

La utilización de la sexualidad como fuente de consumo ha provocado los arquetipos dominantes de identificación sexual que representan la heterosexualidad como normalización. El arquetipo masculinizado que se basa en el uso del poder y la dominación como rol en la relación sexual. Así pues, en la sociedad se crea y elabora unos sujetos que entran dentro de unas características concretas y que se definirán como *normales*, discriminando y excluyendo a otras por no adecuarse a los varemos impuestos (Coll-Planas et al, 2009). Éste está representado en el hombre joven, de raza blanca, heterosexual, con ansias de poder adquisitivo y que precisa del arquetipo feminizado basado en la sumisión a los deseos del rol dominador.

Los factores sociales que han afectado a la dualidad de lo masculino y femenino se pueden encontrar en la división histórica que se ha realizado de las esferas del trabajo como son el mercado laboral y la familia. Cada una de estas instituciones, han distribuido unas tareas que les son propias y

otras que les son externas. Así, en el mercado existían y existen ocupaciones que tienen implícito un prestigio social, mejor remuneración y más estabilidad, que en otras que no se han valorado ni siquiera como ocupación, ni se les ha contemplado la posibilidad de ser remuneradas ni calificadas, etc. Esta última distribución es la que se ha reservado, en su mayoría, para la mujer y otros colectivos minoritarios como son LGTB, que explica en buena parte las desigualdades entre género y la poca consideración que se les ha otorgado a las diversas tareas que han podido desarrollar a lo largo de su vida (Carrasquer, Torns, Tejero y Romero, 1998).

En el campo de la experiencia sexual/afectiva y su normalización/regulación ha quedado acotado a las expectativas del consumo y a la búsqueda de la perfección, hecho que ha provocado el ocultamiento de la diversidad en las experiencias sexuales que comporta el hecho humano, como la sexualidad de las personas con algún trastorno mental, provocando la infantilización y negación de su sexualidad debido a que uno de los esquemas más extendidos en la visión tradicional de la discapacidad, ha sido la creencia en la ausencia de sus necesidades sexuales, puesto que la existencia de tabúes muy arraigados en nuestra cultura ha limitado de manera importante la posibilidad de desarrollarla plenamente.

LA DIVERSIDAD MENTAL Y EL MODELO SOCIAL.

El movimiento social o de Vida Independiente es la innovación del futuro para rebatir la situación planteada hasta este momento con relación a la disparidad en el funcionamiento de las personas. Su inicio se encuentra en EEUU con el Movimiento de Vida Independiente sobre todo en relación a la diversidad funcional física. Este modelo tiene como concepto básico que toda vida humana es igual de digna que las otras y en consecuencia la participación en la sociedad se vuelve imprescindible, en relación con la inclusión y la aceptación de la diferencia (Palacios, 2008). Hecho que reivindica que las personas, más allá de la clasificación asignada, necesitan el sostén de una concordia con la comunitaria donde conviven para mantener una condición equilibrada (Miranda, 2008). Puesto que la tendencia es la de objetivar todo lo que sale de la norma para así poder clasificar y controlar. Esta comprensión hegemónica de la realidad se basa en la permanencia de una verdad homogénea, que ha propiciado la desaparición de otros modelos de comprensión (Foucault, 1964).

En la actualidad se ha empezado a experimentar e investigar sobre el campo de la diversidad funcional por razones mentales, siendo el mundo anglosajón (EEUU, Canadá y Reino Unido) los más productivos en este campo. Este hecho está produciendo, en relación al mundo de la discapacidad, una verdadera revolución (Palacios, Romañach, Ferreira y Ferrante, 2010).

Los impulsores fundamentales a nivel institucional son la nueva Clasificación Internacional de Funcionamiento (CIF) aprobada en la 54ª Asamblea Mundial sobre Salud del 22 de mayo de 2001, la Convención de Derechos de las personas con discapacidad ratificada por la mayoría de Estados

Miembros de la ONU del 30 de marzo de 2007 que propugna la promoción, protección y asegurar el disfrute pleno y en igualdad de condiciones de todos los Derechos Humanos y libertades fundamentales de las personas con discapacidad y el Real Decreto Legislativo 1/2013 de 29 de noviembre por el que se aprueba el texto de la Ley General de Derechos de las personas con discapacidad y su inclusión social.

La base ideológica son los principios de la vida social debido a que el razonamiento de la problemática de las personas con trastorno mental ya no se hace sobre ellas mismas, sino que se produce un traslado de la negatividad al contexto social (Palacios, Romañach, Ferreira y Ferrante, 2012). Es decir que se produce una positivización de la identidad de la persona por encima del estigma social. De este modo es en toda la comunidad donde, mediante la participación activa, se vive i se convive la diferencia como un hecho real, responsable y dinámico.

