

**UNIVERSIDAD DE ALMERÍA**

**Facultad de Ciencias de Salud.**



**MÁSTER EN CIENCIAS DE LA SEXOLOGÍA**

**Curso Académico: 2019/20**

**Trabajo Fin de Máster**

**SEXUALIDAD Y ERÓTICA EN PERSONAS CON DIVERSIDAD FUNCIONAL  
FÍSICA: UN ESTUDIO FENOMENOLÓGICO INTERPRETATIVO.**

**- Autor/a:**

Pedro Oscar Tellez Santaya

**- Tutor/es:**

Manuel Lucas Matheu

Carmen María Rodríguez López

Almería, Septiembre 2020

*But what if disability were sexy? And what if disabled people were understood to be both subjects and objects of a multiplicity of erotic desires and practices, both within and outside the parameters of heteronormative sexuality?*  
(McRuer, 2011)

*Si las personas con discapacidad debemos ser parte de la sexualidad humana que sea para transformarla, para hacerla más rica y mejor para todos.*  
(Centeno, 2014)

## ÍNDICE

<b>AGRADECIMIENTOS.....</b>	<b>5</b>
<b>RESUMEN.....</b>	<b>6</b>
<b>ABSTRACT.....</b>	<b>7</b>
<b>I.- INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>8</b>
<b>CAPÍTULO 1.- DE LA DEFICIENCIA AL ORGULLO.....</b>	<b>8</b>
1.1.- El modelo médico.....	8
1.2.- El modelo social.....	9
1.3.- Modelo de la diversidad.....	10
1.4.- Teoría Crip o Tullida.....	11
1.5.- Cuestiones jurídico-legislativas.....	12
1.6.- La diversidad funcional física (DFF).....	14
<b>CAPÍTULO 2.- DE SEXUALIDADES Y ERÓTICAS.....</b>	<b>16</b>
<b>2.1.- El Hecho Sexual Humano desde la Sexología Sustantiva.....</b>	<b>16</b>
2.1.1.- La identidad sexual.....	19
2.1.2.- La orientación del deseo erótico.....	21
2.1.3.- La imagen corporal.....	23
<b>2.2.- La Erótica.....</b>	<b>25</b>
2.2.1.- El deseo erótico.....	26
2.2.2.- El cortejo.....	29
2.2.3.- Prácticas eróticas.....	30
2.2.4.- Fantasías eróticas.....	32
<b>II.- JUSTIFICACIÓN.....</b>	<b>33</b>
<b>III.- OBJETIVO GENERAL.....</b>	<b>35</b>
<b>IV.- METODOLOGÍA.....</b>	<b>35</b>
4.1.- Diseño.....	35
4.2.- Participantes.....	35
4.3.- Recogida de la información.....	37
4.4.- Análisis de la información.....	38
4.5.- Aspectos éticos.....	39
4.6.- Rigor.....	39
<b>V. - RESULTADOS.....</b>	<b>40</b>
<b>5.1.- Resultados Tema 1: Autoaceptación de la diversidad funcional.....</b>	<b>41</b>

5.1.1.-Resultados Subtema 1: Factores favorecedores de la autoaceptación.....	41
5.1.2.- Resultados Subtema 2: Factores entorpecedores de la autoaceptación.....	47
<b>5.2.- Resultados Tema 2: Ser hombre y ser mujer con diversidad funcional física.....</b>	<b>50</b>
5.2.1.- Resultados Subtema 1: Masculinidades y feminidades inferiorizadas.....	50
5.2.2.- Resultados Subtema 2: Rompiendo estereotipos.....	55
<b>5.3.- Resultados Tema 3: Reinventando la erótica.....</b>	<b>60</b>
5.3.1.- Resultados Subtema 1: Pervivencia del deseo.....	60
5.3.2.- Resultados Subtema 2: Erotización de los cuerpos.....	67
5.3.3.- Resultados Subtema 3: Expresiones comportamentales de la erótica.....	70
5.3.4.- Resultados Subtema 4.- El imaginario erótico.....	76
5.3.5.- Resultados Subtema 5: Recursos externos de apoyo erótico.....	79
<b>VI.- DISCUSIÓN/LIMITACIONES.....</b>	<b>83</b>
<b>VII.- CONCLUSIONES/IMPLICACIONES.....</b>	<b>94</b>
<b>VIII.- BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>96</b>
<b>IX.- ANEXOS.....</b>	<b>108</b>

## **AGRADECIMIENTOS**

**A mis tutores por su apoyo.**

**A mis compañeros del Máster.**

**A todos los profesores por los conocimientos aportados.**

**Por último, a todos los sujetos que con sus experiencias y vivencias hicieron posible este estudio.**

## **RESUMEN.**

**Objetivo:** Describir cómo vivencian la sexualidad y expresan la erótica personas con diversidad funcional/discapacidad física. **Metodología:** Fenomenología interpretativa utilizando como técnica de recogida de la información la Entrevista Semiestructurada en Profundidad. **Participantes:** 8 personas, 2 mujeres y 6 hombres con variedad en cuanto a la tipología de la diversidad funcional, identidades sexuales y edades. **Resultados:** Del análisis emergen tres temas superordinados: autoaceptación de la diversidad funcional, ser hombre y ser mujer con diversidad funcional física, reinventando la erótica. **Conclusiones:** La construcción social de la diversidad funcional como un estigma impacta negativamente sobre la representación social e individual que se tiene de estos sujetos como seres humanos sexuados y eróticos. La autoaceptación de la diversidad funcional se convierte en un factor clave para la vivencia de la sexualidad y la expresión de la erótica. La vivencia de ser hombre y ser mujer se particulariza por la coexistencia de roles tradicionales y otros nuevos que son incorporados pero, sobre todo, por la puesta en práctica de estrategias de empoderamiento sexual con las cuales se posicionan como los hombres y las mujeres que son. El proceso de reerotización de su corporalidades, prácticas, espacios, objetos y situaciones es una evidencia del carácter activo que como sujetos asumen en la gestión de sus deseos.

Palabras claves: Diversidad funcional física, discapacidad, sexualidad, erótica.

**ABSTRACT.**

**Objective:** To describe how people with physical disability/functional diversity experience sexuality and express eroticism. **Methodology:** Interpretive phenomenology using the In-Depth Semi-structured Interview as a technique for collecting information. **Participants:** 8 subjects, 2 women and 6 men with variety regarding the typology of functional diversity, sexual identities and ages. **Results:** From the emerging analysis, three superordinate themes: self-acceptance of functional diversity, being a man and a woman with physical functional diversity, reinventing erotica. **Conclusions:** The social construction of functional diversity as a shockingly negative stigma on the social and individual representation of these subjects as sexual and erotic human beings. The self-acceptance of functional diversity becomes a key factor for the experience of sexuality and the expression of erotica. The experience of being a man and being a woman is characterized by the coexistence of traditional roles and new ones that are incorporated but, above all, by the implementation of sexual empowerment strategies with which they position themselves as the men and women who are . The reerotization process of their corporalities, practices, spaces, objects and situations is evidence of the active nature that they assume as subjects in the management of their desires.

Key words: Physical functional diversity, disability, sexuality, erotica.

## **INTRODUCCIÓN**

### **1.- DE LA DEFICIENCIA AL ORGULLO.**

Es una realidad innegable que desde inicios del Siglo XX el interés por los temas referidos a las cuestiones sexuales y la diversidad funcional/discapacidad han ido *in crescendo*, pasando a ser objeto de interés de organismos internacionales, de políticas públicas gubernamentales, instituciones académicas, ONGs, asociaciones y los propios sujetos a quienes se interpela.

Es por ello que en este trabajo, en un primer momento, abordaremos los tres principales modelos que han guiado los discursos y prácticas en relación a las discapacidades en las sociedades occidentales: el médico, el social y el de la diversidad, incorporando en esta panorámica general a la Teoría Crip o Tullida, la cual al cuestionar los modelos normativos en cuanto a la corporalidad y la funcionalidad nos posibilita tener una visión positiva de las personas con diversidad funcional como sujetos sexuados y eróticos.

#### **1.1.- EL MODELO MÉDICO**

La discapacidad es considerada desde este modelo como

Un problema de la persona causado por una enfermedad, trauma o condición de salud, que requiere de cuidados médicos prestados en forma de tratamiento individual por profesionales. El tratamiento de la discapacidad está encaminado a conseguir la cura, o una mejor adaptación de la persona y un cambio de su conducta. (OMS, 2001, p. 32)

Lo primero que se hace evidente es que el centro de atención de dicho modelo es el individuo discapacitado, que desde esa etiqueta generalizadora es valorado como un ser deficiente, incompleto, minusválido y enfermo (Palacios y Romañach, 2006; Platero y Rosón, 2012).

Desde este enfoque asistencialista las actuaciones profesionales, institucionales, familiares, etc., van encaminadas a tratar de normalizar, recuperar o compensar las deficiencias presentes en los mismos (Palacios y Romañach, 2006) para que puedan alcanzar un funcionamiento bastante cercano al de la mayoría de la población, que según las presunciones básicas de este modelo, son quienes representan la “normalidad” (Toboso y Guzmán, 2010). Es por ello que en la Rehabilitación Sexual, los abordajes e



intervenciones que se implementan van encaminados a prevenir riesgos o reparar daños (Moreno, Arango Lasprilla, Gan y McKerral; 2013) pues se considera a estos sujetos seres “impotentes”, “asexuales” o, por el contrario, “hipersexuales” (Rembis, 2010; Santos y Santos, 2018).

## **1.2.- EL MODELO SOCIAL**

Este Modelo tienen sus orígenes en el Movement for Independent Living (Movimiento para la Vida Independiente) que desde la década de los 60 del siglo XX tuvo una fuerte presencia en el mundo anglosajón, fundamentalmente en Estados Unidos y Gran Bretaña (Palacios, 2008). Dos de los aportes más significativos de este movimiento fueron, primero, el desplazar el foco de atención del individuo con discapacidad como ser deficiente a las barreras discapacitantes del sistema social y, segundo, la distinción entre deficiencia (*impairment*) y discapacidad (*disability*); la primera relacionada con los factores biológicos del individuo y la segunda con los factores sociales (Palacios, 2008; Shakespeare, 2014).

En esencia lo que viene a plantearnos este modelo, es que la discapacidad no es consecuencia directa del individuo, sino de la interacción entre las deficiencias sensoriales, físicas, mentales o intelectuales que pueda presentar el mismo y las barreras sociales que le impiden su plena participación e inclusión en la sociedad (Oliver, 2004; Palacios, 2008). Por ello Oliver (2004, p.30) enfatiza en que debería ser considerado como “una herramienta práctica, y no como una teoría, una idea o un concepto” pues sólo desde ese posicionamiento se podrían hacer los cambios sociales necesarios para la integración de las personas con discapacidad en la sociedad.

Dentro de los principales logros que se le reconocen están el haber facilitado el desarrollo de políticas a todos los niveles, promovido la accesibilidad universal, luchado contra la institucionalización y potenciado la profesionalización de todo tipo de servicios dirigidos a estas personas. No obstante, algunos autores le critican que centre fundamentalmente su atención en el contexto social, subvalorando al propio individuo y a sus necesidades (Iniasta, Martínez, Martínez y Mañas, 2014; Shakespeare, 2014) .

En el plano sexual, si bien se le reconoce que ha permitido el conocimiento y abordaje de las barreras socioculturales que obstaculizan la vivencia y expresión del hecho sexual

de estos sujetos, le señalan el carácter androcéntrico y heteronormativo que subyace en el mismo pues los servicios y estudios tienden a focalizarse en cuestiones reproductivas, de crianza o función sexual (Rembis, 2010; Shakespeare, 2014; Santos & Santos, 2018; Toboso y Guzmán, 2010).

### **1.3.- MODELO DE LA DIVERSIDAD.**

En el año 2005 como consecuencia de la poca presencia del Movimiento de Vida Independiente, la insuficiente implementación del Modelo Social en España y la inconformidad con el término discapacidad, desde el Foro de Vida Independiente y Diversidad (FDVID) -una comunidad virtual para reivindicar los derechos de estas personas- se introduce el término Diversidad Funcional que vertebra este nuevo modelo (Palacios y Romañach, 2006; Canimas, 2015)

Con este concepto Romañach y Lobato (2005) no tratan de ocultar la obviedad de la diferencia, sino que su pretensión es dar valor a todos esos hombres y mujeres que históricamente por no funcionar como la mayoría de las personas, han sufrido una constante discriminación y exclusión sociales.

Por ello, hablar de personas con **Diversidad Funcional (PDF)** supone hablar de niños y niñas, hombres y mujeres que física, sensorial o psicológicamente son y funcionan de otra forma porque sus cuerpos y órganos, ya sean partes específicas o totalmente, son distintas a los de la mayoría de la población, lo cual les lleva a realizar las actividades y tareas habituales también de manera diferente (Palacios y Romañach, 2006).

Este modelo gira en torno a la dignidad, o como expresan Palacios y Romañach (2006, p.18) “la vida humana digna” de los hombres y mujeres con diversidad funcional, pues al alejarse de concepciones inferiorizantes, el empleo de esta nueva terminología se convierte en un poderoso recurso de empoderamiento para los propios sujetos ya que les permite repensarse a sí mismos y mismas como seres dignos y capaces.

No obstante, debemos señalar que algunos autores que están a favor del mismo le critican el hecho de que tomar la “deficiencia” solamente como expresión de diversidad puede llevar a invisibilizar los recursos tanto materiales como humanos que puedan realmente necesitar estas personas (Canimas Brugué, 2015). Otros llaman a evitar su

uso (CERMI, 2017) o expresan que el nuevo término pierde capacidad operativa al tratar de “obviar el elemento normativamente indeseable”, es decir, la diferencia corporal y/o funcional (Moscoso, 2011, p. 80).

En este trabajo consideramos que esta apuesta por la diversidad y la dignidad de las personas con diversidad funcional, recupera al sujeto con sus singularidades y ha abierto también las puertas a discursos y debates sobre las diferentes formas de discriminación, opresión y exclusión sexuales que tradicionalmente han sufrido.

Posicionar el discurso en estas sexualidades no normativas ha permitido visibilizar y legitimar sus corporalidades (Toboso y Guzmán, 2010); su derecho al placer en solitario o compartido (Arnau, 2015; 2017); sus formas de desear, vincularse y erotizarse (Centeno y de la Morena, 2015; Platero y Rosón, 2012) así como la necesidad de “buenas prácticas” para “atender, educar y apoyar” sus sexualidades (ANSSYD, 2015; de la Cruz, 2018).

#### **1.4.- LA TEORÍA CRIP O TULLIDA**

Razones parecidas a las que dieron origen en España al Modelo de la Diversidad Funcional por la fuerte vinculación entre activismo y academia fueron las que en Estados Unidos, también a inicios del siglo XX, hicieron posible el surgimiento y desarrollo de la Teoría Crip, que al castellano podríamos traducir como Tullida o Lisiada (McRuer, 2006).

El término crip deriva del adjetivo inglés cripple que significa tullido, lisiado. Un calificativo despectivo que alude a personas con unos cuerpos que son considerados “monstruosos”, “deformes”, “feos”, “anómalos”, “defectuosos” (Platero y Rosón, 2012) pero del que se apropiaron los propios sujetos aludidos -las personas con diversidad funcional - convirtiéndolo en una marca de empoderamiento, resistencia y orgullo (Moya, 2016; McRuer, 2006; Moscoso y Arnau, 2016).

Desde esta teoría se reivindica la singularidad de cada cuerpo; se problematiza la noción de normalidad física y funcional además de que se cuestiona esa normatividad que dictamina el por qué unos cuerpos y unas sexualidades son más aptas, sanas y válidas que otras (García-Santasmases, 2015; McRuer, 2006; Moscoso y Arnau, 2016).

En lo crip se le da voz a discursos y prácticas menos dominantes, centrándose en las vivencias, experiencias; en el placer y la intimidad de los propios individuos con diversidad funcional.