Las ideas fuerza de este modelo son que la discapacidad por diversidad mental es un fenómeno universal que no precisa de políticas y acciones especiales, la comprensión de la discapacidad prevé una compleja interacción entre la persona, los factores personales y el ambiente o contexto, la diversidad mental de una persona i su funcionalidad debe entenderse en un contexto diatópico de acuerdo con su edad y su cultura, la autodeterminación de la persona como criterio en el funcionamiento vital y la personalización de los servicios de atención a ella y, por último, la no discriminación de la persona en su entorno comunitario en referencia a la igualdad de Derechos. Todas estas ideas fuerza se resumen en el lema que se ha propuesto como bandera de este modelo de atención de la discapacidad: *Nada de nosotros sin nosotros* (Palacios et al, 2010).

El debate de este modelo político queda abierto al *ágora*, es decir que la pregunta *¿Quién eres?* tiende a tener tantas respuestas como personas forman la comunidad. Esta ampliación de la participación está innovando en la creación de nuevas instituciones formales y simbólicas más allá de las que por ahora se consideran formales. Así pues, se entiende el cuidado de las personas con diversidad mental como un sistema abierto, dinámico y trascendental que se puede dar tanto en sitios reglados como en otros no ortodoxos, hecho que propone un cambio profundo y radical de las profesiones de cuidado y atención de estas personas (Carbonell, 2014).

Por lo que respecta a la terminología, este paradigma renuncia a las palabras con anterioridad como enfermo mental, usuario o cliente en pro de una semántica más respetuosa y positiva, poniendo por delante siempre el concepto de persona y resaltando los aspectos positivos. Así pues, la CIF propone un nuevo universo terminológico enfatizando los términos participación (acto de involucrarse en una situación vital), y actividad (realización de alguna acción) que traducen al paciente en la persona con limitación/es en ciertas actividades y con barreras o restricciones en la participación (CIF, 2010). Por tanto, ya no se habla de *terapias para* sino que se traduce en *facilitadores*

en o soportes para que ofrecidos a mayor o menor intensidad mejoran los aspectos de la vida subjetivamente de la persona i su funcionalidad entre el que se encuentra la sexualidad.

LA DIVERSIDAD MENTAL Y LA SEXUALIDAD: Un derecho fundamental.

A partir de la Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948 se reconoce que “toda persona tiene derecho a la vida, la libertad y a la vida” (art.3) por lo que nadie puede ser sometido a torturas crueles, inhumanas o degradantes (art. 5). Además, este decálogo de derechos fundamentales esgrime que nadie será objeto de injerencias en su vida privada (art.12) y que toda persona como miembro de la sociedad tiene derecho a la seguridad social y a obtener, mediante el esfuerzo nacional y la cooperación internacional, habida cuenta de la organización y los recursos de cada Estado, la satisfacción de los derechos económicos, sociales y culturales, indispensables a su dignidad y al libre desarrollo de su personalidad (art.22). Por último, se proclama el derecho a que toda persona tenga derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar (art.25).

De esta manera, como la sexualidad y su desarrollo es un derecho fundamental de la persona, esta Declaración reconoce que las personas con diversidad mental y, por tanto con barreras en el disfrute y desarrollo de ésta, precisan de una cobertura por parte de los Estados para garantizar su cumplimiento.

En este sentido, en la Convención de Derechos de las Personas con discapacidad los Estados Parte (Estados firmantes del texto resultante de la convención) se comprometieron a entender la diversidad como parte de la experiencia humana y, como consecuencia, a adaptar todas las medidas (legislativas, administrativas y de otra índole) que sean pertinentes para hacer efectivos los derechos reconocidos en la convención y cambiar o eliminar todas aquellas que contribuyan a la discriminación contra las personas con discapacidad. De éste modo los Estados se hacen responsables de emprender o promover la investigación y el desarrollo de servicios, equipos, bienes necesarios y nuevas tecnologías para el cumplimiento de los derechos fundamentales del ser humano y, por tanto, de su sexualidad.

Por otro lado, la Asamblea General de la Asociación Mundial de Sexología aprobó la declaración de derechos sexuales (1999) que tiene como base la Carta Magna de derechos humanos. En ella se describe que todo ser humano tiene derecho a un pleno ejercicio de una sexualidad sana y satisfactoria, es decir derecho a la libertad sexual, derecho a la autonomía sexual, integridad sexual y seguridad del cuerpo sexual, derecho a la privacidad sexual, derecho a la equidad sexual, derecho al placer sexual, derecho a la expresión sexual emocional, derecho a la libre asociación sexual, derecho a hacer opciones reproductivas libres y responsables, derecho a la información basada en

conocimiento científico, derecho a la sexualidad comprensiva y, por último, derecho al cuidado de la salud sexual.

En el caso de España se reconoce el derecho a la igualdad del individuo en la Constitución de 1978. Tal es así que en su Artículo 9 en su punto 2 se lee «corresponde a los poderes públicos promover las condiciones para que la libertad y la igualdad del individuo (...) remover los obstáculos que impidan o dificulten su plenitud». También, esta carta fundamental de la sociedad española determina que «la dignidad de la persona, los derechos inviolables que le son inherentes, el libre desarrollo de su personalidad, el respeto a la ley y a los derechos de los demás son fundamento de orden público y de la paz social» (art.10 punto 1). De ésta manera está reconocido como derecho constitucional el derecho al desarrollo y dignificación de la sexualidad de todas las personas que forman parte del Estado y tienen el deber de realizar una política de previsión, tratamiento, rehabilitación e integración de las personas con discapacidad por trastorno mental a los que prestarán la atención especializada que requieran y los ampararán especialmente para el disfrute a su derechos fundamentales entre el que se encuentra su sexualidad (art. 49).

El Ministerio de Sanidad impulsó la Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva de España que realizó un diagnóstico del tratamiento de la Salud Sexual entre las diferentes Comunidades Autónomas que evidenciaba la no consideración de la sexualidad como un área prioritaria de intervención en sus respectivos planes de salud y otras solo la centraban a la prevención de las enfermedades de transmisión sexual. Este documento hace referencia a la situación de discriminación de las personas con discapacidad ya que como indica el artículo 5 de la Ley Orgánica 2/2010 del 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo, «los poderes públicos, en el desarrollo de sus políticas sanitarias garantizarán la eliminación de toda forma de discriminación, con especial atención a las personas con algún tipo de discapacidad, a las que se les garantizará su derecho a la salud sexual y reproductiva, estableciendo para ellas los apoyos necesarios en función de su discapacidad». La sexualidad de las personas con discapacidad está marcada por los prejuicios sociales a los cuerpos y mentes diferentes. La norma les sitúa muchas veces como no deseables ni que sienten deseos, por eso la importancia y la insistencia que desde esta parte de Salud Sexual se hace en relación a poner la diversidad como norma y no como excepción. Desde las asociaciones representantes de las personas con discapacidad, con independencia de sus opciones y orientaciones sexuales e identidades de género, se reivindica el ejercicio de sus derechos sexuales, que en muchos casos se ven dificultados por una excesiva sobreprotección de las personas cuidadoras, así como del propio personal de salud. Por tanto la Estrategia de Salud dictamina que los servicios de salud sexual y reproductiva deben estar previstos de personal formado, mecanismos de accesibilidad, materiales específicos y especializados que eliminen dichas desigualdades para evitar situaciones de discriminación. Según esta estrategia las personas con discapacidades tienen derecho a acceder a la educación afectivo-sexual para poder

vivirla saludablemente, deben alcanzar conocimientos sobre el funcionamiento del cuerpo, cómo se produce un embarazo y cómo se puede evitar, cómo hacer que las relaciones sexuales sean más comunicativas y placenteras, identificar prácticas abusivas y buscar estrategias para poderlas afrontar o cómo evitar las ITS-VIH. Dicha información debe estar disponible en formatos accesibles y diferentes que garanticen su adecuada recepción, habiendo facilitado la participación activa de las mismas en su elaboración (Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva, 2011 y I Plan de Acción Integral para las Mujeres con Discapacidad en Andalucía 2008-2013).

Es por ello que se consensuará una Cartera de Servicios Comunes para la atención a la salud sexual en base a lo establecido por la Orden SCO/3422/2007, de 21 de noviembre, por la que se desarrolla el procedimiento de actualización de la Cartera de Servicios Comunes del Sistema Nacional de Salud, comportando una oportunidad para la concreción de la mejor adaptación de la asistencia sanitaria y, sobretodo, social de la sexualidad de las personas con diversidad mental.

Se ha demostrado que la legislación internacional i nacional claramente aboga por el pleno disfrute del derecho a la sexualidad pero justo en este punto se encuentran los escasos conocimientos sobre el tema y los complejos debates que actualmente empiezan a plantearse a nivel social para implantar políticas y servicios que garanticen la accesibilidad y satisfacción del derecho a la sexualidad, es decir el deber de la sociedad a garantizar este derecho a todas las personas en situación de diversidad mental.

LA SEXUALIDAD Y LA ASISTENCIA PROFESIONAL: reproducción y placer.

Una visión universalista del derecho a la sexualidad arroja un acercamiento a la esfera de la sexualidad desde dos perspectivas diferenciadas: la finalidad reproductiva de la sexualidad y la dimensión de la sexualidad como fuente de placer y bienestar. Des de estas dos perspectivas existen diferentes barreras y limitaciones con las que se encuentran las personas con discapacidad por trastorno mental. Es importante decir que las investigaciones y las publicaciones sobre esta área de conocimiento son escasas y con poblaciones muy pequeñas, cosa que puede haberse dado por las dificultades metodológicas inherentes a la evaluación de actitudes, expectativas, actividad y disfunción de esta población (Rodríguez de Molina, Salvador y Fora, 1994).