En el caso específico de España, esta teoría se hace evidente en la apropiación que hacen los propios sujetos con diversidad funcional de los calificativos peyorativos para referirse a sí mismos y mismas “soy cojo”, “soy parapléjica”, “estoy cegato” (Moya, 2016; Moya y Bergua, 2016); en los chistes o humor negro que tienen sobre su propia diferencia y también en las “prácticas políticas de subjetivación disidente” por medio de las cuales hacen visibles sus cuerpos y experiencias vitales como plantean Platero y Rosón (2012).

Todos estos modelos han contribuido a que se promulguen una serie de disposiciones legislativas a varios niveles que, en mayor o menor medida, han sido asumidas por los Estados.

### **1.5.- CUESTIONES JURÍDICO-LEGISLATIVAS**

No es nuestro objetivo profundizar en todas las disposiciones que desde el punto de vista jurídico-legislativo se han promulgado. Sin embargo, consideramos pertinente detallar algunas que a nivel internacional y estatal sustentan, en mayor o menor medida, el desarrollo positivo del hecho sexual humano en estas personas.

En primer lugar, la **Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad** (ONU, 2006), en sus artículos 23, 24 y 25 insiste en la necesidad de combatir todo tipo de discriminación que atente contra el desarrollo personal, la autoestima o en las cuestiones referidas al matrimonio, la paternidad (agregaríamos nosotros aquí, la maternidad) de estas personas, así como proporcionarles todas las medidas de apoyo necesarias para el acceso a la educación y a los servicios de salud, dentro de los que incluyen los de salud sexual y reproductiva.

La Asociación Mundial de Sexología en su **Declaración de los Derechos Sexuales** (WAS, 1997) al reconocer que la “*sexualidad es parte integral de todo ser humano*” postula que todos tenemos derecho a disfrutarla, gestionarla y expresarla dentro del

“*contexto de la ética personal y social*” además de considerar imprescindible recibir una educación sexual integral y servicios asistenciales de calidad.

A nivel estatal, la **Constitución Española** (BOE, 1978) aunque la terminología responde a la época en que fue redactada, en su artículo 49 hace referencia a las personas con diversidad funcional en calidad de “disminuídos” y desde un punto de vista asistencialista/rehabilitador, no obstante enfatiza en el hecho de que puedan disfrutar de los mismos derechos que las demás personas; además de que en el artículo 10 deja claro el respeto a la dignidad de todo ciudadano del estado español.

Por su parte, la **Ley Orgánica 2/2010, de 3 de mayo, de Salud Sexual y Reproductiva y de la Interrupción Voluntaria del Embarazo** (BOE, 2010), en el Artículo 5 del Capítulo I referido a las Políticas Públicas para la Salud Sexual y Reproductiva, reconoce el acceso de todos y todas a los servicios y programas en esta materia incluyendo a las personas con discapacidad.

Con el propósito de dar cumplimiento a esta Ley, **la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva** expresa que:

Las personas con discapacidad 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 la relación sexual sea más comunicativa y placentera, cómo oponerse a prácticas que no se desean o cómo evitar las ITS-VIH[...] (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011:49).

En la **Ley General de Derechos de las Personas con Discapacidad y de su Inclusión Social** (BOE, 2013), se aboga una vez más por la promoción y respeto de la autonomía y la libertad en la toma de decisiones de estas personas; el derecho a la protección de la salud con énfasis en la prevención, la promoción, habilitación y rehabilitación, remarcando la especial atención que hay que darle a los aspectos de la Salud Sexual y Reproductiva.

En sentido general, aunque existe un marco jurídico-legislativo que reconoce los derechos sexuales y reproductivos de las personas con diversidad funcional, llama la

atención como aún en muchas de esas disposiciones se asumen posturas asistencialistas y paternalistas además de utilizar términos que continúan estigmatizándoles.

### **1.6.- LA DIVERSIDAD FUNCIONAL FÍSICA (DFF).**

El Informe Olivenza (OED, 2018) estima que en España hay más de 4 millones de personas con discapacidad lo cual supone el 9% de la población. De todas ellas, el 84,6% presentan limitaciones físicas (osteo y neuromusculares) que les dificultan la realización de las actividades y funciones de la vida diaria.

Aunque se utiliza el término Diversidad Funcional Física como categoría genérica, la misma hace referencia a una variedad de condiciones congénitas, adquiridas o crónicas que afectan a los sistemas osteoarticular, nervioso y/o muscular caracterizadas por la ausencia o afectación de órganos o estructuras corporales que provocan en los individuos en los que se presentan, que las funciones derivadas de dichos sistemas estén limitadas o las realicen de forma diferente a la mayoría de las personas (Observatorio de la Discapacidad Física, s/f; Rosell, Soro-Camats y Basil, 2010).

Son diversos los criterios que se siguen para clasificarlas, pero los que aparecen con más frecuencia en la bibliografía consultada los sintetizamos en la figura 1:

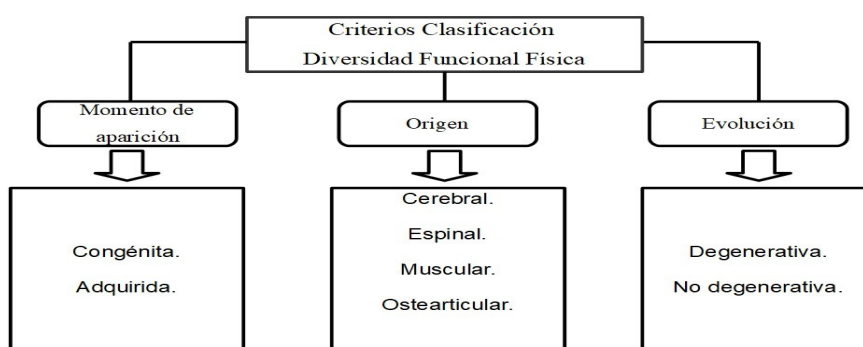


Figura 1: Elaboración personal a partir de Rosell, Soro-Camats y Basi (2010) y Sanz y Reina (2012).

Respecto al momento de aparición, la **D.F. congénita** es aquella con la que nace la persona y que no depende sólo de los factores hereditarios, sino también de diferentes situaciones o procesos que pueden ocurrir durante el período de gestación y en el parto.

La **D.F. adquirida**, por su parte, es aquella que se da después de los 6 años como consecuencia de situaciones no congénitas entre las que destacan principalmente los accidentes (de tráfico, laborales, domésticos, deportivos) y las enfermedades sobrevenidas (Suriá Martínez, 2013).

Las **degenerativas** serían todas aquellas patologías hereditarias o adquiridas en las que se produce una progresiva disfunción y deterioro de tejidos y órganos; mientras que las **no degenerativas** aunque inciden en el funcionamiento del organismo, no implican un deterioro del mismo.

En cuanto al origen, como se puede apreciar en el esquema siguiente, son diversos los órganos y estructuras del organismo que pueden verse afectados pre, peri o postnatalmente, condicionando la aparición de algún tipo de tipo de D.F.F.

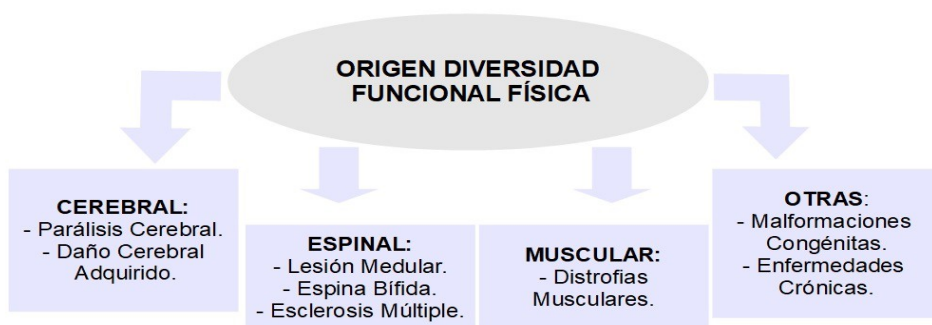


Figura 2: Diversidad Funcional Física en función de su origen. Elaboración personal a partir de ASPACE y Sanz y Reyna (2012).

Todas estas tipologías mencionadas, dibujan un cuadro muy variado que hace imposible hablar de un patrón típico en cada una de ellas pues hay diferencias no sólo a nivel cuantitativo (grado o gravedad en que se manifiestan) sino también diferencias cualitativas (las que se presentan individualmente de un sujeto a otro). Si a ello sumamos las propias características de cada individuo a lo largo de su ciclo vital y las del contexto en el que vive, podemos concluir que la diversidad aquí es la norma.

Todas estas DFF, en función de los aspectos señalados, pueden afectar en mayor o menor medida en la realización de las actividades básicas e instrumentales de la vida

diaria de estos sujetos, la sexualidad y la erótica también incluídas, por lo que en el capítulo que sigue nos adentraremos en esas dimensiones del hecho sexual humano.

## **2.- DE SEXUALIDADES Y ERÓTICAS.**

### **2.1.- EL HSH DESDE LA SEXOLOGÍA SUSTANTIVA**

Asumimos este paradigma porque nos posiciona en la Sexología como ciencia y profesión y no como una rama subsidiaria o adjetiva de otras disciplinas científicas como tradicionalmente ha venido haciéndose dígase Medicina, Psicología, Antropología por sólo mencionar algunas; lo cual no significa subvalorar el rol que han tenido todas esas especialidades en la génesis y desarrollo de la propia Sexología.

El corpus nuclear de este paradigma queda plasmado en la ponencia “La Sexología como ciencia. Esbozo de un enfoque coherente del hecho sexual humano”, pronunciada por el Dr Efigenio Amezúa en la 1º Semana de Estudios Sexológicos celebrada en Vitoria en 1979.

En la misma se expresa que la Sexología tiene como objeto de estudio el hecho sexual humano, pues es una realidad incuestionable que *“somos sexuados (todos, sin excepción, y no podemos no serlo), nos vivimos como sexuados (mal o bien, cada cual como puede...) y nos expresamos como sexuados (incluso tratando de negar esa expresividad)”* (Amezúa, 1979, p. 20).

Partiendo de esto, Amezúa esboza los tres primeros grandes registros del hecho sexual humano: el **sexo** que hace referencia al modo de hacerse y ser sexuado; la **sexualidad** que es el modo en que cada individuo se vive como el sujeto sexuado/a que es; y la **erótica** que se refiere a cómo se expresa esa condición sexuada. Para adentrarse en cada uno de ellos, propone alejarse de la visión medicalizada, patologizante y moralista del hecho sexual para posicionarlo como un valor humano que precisa ser conocido, potenciado y cultivado desde un marco de comprensividad en cualquiera de las tres líneas de actuación de la Sexología: la investigativa, la educativa y la asistencial.

En años posteriores el propio Amezúa reformula y amplía (1999; 2003) lo que él denomina campos conceptuales o epistemes del Hecho Sexual Humano y que sintetizamos en la siguiente tabla:



<b>Campo conceptual</b>	<b>Contenido</b>
<b>Sexuación</b>	Da cuenta del proceso biográfico mediante el cual los diversos agentes sexuales hacen que los sujetos vayan construyéndose de uno u otro sexo.
<b>Sexualidad</b>	Da cuenta de las vivencias, sentimientos y percepciones de los sujetos a medida que van autosexuándose y también la orientación hacia los otros hombres y mujeres que les rodean.
<b>Erótica</b>	Expresión de la condición sexuada, de los deseos de hombres y mujeres como sujetos sexuados y sexuales.
<b>Amatoria</b>	Formas particulares y específicas en las que se materializa el encuentro de los sujetos sexuados como amantes.
<b>Pareja</b>	Formas en que los sujetos sexuados organizan y comparten sus vidas, planes y proyectos para entenderse y convivir.
<b>Procreación</b>	Formas en que los sujetos sexuados desean hacer o tener hijos.

Tabla 1 : Elaboración propia a partir de Amezúa (1979; 1999; 2003).

Para sexólogos como Landarroitajauregui (2001) y Sáez (2017), con los que estamos de acuerdo, la amatoria no debería considerarse un registro aparte sino más bien incluirse dentro de la erótica al tratarse de formas conductuales específicas de expresar la condición sexuada. Por tanto, la erótica no sólo sería el reino de los deseos sino también el de las formas en que se materializan y satisfacen los mismos.

Además de dichos campos conceptuales, tres elementos importantes a los que la Sexología Sustantiva llama a prestar especial consideración en cada uno de ellos son el planteamiento dimórfico, la intersexualidad y los caracteres sexuales (Amezúa, 1999, 2003; Sáez, 2017).

El primero hace referencia a que existen dos tendencias generales, no absolutas, hacia los que tiende el proceso de sexuación: el masculino y el femenino. Realidad

constatable a nivel cromosómico (XX, XY), gonadal (ovarios, testículos), genital (trompas, útero, vagina, vulva; canales eyaculatorios, pene) y de (auto)etiquetaje sexual (ser mujer, ser hombre) (Sáez, 2017). Estos dos modos o formas diferenciadas no han de verse como opuestos ni excluyentes, sino como 2 polos extremos de un contínuum en el cual se irán situando los sujetos en uno u otro punto en función de su propia lógica de sexuación, y gracias a la intervención de multiplicidad de agentes sexuales.

Es por ello que a lo largo de dicho contínuum hay que hablar de intersexualidades a todos los niveles y no solamente desde lo biológico como tradicionalmente se ha hecho. Es decir, hay que aludir a sujetos sexuados que al configurarse en los particulares hombres y mujeres que son, comparten y/o se acercan -en mayor o menor medida- a rasgos o características que se presentan con mayor frecuencia en el otro modo sexuado (de la Cruz, 2018).

Los caracteres sexuales, por su parte, ayudarían a comprender y explicar esta gran diversidad y riqueza ya que dan cuenta de lo que es propio de cada uno de los modos y de lo que comparten entre sí.

Los primarios aluden a lo que es exclusivo de cada sexo y no del otro, por lo que estaríamos moviéndonos en el registro dimórfico. Al hablar de los secundarios y terciarios nos situaríamos en lo intersexual.

Los secundarios serían aquellos que a pesar de ser dominantes en uno de los sexos, no se dan de manera exclusiva en el mismo, por ejemplo, y uno de los que más se cita en la bibliografía, es la presencia del vello corporal que aunque es más común en el sexo masculino, también pueden encontrarse mujeres donde esto sea un rasgo distintivo.

Los terciarios están relacionados con la cultura, con el proceso de socialización -en los discursos actuales fuera de la Sexología se corresponderían con los roles sexuales o de género-, pero en este caso serían rasgos compartibles e intercambiables a uno u otro sexo como es el caso de la expresión de los afectos, los estilos comunicativos, la vivencia de la maternidad-paternidad, la expresión de los deseos eróticos (Sáez, 2017).

En general, la Sexología Sustantiva al tomar como objeto “*el sexo que se es*” y no “*el sexo que se hace*” (prácticas) ni “*el sexo que se tiene*” (genitales), recupera al individuo de entre tantas etiquetas o categorías diagnósticas y lo posiciona como sujeto sexuado, sexual, relacional y erótico, único e irrepetible, permitiendo:

- Centrarse en cómo dichos sujetos sexuados van configurando sus particulares formas de ser hombres y ser mujeres en los contextos en los que viven;
- Comprender sus identidades y comportamientos. No decir si algo está bien o mal, es normal o anormal;
- Conocer cómo se encuentran, vinculan y gestionan sus deseos;
- Hablar de contenidos eróticos cultivables más que de trastornos curables, parafilias u otros términos psicopatológicos o moralistas por el estilo.

Partiendo de estas generalidades, pasaremos a detallar tres de los elementos que tienen una gran influencia y matizan las vivencias de ser hombre y ser mujer en los individuos concretos: la identidad sexual, la orientación del deseo erótico y la imagen corporal.

### **2.1.1.- LA IDENTIDAD SEXUAL**

Existe un consenso bastante generalizado de que para los 3-4 años solemos tener conciencia de nuestra identidad sexuada. Durante mucho tiempo se creyó - y aún muchos lo siguen pensando- que esto era resultado de la relación existente entre los genitales y la crianza recibida en función de los mismos: si se tiene pene se es hombre y si se tiene vulva se es mujer. Sin embargo, realidades como la transexualidad, por sólo citar un ejemplo, ponen bien en entredicho esa antiquísima creencia.

Los últimos hallazgos científicos, aunque no son concluyentes, plantean que la identidad sexual “parece que tiene más que ver con cuestiones de hormonación prenatal de algún núcleo cerebral; que en función de cómo se sexúa acaba condicionando una identidad sexual de hombre o de mujer” (Sáez, 2017, p. 51).

Por tanto, el autodefinirse como el sujeto sexuado que uno se siente ser, no es una cuestión dada a priori ni de voluntad o capricho del sujeto sino que se va tomando conciencia de ella, construyendo y redefiniendo en las diferentes etapas de la vida, en función de los diferentes contextos y acontecimientos biográficos que se viven.

También es cierto que toda sociedad configura un sistema de principios, valores y normas sociosexuales que implícita o explícita, real o simbólica, establecen las formas ideales de ser hombre y de ser mujer. Dicha legitimación ha estado basada en cada contexto histórico en una serie de atributos ya sean corporales, socioeconómicos, origen étnico-cultural, orientación sexual, etc., de manera que toda persona que se aleje o no cumpla con el o los atributos establecidos, queda excluida y relegada a una posición de inferioridad o marginalidad.

Todo esto condiciona un modelo androcéntrico, heterosexista, coitocéntrico, genitalista y reproductivo que para las PcDFF, en nuestro caso concreto, constituye como muy bien señala Arnaú Ripollés (2014:8) un “*sistema de opresión patriarcal-biomédico-capacitista-minusvalidista*” que lleva a que a estos hombres y a estas mujeres se les considere débiles, incapaces, dependientes, vulnerables, asexuales ya sea su diversidad funcional congénita o adquirida. Una representación y asunción negativa que tiene repercusión en la identidad sexual de estas personas, es decir, en el autoreconocimiento y sentimiento personal de vivirse como los/las sujetos sexuados/as que son.

Chapel (2014) y Lock (1998) en Wiegerink, Roebroek, Bender, Stam y Cohen-Ketennis (2011) encontraron que hasta la adolescencia media (14-16 años) los sujetos con discapacidades físicas desarrollan sus identidades sexuales del mismo modo que los sin discapacidades. Sin embargo, a partir de la adolescencia tardía (17-19 años) y como consecuencia de los síntomas orgánicos y físicos, de las actitudes de rechazo y de la sobreprotección familiar empezaban a mostrar más preocupaciones respecto a la procreación y la posibilidad de un vínculo de pareja estable al compararse con sus pares sin discapacidad.

Otros estudios manifiestan que son frecuentes las dificultades que presentan las PcDFF para desarrollar sus identidades sexuales en el caso de las congénitas (Moira Dune, 2014), o para reconstruirlas en el caso de las adquiridas (Beckwit y Yau, 2013; de la Cruz, 2018;García-Santesmases, 2014; Gomiz, 2016; Parker y Yau, 2012; Tellier y Callejas, 2017), prevaleciendo en ambos casos la etiqueta de persona con diversidad funcional sobre la de niño o niña u hombre o mujer.

Un aspecto común que plantean todos los estudios consultados es que las limitaciones y los síntomas físicos son considerados por los sujetos como entorpecedores de los roles que tradicionalmente se les han asignado. El declive de la fuerza física, el dolor crónico, la falta de control de esfínteres, la espasticidad, la movilidad reducida, la falta de sensibilidad, por sólo citar algunos, son factores que inciden directamente en sus formas de vivenciarse como hombres o mujeres (Connell, Coates y Wood, 2014; de la Cruz, 2018; Fritz, Dillaway y Lysack, 2015; García-Santesmases, 2015; Kolzet et. al. 2015).

### **2.1.2.- LA ORIENTACIÓN DEL DESEO ERÓTICO.**

A la multidimensionalidad y complejidad de la identidad sexual contribuye también uno de los componentes de la misma que en algunas ocasiones se convierte en una de las principales marcas identitarias desde la cual los sujetos sexuados se definen: la orientación sexual (APA, 2008; González Amago, 2018; Moin, Duvdevany y Mazor, 2009).

La misma puede ser definida como la tendencia interna, relativamente estable, de desear erótica y/o afectivamente a personas del mismo sexo, del otro o a ambos sexos (APA, 2008; Baile Ayensa, 2008; Bailey, Vasey, Diamond, Breedlove, Volain y Epprecht, 2016; de la Cruz, 2018).

Aún cuando los hallazgos no son concluyentes, como en el caso de la identidad sexual, los estudios apuntan a que la orientación sexual también tiene un componente biológico, específicamente con base en los procesos de sexuación cerebral. Por tanto, la misma no se escoge por voluntad propia, sino que se llega a descubrirla, conocerla y gestionarla (APA, 2008; Bailey et al, 2016; Landarroitajaúregui, 2014; Sáez Sesma, 2017).

Diversos trabajos insisten en la importancia de considerar la vivencia y expresión de la orientación sexual de las personas con diversidad funcional tanto a nivel investigativo, asistencial como en el de las políticas públicas (González Amago, 2005, 2018; APA, 2008; de la Cruz, 2018; Griner, Pomeranz y Barret, 2016; Nguyen, Liamputtong y Monfries, 2016; Shakespeare y Richardson, 2018).

Sin embargo, son pocos los estudios que se centran en esta variable en las PcDFF (Morales, Gauthier, Edwards y Courtois, 2016; Sweeney, Horne y Ketz, 2015) y aunque

algunos de corte generalista las incluyen, los mismos están enfocados fundamentalmente en mujeres y en sujetos heterosexuales (Vaughn, Silver, Murphy, Ashbaugh y Hoffman, 2015; García-Santesmases, 2015; Griner, Pomeranz y Barret, 2016; Gomiz, 2016; Moin, Duvdevany y Mazor, 2009; Santos y Santos, 2018), constituyendo los sujetos con orientaciones del deseo no normativas los que menos atención reciben (González Amago, 2005, 2018; Dispenza, Harper y Harrigan, 2016; Fredriksen-Goldsen, Kim y Barkan, 2012; Kattari, 2015).

Dentro de los trabajos que consideramos importante mencionar por el abordaje “longitudinal” que hacen de la relación sexualidad-discapacidad, aunque no se centren exclusivamente en la DFF pero que sí toman en consideración las orientaciones sexuales de los sujetos, son los realizados por González Amago (2005; 2018) y Shakespeare et al (1996; 2018).

Los trabajos de Shakespeare et al, realizados con 20 años de diferencia, incluyen a sujetos británicos con distintos tipos de diversidades funcionales heteros y homosexuales. De su análisis se desprende que se han operado muchos cambios no sólo en relación a las actitudes hacia las personas con DF sino también hacia las orientaciones sexuales no normativas.

Los de González Amago, por su parte, se centran en sujetos españoles con diversidades funcionales exclusivamente homosexuales además de contar con la opinión de diversos expertos y activistas de ambas comunidades. Este autor señala que si para algunas personas con diversidad funcional vivir la heterosexualidad como lo hacen las personas sin DF resulta complejo; esta situación se dificulta aún más para aquellos que son GLBT, lo cual queda evidenciado en las experiencias de discriminación, invisibilización y negación contadas por los sujetos entrevistados/as (González Amago, 2018).

Hechos que se corroboran si tomamos en cuenta que los sujetos con DF GLBT a pesar de considerar importante hablar abiertamente de sus orientaciones (Kattari, 2015), no tienen ni encuentran redes de apoyo, servicios especializados ni referentes que les permitan integrar de forma coherente sus orientaciones e identidades sexuales (González Amago, 2018; Nguyen, Liamputtong y Monfries, 2016; de la Cruz, 2017; Moira Dune, 2012; Ride y Newton, 2018; Vaughn, Silver, Murphy, Ashbaugh y

Hoffman, 2015). De hecho, tienden a revelar su orientación sexual entre 5 a 8 años más tarde del que suelen hacerlo aquellas personas sin DF (González Amago, 2018).

Asociado a ello, encontramos la alta prevalencia de discapacidad en adultos GLBT en comparación con sus homólogos heteros con un marcado predominio de hábitos no saludables (Fredriksen-Goldsen y Barkan, 2012), enfermedades crónicas y problemas psicológicos (Dispenza, Harper y Harrigan, 2016).

### **2.1.3.- LA IMAGEN CORPORAL**

La Imagen Corporal (I.C.) es otro de los elementos nucleares que tiene gran influencia en la forma en que cada individuo vivencia su sexualidad. La misma es un constructo multidimensional que hace referencia al conjunto de pensamientos, sentimientos y comportamientos de los individuos en relación a atributos de su propio cuerpo como la forma, la funcionalidad y el atractivo (Botero y Londoño, 2015; Gasco, Briñol y Horcajo, 2010; Sweeney, Horne y Ketz, 2015).

De este planteamiento se desprende que la misma tiene tres componentes fundamentales: el cognitivo que hace referencia a la manera en que cada sujeto percibe, imagina o piensa su cuerpo; el afectivo que alude a los sentimientos y emociones que suscitan las características corporales; y el conductual que está relacionado con las actitudes de aceptación o rechazo así como con todas aquellas estrategias que despliega el individuo para el cuidado y mantenimiento del mismo.

Es una imagen que comienza a construirse desde la infancia y está influenciada también por las valoraciones sociales, positivas y negativas, que hacen los demás respecto al cuerpo del individuo, lo cual indiscutiblemente tiene repercusión en su identidad sexual.

En el caso específico de las PcDFF varios estudios señalan que existen una serie de factores que influyen negativamente en la configuración de la imagen que tienen sobre sus cuerpos (Kolzet et al, 2015; Moira Dune, 2014; Taleporos y McCabe, 2002), dentro de los que destacan:

- El modelo social de estética corporal que constituye un ideal inalcanzable para muchos hombres y mujeres con y sin diversidad funcional (Botero y Londoño,

2015; Conell, Coates y Wood, 2014; Gasco, Briñol y Horcajo, 2010; Kolzet et al, 2015; McCabe y Taleporos, 2001; Moira Dune, 2014).

- La severidad de la diversidad funcional unida a las problemáticas que se presentan en las funciones corporales (dolor crónico, espasticidad, incontinencia vesical o intestinal, insensibilidad, dificultades motrices) con los consiguientes tratamientos farmacológicos derivados de muchas de ellas (Conell, Coates y wood, 2014; García-Santesmases, 2015; Kolzet et al, 2015; Moira Dune, 2014).
- El acceso de muchas otras personas (familiares, personal sanitario, cuidadores, etc.) a sus cuerpos que aunque en ocasiones es necesario como en las actividades de cuidado e higiene personal, muchas veces supone una invasión que no cuenta con el consentimiento de ellos y ellas (ASPACE, 2018; de la Cruz, 2018; García-Santesmases, 2015; Moira Dune, 2014).
- El uso de ayudas técnicas sobre todo aquellas que son más visibles como las sillas de ruedas, catéteres permanentes, bolsas y prótesis que hacen más evidente la presencia de la diversidad funcional (Beckwitt y Yau, 2013; García-Santesmases, 2015).

Los efectos de dichos factores son más frecuentes en las mujeres que en los hombres con DFF (Conell. Coates y Wood, 2014; García-Santesmases, 2015; Kolzet et al, 2015) pues aunque para ellas es importante tener una imagen corporal positiva (Moin, Duvdevany y Mazor, 2009), la interiorización de estereotipos negativos sobre la discapacidad (Parker y y Yau, 2012) y lo inalcanzable que resulta el modelo corporal hegemónico (Conell, Coates y Wood, 2014), las llevan a desarrollar una imagen corporal negativa o en el caso de DFF adquiridas como la lesión medular, presenten más dificultades para reconstruirlas positivamente (García-Santesmases, 2015).

Por su parte, entre los factores que propiciarían una imagen corporal positiva se mencionan el compararse con PcDFF más severas que las de ellos/as, lo cual haría que su autovaloración corporal fuese más positiva (Moira Dune, 2014); la autoexploración y (re)descubrimiento de su propia sexualidad (Moira Dune, 2014), las experiencias y



prácticas sexuales con otros (Kolzet et al, 2015; Parker y Yau, 2012) y el uso de AATT o productos de apoyo no visibles (Beckwitt y Yau, 2013).

Si bien los tres elementos abordados influyen en la vivencia de la sexualidad de las PcDFF, también es importante señalar que no son sólo sujetos sexuales y sexuados/as sino que, al igual que todas las demás personas, tienen la potencialidad de expresar dicha condición mediante sus eróticas.

## **2.2.- ERÓTICA**

La erótica da cuenta de nuestros deseos como sujetos sexuados y sexuales. Se expresa de forma explícita (estrategias de cortejo y seducción, conductas eróticas) o implícita (simbolismo, fantasías, sueños eróticos) ya sea a nivel autoerótico o aloerótico (Amezúa, 1999; de la Cruz, 2018; Gómez Zapiain, 2009, 2018; La Calle, 2019; Sáez, 2017; Malón, 2009).

Esta multidimensionalidad de la misma, da la medida de lo diversas que pueden ser sus expresiones interindividualmente pero también en el propio individuo a lo largo de su vida. Como potencialidad humana que es, trasciende lo biológico, la inmediatez instintiva de la mecánica copulatoria para sumergirnos como los seres humanos que somos, en el mundo de la representación, de la imaginación pero sobre todo, en la búsqueda y encuentro con otros sexuados. Es, como decía Octavio Paz, “sed de otredad” (1994; p. 20).

Desafortunadamente en nuestras sociedades se ha establecido un modelo erótico normativo que privilegia unos sujetos con unos cuerpos válidos y atractivos (hombres y mujeres jóvenes heterosexuales), unas zonas erógenas (los genitales), una práctica exclusiva (la penetración pene-vagina), un lugar específico donde tener las interacciones erótico-amatorias (habitación-cama) y un fin (la reproducción).

Un modelo que no sólo obvia e invisibiliza la multiplicidad de las expresiones y fines eróticos sino que al dotar de “capital erótico” a unos pocos y a unas pocas (Hakim, 2012), excluye a una gran diversidad de sujetos de(l) deseo -las PcDFF entre ellos- deserotizándolas e impidiéndoles explorar, descubrir, expresar y vivir todo su potencial erótico.

Afortunadamente, un aspecto que viene siendo cada vez más recurrente en la literatura científica (de la Cruz, 2018; Malón, 2009; Mollow y McRuer, 2012; Santos y Santos, 2018; Siebers, 2012) y puesto de manifiesto por las propias PcDFF (Arnaú, 2014, 2015, 2017; Centeno, 2014; Centeno y de la Morena, 2015) es que a pesar de las limitaciones que pueden generar sus diversidades funcionales, las mismas no son impedimentos para expresar, desarrollar y/o enriquecer la erótica cada uno a su manera, desde sus posibilidades, deseos, intereses, apetencias y en relación a los apoyos y facilitadores contextuales que precisen en cada caso.

### **2.2.1.- EL DESEO ERÓTICO**

Del deseo erótico mucho se sigue escribiendo y hablando al constituir uno de los elementos nucleares de la experiencia erótica humana (La Calle, 2000, 2019; Gómez Zapiain 2018). A pesar de ello, muchas veces por la intensidad con que se viven y expresan han sido equiparados con los instintos e impulsos, una visión bestializada y patologizante que sirve a los propósitos del modelo erótico imperante que etiqueta de irracionales, viciosos o perversos a aquellos y aquellas que se salen de dichos estándares (Malón, 2009).

Helen Singer Kaplan (1971, 1977) en Gómez Zapiain (2018) en su modelo trifásico de la respuesta sexual lo posicionó como la primera fase del ciclo de la respuesta sexual humana precediendo a la excitación y al orgasmo, y lo definió como aquellas sensaciones provocadas por estímulos internos o externos que motivan al individuo a comenzar o recibir algún tipo de estimulación sexual.