En el caso de la esfera reproductiva los estudios en relación a la Esquizofrenia y a los Trastornos Afectivos (TA) han detallado que la gran mayoría de las personas con estos trastornos, indiferentemente de su sexo, refieren una ausencia de información y educación sexual (Salvador, Rodríguez, Salas y Magallanes, 1996). No existen datos sobre el acceso de las personas con trastorno mental a los servicios especializados de reproducción asistida y planificación familiar (número de personas que acceden, necesidad sentida de ayuda ni dificultades en el acceso a estos servicios) aunque un estudio sobre 46 mujeres con Trastorno Delirante de la ciudad de Barcelona

apuntaba que el 48 por ciento no habían sido atendidas en los últimos 2 o 3 años en ningún servicio de ginecología y de obstetricia de referencia, cuando el seguimiento debería ser anual (González, Molina, Penadés, Catalán y Bernardo, 2013). Sí se comprueba que los servicios públicos y políticas sanitarias tienen una visión generalista sobre la atención y educación sexual que se dirige a la población juvenil con el objetivo de la restricción de embarazos no deseados y evitar la transmisión de enfermedades. Así pues, desde este enfoque se ha abandonado, por encubrimiento de la realidad, la asistencia y la educación a las personas adultas y por tanto a las que padecen una discapacidad.

El espacio reproductivo dibuja dos escenarios divergentes para los diferentes sexos: los hombres con trastorno mental, debido a efectos secundarios del tratamiento, presentan en gran número lo que se denomina “eyaculación seca” o ausencia de eyaculación que puede ir acompañada por la disfunción eréctil hecho que provoca una grave limitación del acto reproductivo y que en la actualidad no tiene asistencia específica. En el caso de las mujeres si pueden quedarse embarazadas pero la categorización de trastorno mental se traduce en una visión de peligrosidad en la esfera reproductiva que crea un sentimiento de alerta tanto a nivel familiar como asistencial. De este modo la mujer diagnosticada con un trastorno mental deberá reportar un mayor control de su situación mental en el proceso previo y durante el embarazo, además de un control estricto después del parto como medida de protección (Muñoz, 2015). Es común que las mujeres con Trastorno Mental Severo (TMS) tengan un seguimiento por parte de servicios sociales especializados en infancia y en salud mental cuando paren.

El segundo escenario es el placer inherente a la sexualidad. El placer se entiende como la conjunción de diferentes aspectos concernientes a la propia experiencia sexual que engloba el o los actos sexuales vivenciados, el deseo de realizarlos (lívido), la afectividad y el posterior sentimiento de satisfacción con estos actos.

Las personas con diversidad mental presentan limitaciones y dificultades en varios o todos los aspectos de la experiencia sexual. Un estudio sobre la interrelación entre trastorno mental y disfunción sexual en una Unidad de Psiquiatría concluyó que entre el 20 y el 50 por ciento de personas hospitalizadas consideraba que su trastorno mental interfería en el funcionamiento sexual y consideraban la mejoría de esta actividad como un factor relevante en la mejoría de su proceso de salud (Pinderhughes, Grace y Reyna, 1972).

El funcionamiento sexual de las personas con Esquizofrenia, según Skopec, Rosenberg y Tucker (1976), es característico por la forma de experimentación de estas personas y el uso de la sexualidad con lo que conlleva a menudo a desear más la cercanía-intimidad de la relación y los cuidados que de ella subyacen que la relación sexual. Este deseo de ser cuidado es inherente a las personas con diversidad mental y se correlaciona con la identificación del sujeto como paciente o rol pasivo de la relación humana, y del desplazamiento del poder del individuo en la interacción social debido al

déficit de habilidades sociales. Tal es así que Friedman y Harrison (1984) comprobaron en sus estudios que el 40 por ciento de las mujeres con Esquizofrenia decían no tener relaciones sexuales (frente al 6,7 de la población general) y deseaban menor frecuencia de las relaciones sexuales.

Además de la identificación de la persona como un ser pasivo, debe sumarse que las personas con discapacidad por trastorno mental deben tomar tratamiento para mitigar el sufrimiento inherente a la sintomatología. Esta medicación se ha evidenciado que por su metabolismo provoca en la persona una disminución del lívido, de la consecución del orgasmo (según los estudios hallados se da anorgasmia en ambos sexos y significativamente en mayor incidencia respecto la población general) y en los hombres dificultades para la erección (en el estudio UCA el 41,2 por ciento) y la eyaculación (Montejo, 2005).

La sexualidad de las personas con diversidad mental y sus limitaciones hasta aquí descritas, en la actualidad, no se contemplan ni existen en los proyectos específicos de los planes estratégicos de Salud Mental ni de sexualidad por lo que se está incurriendo a un vaciado del derecho al ejercicio de la sexualidad de esta población. Como reacción a este hecho las asociaciones y fundaciones de personas con discapacidad han empezado a reclamar los deberes que tienen las administraciones para llenar este derecho fundamental centrando el debate en cómo garantizar el acceso a la sexualidad, quien o quienes deben intervenir en este acceso y cómo deben hacerlo para no vulnerar la dignidad de la persona.

EL ACCESO AL DERECHO A LA SEXUALIDAD: universalidad o por cuotas.

El acceso a la plena realización del derecho sexual por parte de la persona con diversidad mental conlleva deberes a la sociedad mediante estrategias políticas y económicas que garanticen que toda persona pueda acceder a los servicios públicos según las limitaciones propias de la persona y la adecuación de los servicios a todo el mundo. Es por ello que se vuelve de vital importancia la erradicación de las normas y disposiciones estigmatizadoras (Nussbaum, 2012).

Para la asistencia reproductiva en Cataluña existen los Programas de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva (PASSIR). Estos programas se realizan en centros de atención primaria, las personas deben acudir derivados desde el médico de familia y van dirigidos a toda la población. Las características de las personas con diversidad mental hacen que sean pocas veces frequentadores de estos programas debido a la vergüenza derivada del estigma social del diagnóstico psiquiátrico y de la disfunción sexual que puede provocar ansiedad y, como respuesta, la evitación de la situación. En este caso será necesaria una nueva redimensión de los servicios de asistencia que mejore el acceso a todas las personas mediante estructuras que disminuyan la ansiedad y el estigma social, así como volcar los servicios a la participación de toda la comunidad.

Un camino para esta mejora de participación en el caso de la discapacidad, según la Asociación Nacional de Salud Sexual y Sexualidad (ANSSYD) podría ser la Asistencia Personal ya que “consiste en una ayuda para acceder a un derecho, la contratación de un asistente personal que apoye al beneficiario para poder desarrollar las actividades de su vida diaria” en las que se encontraría el acompañamiento a estos servicios. Es decir, que se plantea la profesionalización de la asistencia y el apoyo a la persona con diversidad mental más allá de la relación terapéutica y como el devenir del empoderamiento de la propia experiencia de la persona y su capacidad de decisión, resultando de esta manera autónoma en el disfrute de los derechos. Aunque la idea resulta razonable a la mejora de la calidad de vida de estas personas, el despliegue de estos servicios a nivel público resulta escaso a la demanda real que existe debido a su coste y, por eso solo las personas con cuotas elevadas de discapacidad pueden acceder a ellos.

En este punto y debido a la dificultad del acompañamiento de la sexualidad de la persona, se plantea la figura del Asistente Sexual como una derivación del Asistente Personal.

LA PROFESIONALIZACIÓN: el Asistente Sexual.

La figura del asistente sexual en la actualidad se encuentra en vías de creación y debate debido a la complejidad ético-legal que supone la asistencia en el acto sexual y en la esfera reproductiva. La Asistencia Sexual es un apoyo a la persona para desarrollar su actividad sexual de la forma más placentera posible por lo que su actividad puede llegarse a malentender como prostitución. La Asociación Sex Assistent (2016) expone que la diferencia entre los servicios de prostitución y la Asistencia Sexual se deriva en que ésta última además de dar respuesta a las necesidades concretas de las personas con diversidad sirven como inicio del empoderamiento de las personas y de su afectividad. Es decir que estos servicios no buscan el clientelismo que se encuentra inherente a la prostitución sino que persiguen el objetivo de cambiar la visión de la asexualidad e infantilización de las identidades divergentes a los arquetipos sexuales de la cultura global. Este empoderamiento, que es el eje básico del modelo de Vida Independiente solo es posible por un servicio de Autogestión hasta que la diversidad funcional sea asumida por toda la comunidad. Es por esto que esta Asistencia Sexual no puede ser solo un acto de prostitución ya que debe existir en paralelo una educación en la diversidad humana y sexual.