Sin embargo, para autores como Snarch (1991, 2000) en Zapiain (2018) el deseo no puede considerarse solamente una fase previa a la excitación y al orgasmo sino que, en mayor o menor intensidad, está presente en ellas en todo momento. En su Modelo del Quantum en el que nos habla de la experiencia erótica, no sólo contempla la estimulación física necesaria y adecuada para activar la respuesta sexual, sino que da gran valor e importancia a los procesos afectivos, cognitivos e interaccionales que llevan a los individuos a dar significados específicos a sus experiencias eróticas en cada momento y que los pueden condicionar a desear con mayor o menor intensidad y/o frecuencia.

Levine (1988) en Gómez Zapiain (2018) considera que en el mismo confluyen tres elementos interdependientes e interrelacionados: el impulso (drive) que constituye su base fisiológica y que tiene una serie de manifestaciones específicas que evidencian la activación sexual; el anhelo (wish) que hace referencia a las ganas de tener experiencias sexuales independientemente del impulso; y el motivo (motive) que es el más complejo de los tres ya que involucra tanto la propia biografía sexuada del individuo como los procesos interaccionales e interpersonales que vive.

Las investigaciones de Basson (2001, 2005) en La Calle (2019) en las que encontró que algunas mujeres experimentaban primero la excitación y luego el deseo, también la han llevado a plantear que los modelos lineales de la respuesta sexual no llegan a reflejar con precisión cómo éstas viven dichas experiencias. Para ella el deseo femenino es menos lineal que el masculino, siendo la intimidad el principal factor contribuyente para la activación del mismo en ellas.

En España Fuertes y López (1997), Gómez Zapiain (2009, 2013, 2018), Lucas-Matheu (2009), López y Fuertes (1989), La Calle (2000, 2019), nos ofrecen acercamientos complejos y dinámicos del deseo donde a la par de los factores neurofisiológicos son muy tenidos en cuenta los psicológicos e interpersonales, abriendo las puertas a pensarlo más allá de la respuesta genital y del coito o cópula como su única vía de satisfacción, haciéndonos comprender que otras formas de expresión y materialización de los mismos son posibles.

Para López y Fuertes (1989) el deseo es uno de los “afectos sexuales” y entre sus principales características destacan que es un “estado interno” influenciado por “inductores internos y externos” cuyo “objeto” puede estar o no definido, que nos impulsa a buscar diversos tipos de interacciones eróticas las cuales pueden ir desde las prácticas auto hasta las aloeróticas, por lo cual no puede decirse que tenga formas predeterminadas de satisfacción ya que depende de factores personales, relacionales y socioculturales.

En esta misma dirección Gómez-Zapiain (2018, p.67) considera que el deseo es “una emoción compleja, sustentada en sus bases biológicas, mediatizada de modo importante por el medio cultural, que genera una tendencia a la acción y que puede activar el

comportamiento sexual, bien autoerótico, bien compartido”. Para él los elementos que permiten explicar y comprender cómo se configura el deseo sexual son los estímulos que tienen valencia erótica, los contextos que lo activan o inhiben, las fantasías, la intensidad que tenga esa activación y la capacidad del individuo para regular esta emoción compleja.

Lucas-Matheu (2009), por su parte, plantea que en el deseo coexisten tres dimensiones. La primera dimensión tiene que ver con la parte más fisiológica-genital de la respuesta sexual y es la del *deseo como descarga de la tensión sexual*. La segunda, es la del *deseo de ser deseados/deseadas* y se asienta en la necesidad que tenemos como humanos de ser queridos, estimados, admirados por los demás. La tercera y última dimensión es la del *deseo de encuentro mutuo* y que alude a la necesidad de conectar, comunicarnos e intimar con otros.

En sentido general todos estos autores -cada uno con sus matices- nos han permitido situar al deseo erótico dentro de la propia estructura psicológica de cada sujeto sexuado al entenderlo como una experiencia emocional subjetiva que si bien está enraizada en lo biológico son sus componentes vivenciales, ideacionales, interaccionales, contextuales a lo largo del ciclo vital, los que hacen que esos deseos eróticos sean únicos, exclusivos, peculiares e irrepetibles para cada sujeto.

En el contexto específico de las PcDFF los pocos estudios encontrados se centran en las mujeres y lo enfocan fundamentalmente como la fase primaria del ciclo de la respuesta sexual que una vez activada lleva a la descarga de la tensión sexual por medio de prácticas y posturas sexuales determinadas (Nguyen, Horey y Liamputtong, 2019). Los resultados en tal sentido son contradictorios.

Algunos señalan que en las PcDFF hay una disminución o pérdida del deseo sexual debida a los síntomas físicos (Akhavan Amjadi, Simbar, Ai, Hosseini y Zayeri, 2017; Nguyen, Liamputtong y Monfries, 2016); al uso de dispositivos de apoyo (Akhavan et al, 2017); al bajo deseo sexual de sus parejas hacia ellos/as (Akhavan et al, 2017) o al no sentirse deseados/as (García Santesmases, 2015; Nguyen, Horey y Liamputtong, 2019).

Otros como el de Sander, Maestas, Nick, Papadakis Hammond, Hanks y Ripley (2013) en personas con traumatismo encefálico y sus parejas, encontró que ninguno de los sujetos con DCA, reportó disminución o ausencia en su deseo sexual, hecho que sí se hizo evidente en el 34% de las parejas de los mismos.

Mientras que Strizzi, Olabarrieta, Pappadis, Olivera, Valdivia, Fernández y Arango-Lasprilla(2015) en el estudio realizado con 29 mujeres con TCE, encontraron que aunque estas manifestaron experimentar menos deseo sexual que las del grupo de control, el mismo persistía y que el deseo de las mismas por las prácticas autoeróticas era mayor que en las del grupo de control.

Si bien la mayoría de estos estudios se centran en la satisfacción del deseo mediante las llamadas prácticas sexuales, las manifestaciones y vías de satisfacción del mismo son diversas como hemos planteado, por lo que en las líneas que siguen abordaremos las expresiones gestuales, comportamentales e imaginativas del mismo.

### **2.2.3.- EL CORTEJO HUMANO**

Una de las máximas expresiones conductuales de la seducción es el cortejo, galanteo, flirteo, coqueteo o como quiera llamársele a este comportamiento de selección y rechazo con determinantes biológicos que en los seres humanos no se supedita a la búsqueda instintiva de pareja con fines meramente reproductivos sino que lo trasciende al tener nuestra respuesta sexual, nuestro deseo, un carácter neurohormonal permanente que hace que también busquemos el contacto, la comunicación y el placer.

El mismo pudiera definirse como el conjunto de estrategias comportamentales verbales y no verbales de marcado carácter erótico por medio de las cuales se pretende atraer la atención y el interés de una pareja potencial, sea esta ocasional o con fines más estables y duraderos (Givens, 2008; Greene, 2004; Maté y Acarín, 2011).

Los autores consultados (Bonilla, 2012; Givens, 2008; Greene, 2004; Maté y Acarín, 2011) concuerdan en que el mismo se desarrolla en una serie de fases bien estructuradas con unos objetivos específicos que habrá que alcanzarlos pues, de realizarse de manera abrupta o no respetar la dinámica que ha de darse en cada una de ellas, el resultado puede ser catastrófico.

Desafortunadamente, como señalan Maté y Acarín (2001), es un tema que recibe muy poca atención en los estudios sobre la sexualidad humana a pesar de estar presente en el día a día y aparecer en la actualidad otros contextos o soportes como las nuevas tecnologías, mediante las cuales los sujetos siguen desplegando sus estrategias de cortejo y seducción.

El cibercortejo, que lo podemos incluir dentro de lo que Lucas-Matheu (2009) llama Eros electrónico, brinda un contexto de aprendizaje y experimentación desde el cual los individuos por medio del intercambio de imágenes y textos pueden transmitir sus deseos e intereses eróticos a otra (s) persona(s), muchas veces hasta desde el anonimato lo cual puede dar confianza, seguridad a aquellos que por una razón u otra, carecen de las habilidades necesarias para cortejar cara a cara, o que simplemente no encajan en los modelos eróticos y estéticos establecidos.

Y es que como plantea Bonilla (2010) “...la naturaleza del cortejo y selección de pareja ha sido diseñada para escoger lo vistoso, lo bueno, lo agradable, lo saludable y descartar lo limitado, lo enfermo, lo incompleto..”. Las PcDFF quedarían, por tanto, también fuera de este juego de la seducción y el cortejo al ser consideradas asexuadas, no atractivas ni deseables.

Sin embargo, como el propio Bonilla (2010) manifiesta, el carecer de ese atractivo no impide que individuos con diversidades funcionales u otras condiciones, cortejen y seduzcan. Para ello utilizan otras estrategias en las que ponen en valor su cultura general, el sentido del humor, su espiritualidad o los hobbies e intereses que les dan sentido a su vida.

Este mismo autor remarca la importancia para estos sujetos de aceptarse a sí mismos, tener un autoconcepto y autoestima positivas para desplegar estrategias que les permitan cortejar a aquellas personas que les atraen y despiertan su interés.

#### **2.2.4.- PRÁCTICAS ERÓTICAS**

Tenemos una visión tan genitalizada y coitocéntrica de la erótica que al hablar de las prácticas eróticas de las PcDFF, lo primero que suele pensarse es que la pérdida o disminución de funciones corporales, marcan el fin de la vida erótica de los mismos/as.

Es cierto que no podemos negar que dichas dificultades junto a otros síntomas que se presentan pueden interferir en expresiones amorosas como las caricias, los besos, las posturas y movimientos eróticos, la articulación de frases románticas, la masturbación (García-Santesmases, 2015; Morales, Gauthier, Edwards y Courtois, 2016; Moreno, Arango, Gan y McKerral, 2013; McCabe y Taleporos, 2003; Nguyen, Liamputtong y Monfries, 2016).

Pero es importante reiterar el hecho de que las prácticas eróticas van más allá de los genitales y el coito; y que la gestión de las diversas limitaciones derivadas de la diversidad funcional, varían subjetivamente de un individuo a otro (Moira, 2014). Una variabilidad que estará en función de una multiplicidad de factores dentro de los que podemos destacar la propia historia sexual anterior; las posibilidades para la intimidad erótica o el deseo hacia la experimentación erótico-amatoria; las características de personalidad; el tipo y grado de la discapacidad; la existencia o no de parejas así como de una red efectiva de apoyos y recursos (de la Cruz, 2018; Hess y Hough, 2012; Parker y Yau, 2012).

Aunque los estudios sugieren que los individuos con diversidades funcionales físicas congénitas, como la Parálisis Cerebral, inician sus conductas erótico-amatorias de forma más tardía que sus pares sin diversidad funcional (Czapla y Otrebski, 2018; Kahn, Suchindran y Halperin, 2019); y que en los que presentan una adquirida como la Lesión Medular, hay una disminución del interés para implicarse en dichas prácticas después de la lesión (Hess y Hough, 2012; Parker y Yau, 2012; Nguyen, Liamputtong y Monfries, 2016), las conductas auto y aloeróticas están muy presentes.

Dentro de lo autoerótico, las investigaciones tanto en personas con diversidad funcional congénita como adquirida destacan la masturbación (Nguyen, Liamputtong y Monfries, 2016). Se le considera como una de las más importantes conductas de expresión erótica por medio de la cual se canalizan y satisfacen las necesidades sexuales ya sea de forma solitaria o en compañía (Arnau Ripollés, 2017; Parker y Yau, 2012).

Dichos estudios también señalan que es una fuente de placer que posibilita explorar y (re)descubrir el propio cuerpo (Arnau Ripollés, 2017; Hess y Hough, 2012); contribuye a promover la autonomía sexual y la confianza (Morales, Gauthier, Edwards y

Courtouis, 2016; Hess y Hough, 2012); además de potenciar el empoderamiento sexual al permitirle a los individuos reconciliarse con experiencias negativas como los abusos (Morales, Gauthier, Edwards y Courtois, 2016).

Otras prácticas que con mayor frecuencia incluyen las PcDFF en su repertorio son las caricias y los besos (McCabe y Taleporos, 2003), la felación y el cunilinguus (McCabe y Taleporos, 2003; Nguyen, Liamputtong y Monfries, 2016) y el coito vaginal más que el anal (Czapla y Otrebski, 2018; Fritz, Dillaway y Lysack, 2015; Nguyen, Liamputtong, y Monfries, 2016).

La bibliografía destaca que en los sujetos masculinos la frecuencia de realización de todas las prácticas es mayor que en las mujeres, siendo ellos los que suelen consumir en mayor medida la pornografía y hacer uso de la prostitución (Liddiard, 2014; Nguyen, Liamputtong y Monfries, 2016; Czapla y Otrebski, 2018) aún cuando tanto estos recursos como la propia juguetería erótica, pueden ser también elementos favorecedores del crecimiento erótico de ellas (Conell, Coates y Wood, 2014; Hess y Hough, 2012).

Si importantes son considerar estas expresiones comportamentales, también lo es el valorar el rol de las fantasías como formas de expresión y satisfacción erótica.

#### **2.2.4.- FANTASÍAS ERÓTICAS**

Las fantasías eróticas constituyen uno de los fenómenos asociados a la imaginación que históricamente han llamado la atención de diferentes investigadores (García Mañas, 2012; Moyano y Sierra, 2014).

Una de las definiciones más citadas al abordar el tema de las fantasías eróticas es la de Leittenberg y Henning quienes se refieren a ellas como “cualquier tipo de imagen mental que resulta sexualmente excitante o erótica para el individuo” (1995, p. 470).

Nosotros, al igual que García Mañas (2012), consideramos que es una definición muy amplia que puede generalizarse también a otras manifestaciones del imaginario erótico, por lo que compartimos la definición que sobre las mismas nos ofrece. Para esta sexóloga española, fantasía erótica serían todas aquellas imágenes, representaciones que “tienen relación con el deseo erótico, su búsqueda y/o satisfacción” (2012, p.16), cuyos



contenidos de gran carácter ficcional y fantástico, son elaborados de manera creativa por el sujeto a partir de las experiencias y estímulos que lo influyen.

Moyano y Sierra (2014) en su revisión de varios estudios sobre esta temática, concluyen que según los mismos el 95% de hombres y mujeres han reportado tener fantasías eróticas, destacando entre sus principales efectos la influencia que tienen en la satisfacción sexual subjetiva, en el empoderamiento individual, en el alivio de la ansiedad o emociones negativas como la culpa así como en el incremento de la respuesta sexual, el deseo y el placer como ya habían planteado Master, Johnson y Kolodny (1987).

Estudios realizados en varios países evidencian que los hombres suelen tener con mayor frecuencia, más fantasías que las mujeres. Los temas de ellos versan fundamentalmente sobre prácticas eróticas con contenidos “más explícitos y visuales”; mientras que los de ellas son “más románticos e íntimos” (Moyano y Sierra; 2014).

En cuanto al tema de las fantasías en las PcDFF aunque diversos autores expresan de forma explícita la importancia que tienen las mismas en estas personas (Malón, 2009; de la Cruz, 2017) y el rol que pueden desempeñar en el proceso de rehabilitación sexual (Cabello, 1996), apenas hay trabajos realizados en esta línea.

Dos de los pocos estudios que incluyen a las fantasías en personas con diferentes tipos de diversidad funcional son los realizados por García González (2011) y Wiegerink, Roebroek, Bender, Stam y Cohen-Kettenis (2011), en los cuales se constatan algunos de los resultados obtenidos en población general, siendo los hombres los que mayor número de fantasías tienen en ambos casos.

### **JUSTIFICACIÓN**

Este estudio parte de dos grandes motivaciones. La primera está vinculada a nuestro trabajo con personas con diversidades funcionales, las físicas incluídas; y en segundo lugar, de nuestro interés cognoscitivo sobre las particularidades del hecho sexual humano en estas personas.

El trabajo directo con personas con diversidades funcionales en diferentes ámbitos nos ha permitido detectar las carencias, necesidades y demandas sexoeróticas ya no sólo de ellas sino también de sus familiares y del personal técnico-profesional que interactúa con ellos. Nuestro interés cognoscitivo, emergente de nuestra primera motivación, ha ido en aumento no solamente por la escasez de estudios al respecto sino también por el enfoque cuantitativo y los temas abordados con mayor frecuencia en ellos.