En la ponencia de Rafael Reoyo, miembro de en las Jornadas “Miradas sobre la asistencia sexual” (Madrid, 24 de mayo de 2014) explica que con la creación de la figura del Asistente Sexual se demuestra que las personas con diversidad funcional no tienen problemas para ejercer sus derechos sexuales siendo esta figura la que proporcione a la persona los apoyos técnicos y/o humanos necesarios. Este activista de la diversidad funcional argumenta que la terapia sexual que actualmente se encuentra reglada en sesiones de terapia, por la propia funcionalidad de las personas con diversidad no son útiles ya que buscan la rehabilitación de la sexualidad en los cánones de

“normalidad” por lo que solo se muestran como meras restricciones de acceso a la sexualidad y una imposición externa a la autonomía personal. Su discurso continúa explicando que “los objetivos de la asistencia sexual hacen referencia a valores y principios como la autonomía, la autodeterminación, el empoderamiento, la calidad de vida y los derechos humanos, los cuales van unidos al concepto de inclusión. Según este marco teórico, la “asistencia sexual” con fines terapéuticos debería de llamarse de una forma diferente porque el/la asistente sexual no es un terapeuta ni alguien que dirija, corrija, decida, autorice, imponga o prohíba sobre la sexualidad de la persona con diversidad funcional ni sobre sus "trastornos sexuales". Es un medio para que las persona con diversidad funcional que quieran puedan hacer valer sus derechos, sus deseos y sus necesidades sexuales con dignidad e igualdad de oportunidades”. Por tanto, esta visión explica el Asistente Sexual como algo parecido a un Asistente Personal ya que la labor de éste no va dirigida al cuidado de la persona, que ya se ha explicado como rol pasivo del sujeto, sino a la facilitación de aquellas cosas que la persona con diversidad no pueda hacer por sí solo, siendo el sujeto o la pareja que quiera hacer el acto los que decidan lo que quieren.

Esta visión es compartida por la European Platform Sexual Assistance (EPSEAS) que definen al Asistente Sexual como un hombre o una mujer que tiene la competencia necesaria para ofrecer soporte de calidad en una relación sexual. Estas personas deben ser sensibles a las diferentes discapacidades y ofrecer una experiencia íntima/sexual de manera profesional y por un tiempo determinado. El/la asistente personal debe tener unas competencias específicas adquiridas por una formación reglada sobre sexualidad sana y las diferentes barreras y/o dificultades de las personas con diversidad. La asistencia sexual debe ser recompensada económicamente como actividad profesional, pero, según la EPSEAS, no deben ser remuneradas las actividades sexuales llevadas a término sino el tiempo utilizado para la realización de la actividad. El abuso a las personas debe de estar penado ya que la Asistencia Sexual debe ser extremadamente sensible a la vulnerabilidad de la persona.

En este punto es donde las asociaciones sensibles a la Asistencia Sexual demandan a los Estados una cobertura universal del acceso a esta actividad según las necesidades de las personas con discapacidad, una regulación legal de esta figura profesional y, por lo tanto, una adecuada formación de las personas que quieran ejercer esta profesión para que sean sensibles a las diversas problemáticas evitando el abuso a la persona que requiera el servicio.

El abuso es inherente a la vulnerabilidad de la persona y las personas con diversidad mental tienen una alta propensión por el rol asociado de enfermo. Para evitar la vulneración y el abuso en la exposición a la Asistencia Sexual es necesario que las profesiones que están más cercanas a estas realidades (Trabajo Social, Enfermería, Psicología, Medicina...) se impliquen en la concreción de esta figura desde el conocimiento, la asistencia y la investigación conjuntamente con la persona.

LOS PROFESIONALES DE LA SALUD MENTAL Y EL DERECHO A LA SEXUALIDAD DE LA DIVERSIDAD MENTAL.

Las profesiones sanitarias y sociales cercanas a la diversidad mental tienen un papel importante en el acceso al disfrute de la sexualidad de las personas atendidas: el asesoramiento y el acompañamiento de la persona y de la familia desde el conocimiento científico. Entonces, los profesionales deben implicarse en mayor grado en la investigación y en la educación sexual para aumentar la autonomía de las personas con diversidad mental (Tello y Martín, 2013) superando el *no preguntes, no existe* y generando una práctica profesional responsable. Para ello es necesario que:

- a) La actitud de los/las profesionales debe ser respetuosa con los distintos contextos culturales, religiosos y éticos que posean todas y cada una de las personas a las que vaya dirigida la intervención profesional.
- b) Los/las profesionales adquieran mayor conocimiento científico y mejor competencia mediante actividades formativas acreditadas y la investigación para poder proporcionar una intervención hábil, competente y responsable sobre sexualidad.
- c) Entender que las personas somos diversas relegando de esta manera el concepto exclusivo de “normalidad”, ya que este solo hace referencia a una conducta ejercida por una mayoría estadística y no a una realidad inclusiva de la comunidad humana. Además, es importante que los/las profesionales entiendan la diversidad de proyectos vitales que existen, respetar la individualidad y dignidad de cada uno y el derecho de las personas a tener a su alcance para poder cumplir estos proyectos en los que se engloba el área sexual.
- d) Los/las profesionales deben considerar a las personas con diversidad mental como seres maduros y con capacidad de decidir sobre su propia vida, ya que ellas son las protagonistas de su vida y de su sexualidad. Todas las personas, en su espectro de diversidad, son capaces de realizar elecciones y tienen derecho a asumir riesgos y a equivocarse como parte del proceso vital ontológico.
- e) La autonomía sea entendida como eje principal de la relación terapéutica de los/las profesionales de Salud Mental. Es por ello que el objetivo de la relación sea que la persona se empodere en la esfera sexual como parte de la integridad personal.
- f) Los/las profesionales deben tener en cuenta que la limitación legal en la capacidad de obrar es una medida de protección de derechos y nunca una disposición de supresión o limitación de los mismos. Entonces, las tutelas no determinan que la persona no pueda ejercer su derecho a la sexualidad, sino que es el tutor el que debe procurar el pleno ejercicio de éste.
- g) El/la profesional en sus funciones debe tener en cuenta la intimidad de la persona. Hay aspectos de la vida de las personas con diversidad mental que no deben ser revelados ni nadie tiene el derecho a saberlo todo.

- h) La interdependencia como enfoque de las profesiones en el asesoramiento sexual. La persona con diversidad mental debe ser tratada como un ser humano interdependiente con su entorno y que precisará de ésta para poder desarrollar su proyecto sexual.
- i) En referencia a la sexualidad, el/la profesional debe ser sensible a las diversas realidades, roles e identidades sexuales, por lo que debe huir de los arquetipos falocéntricos, etnocéntricos y heteronormativos. Además, la sexualidad está protegida por los derechos sexuales siendo la Asistencia Sexual una opción más que, desde la autogestión, permite desarrollar el derecho a disfrutar de la libertad individual y apoyar a la persona para satisfacer las necesidades sexuales en igualdad de oportunidades.

CONCLUSIÓN.

La sexualidad es una parte inherente en el desarrollo de la personalidad del sujeto humano y forma parte en su proyecto de vida individual. Esta sexualidad abarca dos aspectos diferentes, los corporales o reproductivos y los psicológicos relacionados con la experiencia del placer sexual, que al expresarse en la colectividad aportan la diversificación de realidades que van más allá de lo que se considera normal. La diversidad sexual se encuentra protegida por el Derecho Internacional mediante la redacción y acuerdo de diferentes cartas y decálogos que tienen como base la Carta de los Derechos Humanos y en la Constitución Española en la que se reconoce el derecho a la sexualidad.

El Modelo de Vida Independiente aboga por un cambio en el paradigma de la asistencia a la persona con diversidad, retirando el estigma de la enfermedad impuesto a la persona para aportar una visión acorde a la diversidad humana que permita el acceso igualitario a la dignidad humana. Este enfoque explica que todas las personas piensan y actúan de forma diferente. De esta manera se entiende lo común desde la diversidad funcional y mental, por lo que es la sociedad la que tiene el *deber* de proveer a las personas con mayor dificultad de ayudas y apoyos específicos para que la persona pueda decidir y optar a las mismas oportunidades que el resto.

En la diversidad mental se evidencia que el derecho sexual está *vacío* ya que no existen proyectos ni estrategias políticas específicas con el fin que las personas con disfunciones sexuales derivadas por los diferentes trastornos mentales y su tratamiento puedan ejercer su proyecto de sexualidad. Además, los profesionales de la Salud Mental han optado por el *no preguntes, no existe* que ha provocado un silencio científico de las limitaciones y barreras con las que se encuentran estas personas, por lo que es necesaria una revisión interna de las profesiones de atención en Salud Mental y una mayor responsabilidad de los/las profesionales con la búsqueda de la autonomía y del empoderamiento sexual de las personas con diversidad mental.

El relevo de este silencio se encuentra en el campo asociativo de las personas con diversidad funcional y mental y sus familiares que proponen cambios importantes en el acercamiento a la Asistencia Sexual por medio de la profesionalización de los servicios con la aparición del Asistente Sexual. Esta nueva postura no está exenta de dificultades éticas y legales debido a su naturaleza próxima al proxenetismo, pero diverge de ésta en su objetivo de empoderamiento afectivo y en la protección de la vulnerabilidad de las personas con diversidad mental.

BIBLIOGRAFIA

Asamblea General de Naciones Unidas. (1948). Declaración Universal de Derechos Humanos. Aprobada en la Resolución 217 A (III), París: 10 de diciembre de 1948.

Asociación Nacional de Salud Sexual y Discapacidad. (2015). Código de buenas prácticas profesionales en Sexualidad y diversidad funcional. Boletín Científico de ASSYD. pp. 24-30.

Ayuntamiento de Barcelona. (2016). *Programa PASSIR*. [En línea] <http://w110.bcn.cat/portal/> [Visitado el 07 de enero de 2016].

Carbonell, E. (2014). Discapacitat Intel•lectual. *Bulletí del Comitè de Bioètica de Catalunya*. 14.