En la mayoría de esos estudios, la sexualidad se equipara fundamentalmente con la genitalidad, con las prácticas, la satisfacción y función sexuales; o bien con aspectos más sociales como los prejuicios, los estereotipos, las creencias o las barreras sociales que impiden a las PcDFF vivir su sexualidad.

Respecto a la erótica, apenas aparece este término en las búsquedas realizadas y entre los contenidos encontrados que más se acercan a ella están en primer lugar los referidos específicamente al deseo, pero como fase de la respuesta sexual; y en segundo lugar, los relacionados con las conductas erótico-amatorias o prácticas sexuales como tradicionalmente se les nombra.

Las formas en que estos sujetos se viven, sienten y expresan como hombres y mujeres; el cómo viven sus corporalidades o cómo gestionan sus deseos, están prácticamente ausentes, lo cual es una evidencia más de los mitos y prejuicios desexualizadores y deserotizadores que existen en la sociedad respecto a ellos y ellas.

En tal sentido, el tomar como punto de partida la Sexología Sustantiva en la que Sexualidad y Erótica tienen unos contenidos definidos, posibilitará con la metodología utilizada profundizar en estas dimensiones del hecho sexual humano de las PcDFF y aportar datos que enriquezcan el conocimiento de estas áreas desde la propia voz, vivencias y experiencias de los/las protagonistas.

Aún cuando los resultados no puedan ser generalizables, consideramos que los datos obtenidos facilitarán indicadores que podrán ser tomados en cuenta para dar la atención, la educación y los apoyos adecuados en materia de sexualidad y erótica a estas PcDFF.

Por la dimensión de cada uno de los aspectos objeto de estudio, emergerán cuestiones que necesitarán ser investigadas en el futuro en mayor profundidad, sobre todo en aquellos tópicos de los que apenas hay información o conocimiento disponible.

### **OBJETIVO GENERAL**

- Describir la vivencia de la sexualidad y la expresión de la erótica en Personas con Diversidad Funcional Física.

### **3.- METODOLOGÍA**

#### **3.1.-DISEÑO**

Asumimos la **Metodología Cualitativa** pues la misma se adecua a los propósitos de nuestra investigación ya que reconoce el rol activo del individuo como principal experto en la construcción de sus realidades e identidad. La misma posibilitará adentrarnos en las dinámicas de los procesos, situaciones y experiencias individuales de los sujetos con diversidad funcional física, permitiendo describir y comprender sus vivencias en torno a la sexualidad y la expresión de su erótica.

Específicamente utilizaremos la **Fenomenología Interpretativa** que tiene sus bases teóricas por un lado, en la fenomenología la cual centra su atención en las experiencias vividas por las personas y los significados que dan a éstas; y, por otro, en la hermeneútica, la cual puede considerarse como la “teoría de la interpretación” (Duque y Aristizabal, 2018).

Al ser un enfoque idiográfico como plantean Smith, Flowers y Larkin (2009), nos facilitará examinar, describir e interpretar las declaraciones de los/as sujetos de la investigación respecto a su diversidad funcional/discapacidad, su sexualidad y erótica, temas tan complejos y con gran carga emotiva a nivel personal para ellos/as.

#### **3.2.-PARTICIPANTES**

Para la selección de los participantes en la investigación establecimos como **criterios de inclusión** los siguientes:

- Ser mayor de edad (de 18 a 55 años).
- Motivación por participar.

- Capacidad de expresión oral.
- Capacidad de proporcionar el consentimiento informado.
- No presencia de ningún otro tipo de diversidad funcional.
- Discapacidad física reconocida.

Partiendo de dichos criterios, enviamos una carta a diversas asociaciones de personas con diversidad funcional física (PcDFF) en la cual se les explicaba el objetivo de nuestra investigación además de adjuntarles el Modelo de Consentimiento Informado y los Ejes Temáticos sobre los que versaría nuestra Entrevista Semiestructurada en Profundidad.

La Federación Almeriense de Asociaciones de Personas con Discapacidad (FAAM) fue la única que nos dio respuesta, facilitándonos el acceso a su Unidad de Gravemente Afectados en la cual encontramos sujetos con diversidades funcionales físicas en calidad de internos y otros que sólo asistían a su Unidad de Día.

Rigiéndonos por los criterios de inclusión establecidos, seguimos un muestreo intencional utilizando la estrategia en cadena o de bola de nieve la cual nos permitió a partir de 2 sujetos que cumplían con dichos criterios en la Unidad de Día, localizar otros nuevos participantes fuera de la misma.

En el caso de los usuarios de la dicha Unidad, en la misma se nos cedió un despacho para la realización de las entrevistas; mientras que los de fuera, una vez que quienes los recomendaron les explicaron nuestros propósitos y nos facilitaron sus números telefónicos, los contactamos directamente y concretamos el lugar escogido por ellos/as para la realización de la entrevista.

En sentido general, el estudio quedó conformado por 8 sujetos de entre 19 y 51 años. De ellos, 2 son mujeres y 6 son hombres. Dos tienen Parálisis Cerebral, 3 Lesión Medular, 2 Daño Cerebral Adquirido, 1 Diversidad Funcional debida a malformación congénita. Tres usan Ayudas Técnicas o productos de apoyo. En cuanto a la gravedad de la D.F. e intensidad de los apoyos en 5 es Leve y realizan las actividades de la vida

cotidiana de forma autónoma, en 2 es Severa y precisan apoyo físico completo y extenso y en el último es Moderada, precisando de apoyo físico parcial e intermitente.

En la siguiente tabla se resumen los principales datos de los/as participantes en nuestro estudio:

Tabla 2: Características de los/as participantes.

Pseudónimo	Edad	Identidad sexual	Momento aparición D.F	Tipo de D.F.F	Productos y/o servicios de apoyo	Convivencia
Yoni	31	Hombre heterosexual	Adquirida (26 años)	L.M. Completa (Severa)	Silla de ruedas. Bolsa coollectora. Asistencia personal: Apoyo físico para higiene personal y vestido; supervisión para alimentación y desplazamiento	Tiene su propia casa que ahora comparte con su madre y una sobrina.
Tito	19	Hombre heterosexual	Adquirida (16 años)	L.M. Completa (Severa)	Silla de ruedas. Bolsa coollectora. Asistencia personal: Apoyo físico para higiene personal y vestido; supervisión para alimentación y desplazamiento	Con sus padres y una hermana menor.
Paco	35	Hombre gay	Adquirida (22 años)	L.M. Incompleta (Leve)	No	Vive solo.
Loli	33	Mujer heterosexual	Congénita	P.C. Cuadripléjia Moderada	Supervisión para ABVD: Aseo, alimentación, vestido, desplazamiento	Vive con sus padres y una hermana gemela.

Pepe	51	Hombre bisexual	Adquirida (31 años)	T.C.E. (Leve)	No	Vive con un hermano.
Toni	31	Hombre gay	Congénita	Meromelia Múltiple (Leve)	Prótesis en un brazo y en una pierna	Vive solo.
Pepa	30	Mujer heterosexual	Adquirida (28 años)	A.C.V. / sobrepeso (Leve)	No	Vive con su madre.
Fede	45	Hombre heterosexual	Congénita	P.C. Hemipléjia (Leve)	No	Vive con una hermana y la familia de esta.

### **3.3.- RECOGIDA DE LA INFORMACIÓN**

La técnica escogida para la obtención de información ha sido la Entrevista Semiestructurada en Profundidad. Las preguntas fueron elaboradas basándonos en la revisión bibliográfica en función de los propósitos de nuestra investigación y se distribuyeron en 4 ejes temáticos fundamentales que presentamos a continuación:

Tabla 3 : Ejes Temáticos Entrevista Semiestructurada en Profundidad.

<b>EJES</b>	<b>DIMENSIÓN</b>
<b>DATOS GENERALES</b>	Edad. Sexo. Ocupación. Educación. Creencias religiosas. Estado civil. Núcleo familiar. Padecimiento de enfermedad. Medicación.
<b>DIVERSIDAD FUNCIONAL</b>	Tipo de diversidad funcional física. Naturaleza de la DFF. Ayudas técnicas. Problemáticas o dificultades físicas y orgánicas asociadas a la diversidad funcional. Vivencia de la diversidad funcional.
<b>SEXUALIDAD</b>	Definición. Orientación del deseo erótico. Identidad sexual. Educación sexual recibida. Imagen corporal. Factores favorecedores y limitantes de la sexualidad. Necesidades y expectativas respecto a la sexualidad.
<b>ERÓTICA</b>	Definición. Autoerotismo (masturbación, fantasías eróticas). Estrategias de cortejo y seducción. Zonas erógenas. Prácticas eróticas. Recursos eróticos. Deseo erótico. Factores limitantes y favorecedores de la

	erótica. Necesidades y expectativas respecto a la erótica.
--	--

Las mismas fueron realizadas entre septiembre y noviembre del año 2018 teniendo una duración de entre 1 hora y 1:45 minutos. Las primeras preguntas estuvieron enfocadas en datos sociodemográficos de interés. Luego seguimos con las referidas a la diversidad funcional “¿Podrías decirme con tus palabras qué tipo de diversidad funcional presentas?”, “¿Cómo ha sido para ti vivir ese proceso?”.

A partir de aquí, el orden de preguntas y temas estuvo condicionado por las respuestas de los/as entrevistadas/os pero de forma general, fuimos pasando a otras más profundas e íntimas tales como “¿Cuáles crees que son tus principales cualidades?”, ¿Cómo crees que influye la diversidad funcional física que presentas en tu forma de sentirte como hombre o mujer?” o “Cuando vas a tener algún tipo de práctica erótica, sea en solitario o en compañía, ¿llevas a cabo algún tipo de preparación previa para poder hacerlo?”.

Es importante destacar que adecuamos el lenguaje a los participantes cuando nos percatábamos que la formulación no era comprendida del todo o nos pedían que repitiéramos la pregunta como, por ejemplo cuando se le preguntaba por el proceso de aceptación o no de la diversidad funcional: “¿Cuán fácil o difícil ha sido o es para ti el vivir con una diversidad funcional? ¿Por qué?”. También en dos de ellos que presentan problemas en el habla, disprosodia y disartria, tratamos en todo momento de transmitirles tranquilidad respetando sus ritmos de pronunciación y tiempos de respuestas.

Todas la entrevistas fueron grabadas con un teléfono móvil. Dichos audios fueron descargados en un ordenador y luego se procedió a su transcripción usando una plantilla de OpenOffice Writer.

### **3.4.-ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN**

En este estudio utilizamos la codificación abierta, la axial y la selectiva. La primera porque facilita a partir de los códigos emergentes ir estableciendo categorías; la segunda, porque permite ir reduciendo el número de categorías a las más significativas y

la última porque posibilita establecer las categorías centrales en relación a los temas investigados.

Para el análisis de los datos obtenidos en las entrevistas, hemos seguido las etapas propuestas por Smith y Shinebourne (2012) en cada uno de los sujetos entrevistados. En un primer momento se procedió a una lectura y relectura de todo el material para familiarizarnos con el contenido e ir haciendo los primeros comentarios. En segundo lugar, procedimos a identificar unidades de análisis, es decir, aquellas frases significativas que por el contenido referido nos permitieran agruparlas e ir esbozando los temas emergentes. A continuación, pasamos a valorar las relaciones jerárquicas y/o inclusivas entre los mismos para comenzar a establecer los temas y subtemas, los cuales al final, quedaron representados en una tabla.

Por último, teniendo las tablas temáticas de cada uno de los sujetos los agrupamos por criterio semánticos y pasamos a construir una tabla general en la que se representa la experiencia de todos en torno a la autoaceptación de la diversidad funcional, la vivencia de la sexualidad y la expresión de la erótica.

### **3.6.- ASPECTOS ÉTICOS**

Desde un primer momento se le explicó a cada uno/a los propósitos de la investigación y aunque en el consentimiento informado se detallaban todos los aspectos éticos, se les comunicó que su participación era totalmente voluntaria; las entrevistas serían grabadas pero que una vez transcritas, dichas grabaciones serían destruidas y que para mantener el total anonimato y confidencialidad, utilizaríamos un seudónimo para identificarlos.

### **3.7.- RIGOR**

Una vez que tuvimos listo el análisis y siguiendo los procedimientos que caracterizan a la investigación cualitativa, nos reunimos con cada uno de los participantes para compartir los temas resultantes y verificar si la interpretación realizada era válida. En tal sentido, todos/as estuvieron de acuerdo con el análisis realizado.

## **4.- RESULTADOS**

Del análisis realizado emergen tres temas superordinados a los cuales llegamos después de identificar una serie de códigos que fueron agrupados en temas. En la siguiente tabla



quedan reflejados para tener una visión general y sintética de toda la información obtenida:

**Tabla 1 : Temas y subtemas.**

<b>Tema</b>	<b>Subtema</b>
<b>Autoaceptación de la diversidad funcional</b>	<b>Factores favorecedores</b>
	<b>Factores entorpecedores</b>
<b>Ser hombre y ser mujer con diversidad funcional</b>	<b>Masculinidades y feminidades dañadas</b>
	<b>Reformulando las masculinidades y feminidades</b>
<b>La erótica reinventada</b>	<b>Pervivencia del deseo</b>
	<b>Erotización de los cuerpos</b>
	<b>Expresiones comportamentales de la erótica</b>
	<b>Imaginario erótico</b>
	<b>Recursos externos de apoyo erótico</b>

#### **4.1.- RESULTADOS TEMA 1: AUTOACEPTACIÓN DE LA DIVERSIDAD FUNCIONAL/DISCAPACIDAD**

Con Autoaceptación de la Diversidad Funcional/Discapacidad nos referimos al proceso mediante el cual los sujetos asumen positivamente la discapacidad, reconociendo tanto sus propias necesidades, limitaciones y fortalezas así como las del contexto social. En el mismo encontramos dos subtemas: Factores Favorecedores del proceso y Factores entorpecedores.

##### **4.1.1.- Resultados Subtema 1: Factores favorecedores de la autoaceptación.**

Los factores favorecedores son aquellos tanto individuales como sociales que contribuyen a que la discapacidad se asuma y viva de manera positiva. En el caso concreto de esta investigación los mismos son: la significación vivencial positiva de la diversidad funcional, las fortalezas personales y la inclusión social.

El significado vivencial positivo que dan algunos de estos sujetos a vivir con una discapacidad, queda explicitado en el hecho de que a pesar de reconocer las limitaciones y consecuencias que la misma les provoca, no la consideran como algo negativo. Toni nos dice

*“Tengo discapacidad física en casi todas las extremidades [...] tanto en los brazos que me falta uno de ellos completo, y en el otro sin el antebrazo, tengo unida la muñeca al codo. Y en las piernas una de ellas nací sin fémur y tengo unida la rodilla a la cadera.*

*Me es indiferente que se refieran a mi como persona con discapacidad, si la discapacidad está ahí no puedo negarlo, y si se refieren a mi como discapacitado realmente no están diciendo ninguna mentira[...] no me importa. Por supuesto que esto depende de quién me lo diga, cómo y también dónde.”*

Como vemos, además de la conciencia sobre esas afectaciones a nivel físico, se asume con cierto grado de orgullo el término “discapacitado” a pesar de las connotaciones negativas que tradicionalmente ha tenido el mismo.

Esta asunción positiva también se hace presente en otros sujetos como Paco que han adquirido la D.F.F.