Carrasquer, P., Torns, T., Tejero, E. y Romero, A. (1998): Trabajo reproductivo. *Papers*. 55. pp. 95-114.

Coll-Planas, G., Bustamante, G. y Missé, M. (2009): *Transitant per les fronteres del gènere: Estratègies, trajectòries i aportacions de joves trans, lesbianes i gais*. Barcelona: Generalitat de Catalunya: Col·lecció estudis 25.

Cortes Generales. Constitución Española. «BOE» núm. 311, de 29 de diciembre de 1978. Referencia: BOE-A-1978-31229.

Declaración del XIII Congreso Mundial de Sexología, 1997, Valencia (España). Revisada y aprobada por la Asamblea General de la Asociación Mundial de Sexología (WAS) el 26 de agosto de 1999, en el XIV Congreso Mundial de Sexología (Hong Kong).

European Platform Sexual Assistance. [En línea] <http://www.epseas.eu/en/> [visitado el 09 de enero 2016

Foucault, M. (1964). *Historia de la locura: en la época clásica*. México: Fondo de cultura económico.

Foucault, M. (1984). *Historia de la Sexualidad, 2. El uso de los placeres*. Madrid: Siglo XXI.

Foucault, M. (2001). *Historia de la sexualidad: La voluntad de saber*. Madrid: Siglo XXI.

- Friedman, S. y Harrison, G. (1984) Asexual histories, attitudes and behaviour of schizophrenia and normal women. *Arch Sexual Beh*, 13 (6). pp. 79-86.
- González, A., Molina, O., Penadés, R., Catalán, R. y Bernardo, M. (2013). Variables reproductivas y uso de consulta ginecológica en pacientes con trastorno delirante. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 8 (2). pp. 92-6.
- Junta de Andalucía. (2007). *Plan de Acción Integral para las Mujeres con Discapacidad de Andalucía 2008-2013*. pp. 31-9.
- Organización Mundial de la Salud. (2006). *Serie de Informes Técnicos*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud (2010). Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud- CIF. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. (2011). *Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva*.
- Miranda, M. (2008). Historia e identidad del trabajo social en la salud. *Revista Trabajo Social Salud*, 60. pp. 7-24.
- Montejo, A.L. (Ed.). (2005). *Sexualidad y Salud Mental*. Barcelona: Ed. Glosa.
- Muñoz, E. (2015). Revisión bibliográfica sobre la atención a mujeres con un trastorno de esquizofrenia durante la etapa perinatal. *Matronas Prof;* 16(1). pp. 38-42.
- Nussbaum, M. (2007). *Las fronteras de la justicia. Consideraciones sobre la exclusión*. Barcelona: Paidós.
- Nussbaum, M. (2012). *Crear capacidades: propuesta para el desarrollo humano*. Barcelona: Paidós.
- Palacios, A. (2008). *El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. Madrid: Cinca.
- Palacios, A., Románach, J., Ferreira, M.A. y Ferrante, C. (2012). Functional Diversity, Bioethics and Sociological Theory: a New Approach to Disability. *Intersticios: Revista sociológica de pensamiento crítico*. 6 (1). pp. 115-130.
- Palacios, A., Románach, J., Ferreira, M.A. y Ferrante, C. (2010). Functional Diversity, Bioethics and Sociological Theory: A New Approach to Disability. [En línea] http://www.um.es/discatif/TEORIA/Diversity_approach.pdf [Visitado el 03 de marzo de 2015].
- Pinderhughes, C.A, Grace, E.B. y Reyna, L.J. (1972). Psychiatric disorders and sexual functioning. *Am J. Pys*, 128. pp. 96-102.

- Reoyo, R. (2015). Diagrama de flujo de la asistencia sexual. [En línea] <http://sainternacional.blogspot.com.es/2015/12/diagrama-de-flujo-sobre-la-asistencia.html> [Visitado el 08 de enero de 2016].
- Rodríguez de Molina, Salvador, L y Fora, F. (1994). Sexualidad y Esquizofrenia. *Acta de Psiquiatría Psicol Am Lat*, 40 (3). pp. 195-206.
- Salvador, L., Rodríguez, C., Salas, D. y Magallanes, T. (1996). Sexualidad y Enfermedad Mental Crónica. Universidad de Cádiz. pp. 361-78. [En línea] http://www.feaps.org/biblioteca/sexualidad_ydi/28_sexualidad.pdf [Visitado el 14 de enero de 2016].
- Skopec, H.M., Rosenberg, S.D. y Tucker, G.J. (1976). Sexual behaviour in Schizophrenia. *Med Asp Hum Sex*.
- Tello, L. y Martín, C. (2013). Mi sexualidad es importante. Experiencia grupal en habilidades afectivo-sexuales en población con enfermedad mental grave. *Rehabilitación Psicosocial*. 10 (1). pp. 35-39.