*“la discapacidad es algo que te ha venido, y es que tampoco es algo malo, y en esta vida tantas cosas te vienen que todo viene por algo y entonces te prepara para lo siguiente, ni más ni menos”.*

De esta expresión se deduce que a pesar de ser un suceso vital inesperado que puede cambiar drásticamente la vida de una persona ofrece como otros tantos eventos imprevisibles, oportunidades para el crecimiento personal tal como lo refiere Tito

*“Yo, según los papeles, soy tetrapléjico [...] Como me sucedió cuando tenía 16 años recién cumplidos, me ha hecho madurar bastante rápido, ahora tengo 19 [...]”*

En tal sentido, el llegar a quererse más allá de las dificultades objetivas, es algo complejo pero fundamental como manifiesta Toni

*“[...] si yo volviese a nacer me gustaría ser igual que ahora, ¿por qué?, porque aunque he tenido momentos malos, soy de esas personas que piensa que cuando vives tu vida, si algo te sale bien pues disfrútalo, y si algo te sale mal, aprende de ello [...] he tenido momentos muy malos pero eso me ha hecho aprender y evolucionar como persona, entonces a día de hoy yo estoy feliz tal como soy, y si no hubiera tenido esos momentos malos, no hubiese llegado a ser lo que soy.”*

De hecho, los calificativos que utilizan los individuos para referirse a sí mismos/as aunque no muchos, son variados: “extrovertido”, “luchador”, “bueno”, “amistosa/o”,

“amable”, “simpático/a”, “cariñoso/a”, “empático”, etc., los cuales les generan gran satisfacción y que suelen cobrar más sentido cuando esa visión y estima personal es potenciada por la percepción positiva que tienen los demás sobre ellos/as

*“... como soy un tío luchador y por suerte la gente también me ve así, me gusta seguir viendo el vaso medio lleno y mostrándome como soy”. (Yoni)*

*“yo creo que la gente me coge cariño rápido, lo cual me gusta mucho porque si aparento una cosa, me gusta que eso se vea reflejado en lo que vean de mi.” (Toni)*

Este feedback positivo con los otros potencia en estos sujetos su autoestima y les lleva a centrarse más en sus capacidades que en sus limitaciones, evitando así comparaciones con otras personas con o sin discapacidad.

Destacan también un conjunto de características que de manera específica y concreta particularizan a cada individuo al formar parte de su personalidad. Dentro de esos rasgos personológicos está la positividad entendida como la capacidad tanto de mantener un posicionamiento activo ante la vida como de gestionar positivamente las emociones. Para Yoni

*“...Cuando tienes un accidente tan grave como este tienes dos opciones. Una, estar amargado y en tu casa encerrado llorando por una esquina; o estar bien, salir, ir pa arriba pa abajo, jiji, jaja, pues yo he elegido la segunda”.*

Muy relacionada a ésta encontramos la creatividad, no en el sentido tradicional del término, sino como un rasgo que posibilita al individuo apropiarse de lo existente pero de una forma novedosa y adecuada a sus necesidades como el mismo Yoni hace

*“Me lo tragué en su día en la UCI escuchando música, a Manuel Carrasco, la canción de “La mujer de las mil batallas”, le cambiaba la letra y me ponía yo, y desde entonces ya dejé de darle más vueltas y empecé a vivir...”*

Al implicarse activamente en su proceso rehabilitador incorpora la música que, al tener una gran connotación afectiva para él, la convierte de manera creativa en un recurso para afrontar, aceptar y adaptarse a la discapacidad.

El optimismo es otro de los rasgos que se hace muy presente y que para Tito es imprescindible

*“[...] no me vengo abajo con nada y si me vengo abajo, ehh, dura muy poco, enseguida me doy cuenta de que es una pérdida de tiempo y me vengo otra vez arriba así que siempre que me propongo una meta acabo por conseguirla.”*

Como puede apreciarse, se hace evidente el autoconocimiento sobre los estados emocionales y cómo el autocontrol de los mismos y la perseverancia, constituyen indicadores de una predisposición favorable hacia el futuro la cual se materializa en las metas que el propio individuo se plantea.

La sociabilidad, es decir, la habilidad para establecer con facilidad relaciones interpersonales positivas con los demás es algo que valora mucho Yoni

*“Conecto bastante con la gente, creo que puedo intentar ayudar a la gente a que esté animada, más que nada por mi personalidad [...] creo que de esa manera pudiera ayudar al mundo.”*

Cualidad que se ve enriquecida por el altruismo del individuo además de estar asociada a otros rasgos como la inteligencia y la empatía como en los casos de Toni

*“[...] yo creo que al tener una discapacidad física y además asumirla, la inteligencia y la personalidad te ayudan [...] a lo mejor es mi caso, no sé si de forma general, pero creo que me hacen ver las cosas de otra manera, no juzgar a la gente por su físico, ser una persona más abierta de mente en general.”*

y también de Paco

*“[...] me gusta ponerme en el lugar de la otra persona, me gusta ayudar a las personas.”*

Otro rasgo que destaca es el sentido del humor el cual les permite a estos sujetos analizar su realidad desde un punto de vista divertido y favorable. Un rasgo que se hace presente en Tito al referirse a sí mismo

*“Yo siempre he sido el cabra loca, de cualquier sitio o situación negativa, saco cualquier chiste.”*

pero también para afrontar situaciones sociales como él mismo manifiesta

*“a lo mejor estoy de fiesta y se me acerca uno y me dice, “Ostia, tío, lo siento. Me da cosilla verte así” y yo, vamos tío yo tengo ventajas, llego a una fiesta y no me canso por estar de pie, voy a un bar y tengo sitio fijo, pena siento yo por ti.”*

o en el caso de Paco quien lo emplea para referirse a los signos visibles de su discapacidad

*“¿qué me ves? Que ando un poco torció pero más ná.”*

Respecto a la inclusión social, por la misma entendemos tanto la accesibilidad y participación activa en diferentes actividades y contextos como las actitudes positivas de los demás hacia ellos/as que les hacen sentirse valorados y aceptados.

Una de las formas en las que se materializa es a través del voluntariado o activismo en Asociaciones de personas con discapacidad donde se interrelacionan con otros y asumen un rol protagónico

*“[...] yo daba charlas en una asociación de allí de mi pueblo, iba contando mi experiencia y a mí eso, además de saber que estaba haciendo algo bueno por los demás, me vino como terapia de choque.” (Paco)*

*“Una experiencia muy bonita fue una charla que di en un colegio en la que expliqué lo que me pasó, cómo me cambió la vida, las cosas que puedo y que no puedo hacer y a los niños les gustó, creo que aprendieron un poquito[...].” (Yoni)*

Otro contexto es el familiar donde no sólo participan en las actividades domésticas como Loli

*“[...] yo ayudo en lo que puedo siempre con supervisión.”*

sino también en la toma de decisiones y en algunos casos se convierten en fuente de apoyo dado sus rasgos de personalidad como es el caso de Yoni

*“Para mi familia fue un golpe duro, sobre todo para mi madre, mi novia y mi sobrina; pero como siempre me veían animado y yo dándoles ánimo, empezaron a asumirlo y llevarlo mejor”.*

Por su parte, el apoyo de la familia hacia ellos/as se hace evidente en los que tienen una D.F. congénita desde la infancia en el que las figuras significativas trataban de potenciarles la confianza en sí mismos/as y la autonomía personal

*“[...] ella quería que llevara una vida normal, ella siempre me decía que yo podía hacer cualquier cosa que yo quisiera, que espabilace también.” (Toni)*

Apoyo que también cobra relevancia cuando se adquiere la discapacidad

*“Mi abuelo fue el que más me apoyó, mi familia entera pero mi abuelo fue el que más. De hecho si no me hubieran aceptado en el Hospital de Toledo, dijo que evendería tierras o lo que fuera para que me atendieran allí.” (Paco)*

Respecto a otras personas, consideran que el ser y mostrarse auténticos, tal como son y que los perciban y reconozcan así, los refuerza positivamente:

*“Los demás me ven animado y luchador, muchos me lo dicen que les gusta eso de mi y eso me ayuda a seguir siendo positivo y seguir luchando.” (Yoni)*

Por eso es muy valorado el apoyo social positivo que reciben de las amistades.

*“[...] mi relación con los demás no ha cambiado. Los que son mis amigos en verdad ahora piensan más en si vamos a ir a un sitio u otro, lo cual me hace sentir muy bien, que por mucho que vaya ahora con el culo pegado a una silla, nuestra amistad no cambia. Si me tienen que mandar más pa'allá o más pa'acá, lo hacen.” (Tito)*

El ser tratado como uno más, a pesar de que hay que considerar para muchas actividades la realidad de la discapacidad y el uso de una ayuda técnica, le genera satisfacción y seguridad en una red en la que puede confiar.

El valor de la amistad no sólo está presente para esos momentos lúdicos o de entretenimiento sino que también sirve de catalizador para que el sujeto afronte sus propios conflictos como nos cuenta Toni

*“En tercero de la ESO conocí a la que fue mi mejor amiga y que me ayudó un montón, y me dió como dos tortas emocionales, diciendo, “oye, que la vida es así, que la gente es así y espabila porque tú eres así y te tienes que gustar...”*

Otra red de apoyo significativa a la que Paco da gran valor es a la institución educativa, cuando en la misma están abiertos a conocer y comprender las particularidades específicas de la discapacidad y dar las respuestas pertinentes y adecuadas:

*“[...] de vez en cuando me vienen problemas de espalda, de los músculos, sobre todo se me cae casi la mitad de los glúteos, me pilla el nervio ciático, así que lo dije en la Uni a mis profes y compañeros y han estado muy receptivos en todo momento, los compis con sus apuntes los días que no he podido ir y los profesores atrasándome entrega de trabajos.”*

Por último, la existencia de referentes positivos, en este caso concreto los provenientes de los MCM, Toni los valora como imprescindibles

*“Es un poco como la serie esa de Netflix que se llama Special y con la que yo me siento muy identificado. Yo la he visto y me he sentido muy aliviado al ver una serie que refleje tanto mi vida, porque en muchos puntos, esa serie es muy cortita y no puede mostrar todo, pero en ciertos momentos, además en cada capítulo había algo con lo que me sentía muy identificado, así que me ha gustado porque se le ha mostrado a la sociedad nuestro día a día [...]”*

#### **4.1.2.- Resultados Subtema 2: Factores entorpecedores de la autoaceptación.**

Los factores entorpecedores de la autoaceptación de la diversidad funcional son todos aquellos factores psicológicos, físicos y sociales que pueden dificultar la asunción y aceptación de la misma. Los dos códigos que se incluyen en esta categoría son: el significado vivencial negativo de la discapacidad y las barreras psicosociales.

El significado vivencial negativo alude a la valoración negativa que tiene el sujeto de la discapacidad como condición limitante que le genera malestar al entorpecer su desarrollo personal y social. En tal sentido Pepe refiere

*“A los 31 años me cayó un andamio metálico en la cabeza [...] Me operaron y pusieron una placa en la cabeza y un tornillo en la pierna. Después de eso no soy el mismo.”*

El sujeto asume una actitud de resignación y considera la discapacidad como un obstáculo que se interpone en la consecución de sus metas personales y que, por tanto, le genera frustración tal como también nos dice Loli

*“Me considero una chica buena, amable y cariñosa, me gusta ayudar a los demás en lo que pueda, pues ya ves como estoy, pero si cambiaría algo de mí sería mi discapacidad, cambiarla y ser normal.”*

A pesar de reconocer algunas cualidades positivas, hay un rechazo tácito a la discapacidad como algo anormal que la limita. No obstante, ella misma expresa

*“Es difícil a veces querer hacer cosas y no poder, pero con el paso de los años he aprendido a cuando pedir o no ayuda, y ver que puedo hacer cosas que otras personas como yo no pueden, me da mucha fuerza y me hace sentir bien”. (Loli)*

Más que en las capacidades, en estos sujetos que vivencian negativamente su diversidad funcional, hay una focalización en las limitaciones funcionales por lo que el compararse con otras personas discapacitadas con niveles o grados de afectación mayores, le permite experimentar cierto grado de bienestar y estima.

El no gestionar de manera adecuada las representaciones y emociones negativas respecto a la discapacidad puede en algunos sujetos devenir en una situación muy crítica como le sucedió a Toni

*“[...] el hecho de ser discapacitado me generaba un poco de vergüenza y rechazo a mí mismo. Recuerdo también que tendría yo unos 10-11 años por el tema este de no aceptarme, de sufrirme conmigo mismo y demás, que tuve algún pensamiento suicida”.*

Vemos como la no aceptación le provoca ideas autolesivas que atentan contra su integridad, emergiendo la pubertad-adolescencia como una etapa crítica en el desarrollo de estos sujetos.

Las barreras psicosociales, por su parte, son el conjunto de limitantes que desde diferentes contextos impiden tanto que estos sujetos integren en su persona la diversidad funcional de manera positiva como su participación y realización social.

Uno de los primeros elementos que se mencionan es el modelo corporal exclusivo y excluyente en nuestras sociedades. En tal sentido Toni refiere

*“[...] tira más para atrás el tener una discapacidad, porque les parece muy bajo, muy simpático pero buscan tu personalidad en un cuerpo perfecto y ya no te digo que sea una persona con dos brazos, dos piernas, que no tenga discapacidad, sino que aunque*



*esa persona no tuviera discapacidad, lo buscarían en una persona mucho más guapa, mucho más perfecta, tal y como la sociedad acepta el cuerpo perfecto hoy en día que es un chico musculado o un cuerpo que no tenga nada de grasa, o una chica con un culo y tetas enormes.”*

Un ideal que como claramente se aprecia resulta inalcanzable no sólo para ello/as que tienen discapacidad sino también para todas aquellas personas que no cumplen con los estándares que establece el mismo.

La reacción negativa de la familia ante la discapacidad y el mantenimiento de dicha actitud a lo largo del tiempo por considerarla una fatalidad es otro de los factores

*“[...] mi padre lo llevó medio bien, la que peor lo llevó aparte de mi hermana, que aún anda de psicólogos, es mi madre que se ha venido abajo y mis abuelos que entraron en una depresión[...].” (Tito)*

*“Le afectó sobre todo a mi abuelo que se volvió como loco[...].” (Victor)*

Otra de estas actitudes dentro del contexto familiar es la sobreprotección:

*“Tengo una parálisis cerebral. De pequeña no lo pasé mal pues mi familia siempre ha estado conmigo y como tengo una hermana gemela que no tiene parálisis, ella siempre estaba conmigo en el cole. Como había niños que se burlaban de mí por mi forma de caminar y hablar, ella y otras amiguitas suyas me defendían.” (Loli)*

Bajo esta aparente forma de apoyo se esconde la visión de la persona con discapacidad como un ente pasivo e incapaz, por lo que lleva en ocasiones a conflictos entre el sujeto y sus familiares

*“En ese proceso de aceptación de mi discapacidad mis padres me ayudaron sí y no. Mi madre siempre ha sido una persona muy sobreprotectora, también tiene un carácter que a veces no ve que hace daño, y entonces yo con ella he tenido muchas disputas. Yo a día de hoy entiendo que su carácter ha sido por sobreprotección y me ha sobreprotegido muchísimo”. (Toni)*

El rechazo de los otros hacia ellos es una actitud que se hace muy presente. El mismo Toni nos dice

*“Durante la infancia no pensaba mucho en ello, pero en la adolescencia si recuerdo que fue más difícil. Empecé a notar el rechazo y me comencé a plantear quién era, la discapacidad que tenía y cómo afectaba mi vida [...]”.*

Una vez más emerge la adolescencia como una etapa crítica en la construcción de la identidad de estos sujetos, no sólo por el proceso autoreflexivo que les despierta sino también por la influencia de los demás en la configuración de la misma, que como se aprecia en este caso es desfavorable.

Un rechazo que se vive con dolor y que tiene en la exclusión y discriminación su materialización objetiva:

*“[...] mi adolescencia fue dura...no me sentía parte de mis compañeros y notaba el rechazo, las miradas de pena de los demás.” (Loli)*

Los problemas de accesibilidad a diversos sitios son otro tipo de barrera que generan sentimientos de impotencia e inferioridad como manifiesta Tito

*“[...] el hecho de ir al cine me las veo y me las deseo, porque la fila adaptada, supuestamente es la fila 1, en una esquina pa colmo, que si que entro gratis, pero no me da la gana de partirme el cuello por segunda vez y tengo que hacer que mi padre o mis amigos con los que vaya, me suban hasta la fila 6 o 7, se pasa muy mal.”*

#### **4.2.- RESULTADOS SER HOMBRE Y SER MUJER CON D.F.F.**

Este tema hace referencia a todos aquellos factores que influyen en la manera en que las PcDFF construyen y vivencian sus formas de ser hombres y mujeres. Del mismo emergen 2 subtemas: masculinidades y feminidades inferiorizadas y rompiendo estereotipos.

##### **4.2.1.- Resultados Subtema 1. Masculinidades y feminidades inferiorizadas.**

Este subtema hace referencia al conjunto de factores psicosociales, individuales y colectivos, que contribuyen a que no se perciba ni acepte la realidad sexuada de las PcDFF. El mismo está relacionado con tres códigos: la interiorización de los estereotipos sexistas, la autopercepción del impacto negativo de la diversidad funcional en la corporalidad y la desexualización de los sujetos.

A pesar de que todos los sujetos coinciden en que la sexualidad es algo propio de sí mismos/as, una dimensión consustancial a sus existencias que mediatiza las formas de sentir, comunicarse e interactuar con los/as demás como manifiesta Toni

*“[...] la sexualidad es muy importante para desarrollar tu vida, es algo positivo que está con nosotros siempre, es ese algo necesario que se tiene para la vida afectiva y que te permite acercarte y tener el contacto con otras personas[...].”*

Tenemos que señalar que la mayoría tiene una visión biologicista y genitalista de la misma que los lleva a plantear las diferencias entre hombres y mujeres en estos términos.

Algunos como Loli aluden a lo procreativo

*“[...] una mujer puede tener un bebé y un hombre no.”*

Mientras que Pepa menciona la genitalidad como criterio definitorio de la identidad sexual femenina:

*“Yo creo que una mujer es mujer teniendo o no discapacidad por lo que tiene allá abajo [...]”*

Diferencias biológicas desde las que también tipifican un conjunto de rasgos específicos para cada sexo

*“La mujer es más tierna, los hombres son más fuertes.” (Loli)*

*“[...] En lo único que sí veo diferencias es que los chicos son más fuertes, las chicas un poco más inteligentes.” (Tito)*

Rasgos socioculturales que como vemos son interiorizados

*“Yo como mujer debo cuidarme, portarme bien, querer mucho a mi novio” (Pepa)*

Y que al hacerlo, pasan a formar parte del repertorio conductual de los sujetos como evidencia el propio Tito

*“Como hombre me considero una persona ambiciosa, que siempre me ha gustado destacar en todo lo que he podido si es tanto el trabajo, el deporte. Si lo queremos llamar medio macho alfa que quiere mear más lejos, lo podemos llamar así [...] entre*

*los hombres hablamos así con más o menos broma pero sí, los hombres tenemos esa cualidad de cabezotas.”*

Una vivencia de ser hombre en la que se hacen evidentes rasgos de la masculinidad hegemónica como la competitividad y la lucha constante por alcanzar el éxito, atributos que lo siguen particularizando aún cuando se siente en desventaja, “*medio macho alfa*”, por los cambios y limitaciones físicas derivadas de la discapacidad.

Una vivencia similar experimenta Loli al tener que depender y permitir el acceso de otros a su cuerpo, aún cuando sea en el marco de una relación profesional de ayuda

*“Aunque puedo ir sola al baño, generalmente tiene que acompañarme alguien pa ayudarme a subir la ropa o a la hora del aseo y me da mucha vergüenza pero más cuando es un cuidador, por eso casi siempre me aguanto y espero por una chica.”*

El no poder cumplir con mandatos culturales que se le han adjudicado, cuidar de sí misma y de otros, ser pudorosa, es algo que le genera malestar, el cual parece agudizarse cuando el apoyo lo debe prestar algún sujeto masculino.

Estas vivencias negativas están también condicionadas por la autopercepción del impacto que para ellos/as tiene la diversidad funcional sobre sus cuerpos. Para algunos de ellos/as impacta negativamente sobre algunas partes tanto desde el punto de vista estético

*“La zona pectoral porque me he quedado desinflao, parece que me han pegao un portazo. Tampoco me gusta como se me quedan las muñecas cuando me olvido de ellas, es una posición así como un ángulo de noventa grados que es un poco antiestético.” (Yoni)*

*“[...] las piernas porque una se ve mal de ahí.” (Loli)*

Pero también desde el funcional

*“Lo que peor llevo de mi cuerpo a veces es el caminar.” (Paco)*

*“[...]al tener una discapacidad, una tiene unos límites, te limita, bueno, si una va bien, no va en silla de ruedas y puedes andar, te limita menos porque la discapacidad no impide que tú tengas una relación.”(Loli)*

Unas limitaciones centradas en la motricidad y que para ella específicamente van a depender primero, del grado de afectación que tenga la persona, estableciendo una especie de jerarquía dentro de las personas con discapacidad y, en segundo lugar, de las posibilidades o no que brindan esas limitaciones para alcanzar ciertos propósitos vitales, en su caso uno que parece serle importante, el referido a las relaciones de pareja.

En tal sentido, este impacto le hace preocuparse, al igual que a Tito, por sus competencias para la reproducción, la maternidad y la paternidad

*“No sé cómo podría tener niños ni si podría tirar pa’alante con ellos” (Loli)*

*“Lo primero en que pensé cuando tuve la lesión fue en qué medida me iba a quedar estéril, ya me hice las pruebas y tal y fue un alivio.” (Tito)*

Unas preocupaciones que por sus edades resultan lógicas pero que también ponen de manifiesto las carencias educativas en las temáticas referidas a la sexualidad. De hecho, aún cuando la han recibido en diferentes contextos como la escuela

*“[...] en el colegio nos daban las típicas charlas [...] enfocadas en nuestras funciones, qué íbamos a tener cuando pasáramos de niños a hombres y mujeres, básicamente la regla, el esperma.” (Juanqui)*

Durante el proceso rehabilitador

*“...en el hospital vino una sexóloga y empezó a explicarnos un poquillo el tema de lo que se puede y lo que no, que no sólo hay genitales sino que hay un montón de juguetes, de vibradores, un montón de consoladores, cremas o aceleradores.” (Ángel)*

En centros o asociaciones de personas con discapacidad

*“Al centro va una psicóloga y nos enseña videos de cómo sale el bebé, cómo se forma, lo que protege a la mujer para no salir embarazada. Nunca antes me habían hablado ni en el cole ni en mi familia.” (Alicia)*

*“[...] un Centro en el que estuve vino una monitora y nos habló qué eran las hormonas, los órganos reproductivos masculinos y femeninos, el uso del preservativo.” (Óscar)*

O a través del grupo de iguales

*“[...] a nivel de la gente como yo con la que me reúno, a veces hablamos de las pastillas, inyecciones, hablamos abiertamente y si crees que te puede venir bien lo pruebas y ya está.” (Ángel)*

Como puede apreciarse, es una educación sexual de corte biologicista, genitalista, reproductiva y preventiva aún en los contextos más formales y que sigue siendo tabú en el contexto familiar

*“[...] con mi familia me llevo bien, pero es un tema que no se toca. No me ven como alguien que no va a tener relaciones o pueda tenerlas, pero no se habla.” (Aarón)*

Desde un punto de vista más social, estos sujetos refieren cómo al vivir con una discapacidad los demás los desexualizan. Yoni manifiesta

*“Alguna gente me ven como un impedimento para hacer cosas. . Y es que, aunque no lo digan, porque no lo van a decir, yo sé que me ven menos que antes, ya no soy para ellos el tío de antes, me tienen que ayudar a muchas cosas.”*

No son sólo esas limitaciones señaladas ni tampoco el no responder estrictamente a los rasgos atribuidos a hombres y mujeres desde el modelo hegemónico lo que constituye un problema para ellos/as, lo que más les preocupa es el hecho de que los demás vean la discapacidad como una condición que los hace ser menos hombres o mujeres.

*“[...] hay muchas chicas que les da igual, es cierto que algunas no se fijan en la discapacidad, pero otras sí[...] Se nota bastante cómo te mira la gente. Ya no es “Uy, qué guapo”, ahora es “Uy, pobrecillo, va en sillas” y si acaso luego, “Pero mira qué sonrisa más graciosa.” (Yoni)*

La diversidad funcional como un obstáculo y los sujetos que las presentan como seres imperfectos a los que en el intento de cuidar, se les infantiliza, desexualiza y hasta deshumaniza. En este sentido, Tito expresa

*“Yo principalmente me siento el mismo. Está claro que de cara a la sociedad ahora es un poco menos, como ya no puedes andar no es lo mismo y como que te van quitando del medio y te hace pensar como que eres un poco menos, ya no sé si decirlo sólo como hombre, sino también como persona.”*

El inferiorizarlos al considerar la diversidad funcional como un estigma, no sólo afecta su vivencia como hombre si no también su valía como ser humano.

#### **4.2.2.- Resultados Subtema 2: Rompiendo estereotipos.**

Este subtema hace referencia a todos aquellos procesos, comportamientos, actitudes y estrategias personales mediante las cuales las PcDFF hacen evidentes ciertas rupturas o reformulaciones de los estereotipos que tradicionalmente les han adjudicado. Destacan la asunción de la orientación del deseo erótico como criterio identitario, la incorporación de nuevos rasgos y valores a sus formas de ser y la legitimación de sus cuerpos.

El hecho de asumir la orientación del deseo como el criterio desde el cual estos sujetos definen sus identidad sexuales, es una forma de transgredir la visión tradicional que los suele considerar como asexuales.

En este sentido, aunque se sitúan en alguno de los dos polos extremos del continuo de los sexos, es decir, en el de hombre o en el de mujer, el peso de su autoetiquetaje lo tiene hacia quién está orientado su deseo erótico. Fede manifiesta

*“Me considero un hombre al que le gustan las mujeres.”*

Un concepto al que algunos como Loli suman la genitalidad:

*“Soy mujer porque me gustan los hombres, porque también veo lo que hay ahí, los hombres tienen su pene y las mujeres su vulva...”*

Tito también incluye la apariencia física

*“Me defino como hombre porque me siento así, por mi cuerpo que me gusta y porque me gustan las mujeres.”*

Los sujetos con atracción erótico y/o afectiva hacia sujetos de su mismo sexo o hacia los dos sexos, también definen su identidad sexual en función de la orientación del deseo que los particulariza. Sin embargo, para ninguno ha sido fácil el proceso.

Toni expresa

*“[...] en el caso concreto mío puedo decir que a mí siendo niño, me atraían las mujeres porque las veía guapas, pero simplemente eso, porque era lo que yo había visto y me enseñaba la sociedad, que te educa para ser heteronormativo [...] pero también veía belleza en los niños pero no lo asimilaba como normal porque no estaba visto como normal y ya cuando llegó la etapa de adolescencia descubrí que a mí lo que me ponía, me atraía sexualmente un hombre, el cuerpo de un hombre.”*

Se hace patente que a nivel social existe un modelo heterosexualizador que pretende que todos los individuos lo sean y cómo la negación e invisibilización de otras formas de ser, amar y vincularse puede generar confusión y malestar en la infancia de niños que se sienten diferentes, quienes muchas veces ante esa ausencia de referentes reales o simbólicos, tienen que configurar de manera totalmente autónoma su orientación sexoerótica e identidad sexual.

La problematización social de dichas orientaciones e identidades genera conflictos en el propio individuo como le sucede a Pepe

*“He estado con mujeres, con hombres. Me gustan las dos cosas. No es que sea de la acera de enfrente, me gusta hacerlo con los dos. Ya no lo hago porque no tengo la oportunidad. Nunca he tenido problemas con esto porque lo mantengo en silencio, siempre ha sido así [...] Hay muchos así como yo? Porque yo conozco a hombres casados y luego han estado con hombres y otras mujeres también, y eso no tiene nada malo, verdad?”*

Un proceso de construcción identitario marcado por los sentimientos de vergüenza y culpabilidad que experimenta, además del miedo a ser etiquetado como “homosexual” tanto por la connotación estigmatizante de dicha categoría como por no corresponderse con su realidad “bisexual”.

Del hecho anterior también se desprende que el etiquetaje sexual en ocasiones genera una serie de estereotipos rígidos, despersonalizadores que impiden sea el propio individuo quien se autoetiquete y se exprese en función de lo que es, siente y desea

*“[...] me considero gay pero puedo acostarme con mujeres. Hay gente que me dice pero si tú estás con tíos es que eres gay; y sí, soy gay pero si me tengo que comer el conejo y la zanahoria me los como[...]”.* (Paco)



Esta expresión nos lleva a la idea de que la orientación del deseo erótico es estable pero fluida y hay que distinguirla de los comportamientos o prácticas eróticas, pues tenerlas o deseárselas no significa que dicha orientación cambie.

Todo este proceso de asunción positiva de la orientación del deseo suele hacerse más fácil cuando se recibe apoyo de familiares y amigos como dice Paco

*“[...] yo dí el paso a los 33 años[...] a mi familia y algunos amigos se lo dije y no tuve problemas la verdad, me apoyaron.”*

o existen algunos referentes simbólicos que ofrecen una visión positiva

*“[...] yo creo que la serie de la que te hablé está mostrando el tema glbt con naturalidad, y sobre todo salir del armario con la discapacidad[...].” (Toni)*

Estos factores, unidos al contexto y los rasgos psicológicos propios, contribuyen a asumirla y vivirla con orgullo:

*“[...] ¿Has escuchado la expresión de más maricón que un palomo cojo? Pues yo la cumplo las dos al 100%, cojo y maricón[...] De lo mío, de mi discapacidad o de mi condición sexual se pueden mofar, pero no es algo que me afecte porque el primero que lo dice soy yo, soy cojo y maricón.” (Paco)*

Hay una aceptación explícita de ambas identidades que les generan satisfacción a pesar de que una de las dos en algunas situaciones o interacciones sociales le genera conflictos, más por el contexto social que por él mismo.

Una idea que se refuerza con lo que manifiesta Toni

*“Para mi ser un hombre gay es como si hubiese sido heterosexual, simplemente que en vez de gustarte las tías lo que te molan son los tíos, por tanto, ser un hombre gay con una discapacidad es como ser gay y bajito, es una cualidad o condición más que puede generar o no rechazo.”*

La diversidad funcional y la orientación del deseo como dos rasgos identitarios pero no como criterios definitorios de lo que él es y, por tanto, que permiten hablar de otros tipos de masculinidades.

Por incorporación de nuevos valores entendemos la interiorización y puesta en práctica de expresiones comportamentales generalmente asociadas al otro sexo. En este estudio, son los sujetos masculinos quienes dan mayor evidencia de esto.

Los mismos comienzan a tener una concepción más igualitaria de los sexos como Tito

*“Me considero hombre, una persona más. Ya no hay diferencias entre ser hombre es ser más que mujer o ser mujer es más que ser hombre. Soy uno más y ya está.”*

Una idea que tiene su correlato en las nuevas formas en que estos hombres se relacionan consigo mismos y los demás:

*“Da lo mismo que el hombre tenga o no tenga discapacidad, pero uno siempre tiene que ser limpio, aseado, afeitado, oloroso, arreglado además de respetuoso y cariñoso”*  
(Fede)

Atributos que habían sido relegados a un segundo plano o totalmente negados al sujeto masculino como el cuidado corporal, la expresión de emociones y sentimientos por considerarse tradicionalmente femeninos pero que empiezan a formar parte de ellos:

*“Pa mí, desde mi experiencia, con mis limitaciones, mi discapacidad no me ha influido en mi forma de verme ni sentirme como hombre. Eso sí, me hizo ver las cosas de otra manera, ser más abierto, ser más comprensivo con las personas, más detallista, más romántico.”* (Paco)

La sensibilidad, ternura, etc., pasan a ser parte del repertorio vivencial y comportamental de estos hombres.

Los sujetos de este trabajo también hacen uso de recursos de validación corporal que les posibilitan minimizar el impacto que los factores negativos tienen sobre sus cuerpos y sí mismos.

Uno de esos recursos del que hace uso Yoni es el sentido del humor

*“Yo siempre digo que soy un cuerpo escombros, soy el tetra, pero en plan guasa eh, para reírnos. Es el mismo recipiente aunque vaya en la silla y esté sin ejercitar.”*

El mismo le posibilita tanto positivizar términos que usualmente tienen una connotación negativa como asumir el uso de la silla de ruedas como un producto de apoyo que forma parte de sí

El otro es la autoconstrucción corporal por medio de la asistencia al gimnasio, al que suelen acudir 4 de los sujetos, y que en el caso de Tito le permite validar su cuerpo pero también su masculinidad

*“[...] hago mucho deporte. Tengo una especie de entrenadora personal que cuando voy al gym me pone ejercicios adaptados.”*

La interrelación de los factores mencionados conlleva a que los sujetos asignen un significado emocional a la percepción que tiene sobre su cuerpo, es decir, tengan una vivencia corporal que en este caso es positiva pues a pesar de las limitaciones mencionadas, para ellos/as es apto:

*“[...] mi cuerpo digamos que es un poco contra para hacer qué cosas, tienes que ir buscando el que sea adaptado para esto o para lo otro...” (Yoni)*

Un cuerpo con limitaciones para hacer determinadas cosas, pero con capacidades funcionales para hacer otras en función de las propias potencialidades y facilidades que ofrecen los entornos. Es la focalización en esas capacidades lo que les permite valorarlos en términos positivos

*“Mi cuerpo me parece bonito como conjunto, tiene sus defectillos que yo los veo, pero me parece bonito y otra cualidad es que es diferente, simplemente que no tiene por qué dejar de ser bonito lo diferente.” (Toni)*

Aún cuando su cuerpo dista de lo considerado socialmente válido, para él resulta estéticamente bonito. Percepción compartida por la mayoría de los sujetos quienes ven sus cuerpos *“bien, guapo y hermoso”, “ni muy delgado ni muy grueso”, “fofisano pero fuerte”, “genial”*.

Una percepción que les genera bienestar *“me siento divinamente”, “me alegra que sea así porque puedo hacer cosas”*.

### **4.3.- RESULTADOS REINVENTADO LA ERÓTICA**

Este tema se refiere al proceso creativo y autónomo mediante el cual las PcDFF se posicionan como sujetos del deseo y, por tanto, eróticos mediante una serie de manifestaciones corporales, conductuales e imaginativas a pesar de las limitaciones que presentan y los prejuicios sociales. Emergen cinco subtemas: pervivencia del deseo, erotización de los cuerpos, expresiones comportamentales de la erótica, el imaginario erótico y recursos externos de apoyo erótico.

#### **4.3.1.- Resultados Subtema 1: Pervivencia del deseo.**

Este subtema se refiere a cómo el deseo erótico se mantiene presente en la vida de estos sujetos con DFF en mayor o menor medida, el autoreconocimiento del mismo y también todas aquellos factores que influyen en su expresión. En la misma confluyen dos códigos: Factores que contribuyen al mantenimiento y expresión del deseo y Factores que dificultan la expresión y satisfacción del deseo.

Los factores que contribuyen al mantenimiento y expresión del deseo erótico son aquellos de índole personal, interpersonal que facilitan que el mismo sea reconocido y expresado ya sea en el plano conductual como en el mental.

Uno de ellos es la significación personal que tiene la erótica para estos sujetos. Aunque para Tito la erótica es una especie de práctica física que precisa de la preparación del cuerpo para todos los movimientos que durante las interacciones eróticas se tengan que hacer

*“Los juegos previos, el calentamiento por así decirlo, son como el deporte que puedes salir lesionado si no calientas.”*

Mientras que Loli y Fede la cosifican al asociarla a ciertos productos que son integrados en las conductas o vincularla estrechamente a los sex-shops:

*“Hacer, ponerle a uno las esposas, lo que tiene que ver con los actos sexuales.”(Loli)*

*“Sitios donde hay prendas de erotismo, videos de pornografía, cosas para el sexo.”  
(Fede)*

La mayoría la considera una dimensión del yo, es decir, una parte de sí mismos/as que enriquece la sexualidad al ser una forma de realización y reafirmación del yo. Toni refiere

*“[...] es un plus que se le da al sexo, lo rodea, yo creo que es como una caricia, una foto que te muestren, que no sea nada abiertamente sexual, porno.”*

Una erótica interactiva que se le aleja de lo explícito y lo mecánico del porno. Algo que como expresa Yoni, va más allá de los genitales, apela a la emocionalidad, a los sentidos:

*“Lo erótico es, por ejemplo, la ropa, ir vestido de manera que te llame la atención, miradas, roces...alguna fantasía rara, todo eso sí me llama la atención y me va más el erotismo que no vaya enfocado así al sexo.”*

Desde esta visión se da la posibilidad de erotizar objetos y situaciones, reactivar el imaginario y potenciar sentidos como el de la visión y el tacto. Factores todos a tomar en cuenta más que los meramente referidos a las prácticas “sexuales” pues como muy bien señala Yoni, podrían hacerle más placentera su vida erótica a pesar de la discapacidad

*“Para mí ha tenido y tiene la misma importancia, porque me gusta igual, mi cabeza calcula igual...sigo viendo un conjunto que me llama la atención y pienso cómo le quedaría a mi chica, o las caricias también, o que vaya por detrás y me ponga de pie en la silla y te sorprenda con un beso en el cuello...”*

Vemos como el componente lúdico, el rol del imaginario, la creatividad y deseos del sujeto se adaptan a sus circunstancias y contextos específicos permitiéndole vivir y expresar su erótica a pesar de la discapacidad.

Un hecho que en algunos se convierte en un detonante para vivir no sólo su sexualidad sino también para explorarse y descubrirse como sujetos eróticos como le sucede a Paco

*“Creo que tras el accidente y dar el paso, empecé a sacar más mi erotismo y descubrí mi lado morboso y sobre todo, el juego de las miradas.”*

En tal sentido, dos procesos diferentes: la salida del armario y la aceptación de la discapacidad, interseccionan de manera favorable para que el sujeto tome conciencia de su naturaleza y potencial erótico en el que lo visual juega un rol importante.

Por su parte, Toni considera que

*“La discapacidad ha influido en mi visión del erotismo en el sentido que creo me ha hecho valorar más los detalles, cosas que creo que una persona sin discapacidad no valora, la importancia de las caricias, las miradas, el saber que postura o no hacer, mis puntos fuertes para disfrutarlo plenamente.”*

Parece ser que el hecho de haber nacido o adquirido una discapacidad desarrolla en estos sujetos una sensibilidad erótica más allá de los genitales, de las prácticas penetrativas y les lleva a crear sus propias estrategias de expresión erótica en función de sus capacidades.

Otro elemento es la deseabilidad la cual definimos como la autopercepción que tiene el sujeto sobre características propias que pueden resultarles atractivas a los demás y, por tanto, ser deseados. Tito nos dice

*“Todos tenemos nuestro atractivo. Yo por mi musculatura que aunque no se note del todo porque voy en la silla, soy cuadro...”*

Por su expresión podríamos decir que todos los sujetos tienen un grado de atractivo para sí mismos y los demás, depende de a qué características se les de ese valor, que en su caso como vemos, se vincula a su fisonomía atlética aún cuando vaya en silla de ruedas.

Otros sujetos masculinos como Fede aluden a rasgos faciales y a la funcionalidad de su cuerpo

*“Creo que por mis ojazos azules, porque me funciona todo y eso hace que le llame la atención a las chicas.”*

Esta valorización de lo físico también está presente en las chicas para las que es importante cuidar su apariencia física como menciona Loli

*“Me considero una chica atractiva porque me arreglo y miro como a veces los chicos me miran y me gusta.”*

El considerarse atractiva y recibir un feedback positivo de los chicos le genera sensaciones placenteras. Le gusta sentirse deseada aunque sea por las miradas.

Además del físico y los gestos ya sean con los ojos (miradas) o con la boca (sonrisa) Paco nos menciona otros elementos que pueden resultar deseable para los demás como

las características personales y la proyección de una imagen que responda a los estereotipos tradicionales de cómo debe ser un hombre

*“...No me considero guapo pero sí apañado, resultón, tengo mi punto. Por mi mirada, mi forma de ser. Incluso en sitios gays que voy creen que soy hetero y eso resulta atractivo y hace que algunos quieran ligar conmigo.”*

Un hecho que parece reforzar su rol como deseado pero también su masculinidad dentro del ambiente gay.

Otro elemento son los contextos erotizantes, es decir, aquellos sitios o lugares en los que por el tipo de actividades o relaciones que se producen en ellos, tienen la capacidad de ser erotizados y a la misma vez despertar, alimentar y hacer expresar los deseos de los sujetos que le adjudican ese valor.

En este sentido son los sujetos que asumen una identidad gay, quienes a su vez también son más autónomos en todos los sentidos, quienes mayor número de sitios mencionan.

*“...estoy metido en un entorno muy sexual y entonces eso me genera que continuamente, durante todo el día tenga deseo sexual, es un continuo deseo alto por las tecnologías.” (Toni)*

El acceso a las nuevas tecnologías y con ello a redes sociales como “Twitter” y “Vevo” o aplicaciones de citas y encuentros sexuales como “Grindr”, “Wapo” o “Scruff” estimulan su deseo ya sea para “conocer chicos” o para “descargar”.

Algunos espacios al aire libre se convierten en detonantes para la activación del deseo en estos hombres:

*“La playa es un sitio que me pone mucho, me despierta las ganas vaya solo o acompañado...” (Paco)*

*“Otros sitios que me ponen mucho son los sitios de cruising, me gusta ir y mirar desde fuera lo que hace la gente, como si vieras un vídeo porno pero en la realidad...” (Toni)*

También otros más cerrados como el gimnasio donde confluyen todo tipo de hombres y que para Toni se convierten en un fuerte estímulo erótico:

*“El gimnasio es un sitio que al que me gusta ir y me pone muy cachondo desde que entro...”*

Las experiencias eróticas placenteras son otro factor y se refieren a todas aquellas expresiones comportamentales y/o mentales de carácter erótico que experimenta el individuo en solitario o en compañía y que les genera sensaciones de satisfacción y bienestar.

Paco nos dice

*“Tengo deseo demasiado frecuente, de na’ me empalmo. Yo me podría pasar follando todos los días jjjj es que me gusta y me lo paso pipa, pero cuando no se puede, echo mano a la mano jjjj que también me lo paso guay.”*

El deseo lo asocia a su respuesta genital, concretamente a la erección, y la satisfacción del mismo la logra por medio de la interacción erótica con otros o autosatisfaciéndose él mismo que al generarle tanto placer, mantienen vivo su deseo.

Sin embargo, en aquellos sujetos donde la respuesta genital se ve afectada, el deseo se ve potenciado por otros factores. Para Yoni la elaboración de planes mentales para un encuentro erótico posterior resulta ser muy estimulante

*“Algo que me ponía muy cachondo antes de la lesión, y ahora de vez en cuando aunque no tengo novia, era pensar en el encuentro que iba a tener más tarde con ella. Le pedía que se pusiera un sujetador o unas bragas así bien chulos, sobre todo de encaje, y nada más que de decírselo me pasaba el día deseando que llegase la hora de estar en casa.”*

El recordar experiencias eróticas satisfactorias es algo que le genera placer y que da cuenta tanto del poder de la imaginación como de la propia dinámica del deseo. Hechos que también se ven favorecidos por la importancia que cobran en algunos los pensamientos y representaciones eróticas:

*“...la situación de las duchas del gimnasio, el vestuario, los tios sudados, dan pie a pensar en situaciones morbosas o lo que pudiera suceder allí entre tios...” (Toni)*

Para él, el placer erótico trasciende la genitalidad



*“Es algo imprescindible junto al erotismo y la sexualidad, sentir placer con algo erótico es algo natural, es un estímulo que te genera en el cuerpo, ese estímulo por qué no algo visual, igual que veas, que toques, te genera ese deseo y placer.”*

Como se ve se apela a una multisensorialidad capaz de potenciar el placer y el propio deseo como elementos medulares dentro de la propia sexualidad y la erótica.

Factores que dificultan la expresión y satisfacción del deseo erótico son todos aquellos que limitan, obstaculizan o impiden que las PcDFF gestionen la expresión y satisfacción de sus deseos eróticos.

Uno de dichos factores es el no considerarlos deseantes de prácticas eróticas. Una situación que puede darse en el contexto de la relación de pareja como manifiesta Tito

*“... con mi novia seguía teniendo deseo después de la lesión pero las imposibilidades las ponía ella, así que no hacíamos nada.”*

Pero que también encontramos en el contexto familiar como nos refiere Pepa

*“...sexo con mi novio no he tenido porque dice mi madre que esas cosas no se pueden hacer. Eso cuando uno se case sí lo puede hacer.”*

En ambos casos el deseo de satisfacerse mediante prácticas eróticas concretas persiste pero se les ponen obstáculos para que lo satisfagan. Se presentan las relaciones coitales como algo prohibido para las personas con discapacidad y de hacerlo, sólo es posible en el contexto del matrimonio.

Obstáculos que no sólo vienen desde lo externo sino que aún cuando ellos/as valoran favorablemente estas prácticas, la interiorización de prejuicios y estereotipos se hace muy presente. Loli refiere

*“Me parece bien que una persona se toque, tenga o no pareja, es importante que tú misma te puedas acariciar, tocar, dar placer pero yo no suelo hacerlo aunque en una charla nos dijeron que en la vulva hay un botoncito que se llama clítoris y es donde el hombre excita a la mujer.”*

Se evidencian las carencias educativas, el desconocimiento que tiene sobre su genitalidad y la interiorización de la idea de que el placer femenino depende del sujeto masculino. Una visión compartida por Yoni para quien debido a su falta de sensibilidad sólo podría disfrutar de estas prácticas con otra persona

*“...En mi situación actual, así con mi discapacidad no. no porque yo no siento y al no sentir pues yo solo no me provoca tanto placer, a lo mejor que esté con una chica y me lo haga, lo veo y me emociono mucho más, pero así yo solo, no me llama la atención.”*

Para Toni otra consecuencia de la discapacidad que influye en la satisfacción de su deseo mediante estas prácticas, son aquellas zonas corporales asociadas directamente a lesiones u operaciones, las cuales le generan emociones negativas y sensación de “fragilidad”:

*“Me gusta acariciar mi cuerpo aunque hay zonas que me gustan acariciarlas menos que otras pues por ejemplo, hay zonas en la pierna donde llevo la prótesis que por operaciones y demás he conseguido más sensibilidad y el tocarme esas zonas no me gusta tocármelas ni que me las toquen porque siento miedo, como más fragilidad, me genera como “ve con cuidado porque no sé ni yo mismo cómo reaccionaría esa parte...”*

Para Pepe, es el tratamiento farmacológico el que influye en las ganas de satisfacer su deseo:

*“ A veces tengo deseos, muy pocas veces, porque por las pastillas no me dan ganas de nada.”*

Mientras Tito apunta, como mecanismo de racionalización, a su estilo de vida actual, a la jerarquía de sus necesidades además del uso de un dispositivo de apoyo que le dificulta las prácticas eróticas:

*“Como no tengo pareja, el médico me recomendó que me masturbara como mínimo cada 15 días pero apenas lo hago pues entre las clases de la Uni, el quedar con amigos, el gimnasio y como también llevo un conector que me lo dificulta un poco, no lo hago.”*

No sólo persiste el deseo por tener prácticas eróticas, sino que todos los sujetos manifiestan también el referido a establecer vínculos íntimos estables con una pareja:

*“Desearía tener una relación. Pero bueno, ni surgen pero yo tampoco lo busco porque como salí decepcionado de la última relación [...] No me da temor pero soy más reservado en ese aspecto.”(Tito)*

Implícitamente se deja entrever la dificultad que tienen las personas con discapacidad para conseguir establecer una relación de pareja y hasta para mantenerla después de adquirir alguna discapacidad. Una situación que se hace más difícil cuando el sujeto ha tenido experiencias anteriores que han terminado en fracaso lo cual lo hace experimentar emociones negativas y actuar con mayor cautela.

#### **4.3.2.- Resultados Subtema 2: Erotización de los cuerpos**

Por erotización de los cuerpos nos referimos al proceso mediante el cual las PcDFF en función de sus limitaciones y funcionalidad, reconocen, configuran y disfrutan el potencial erótico de sus cuerpos. Son tres los códigos que encontramos en esta categoría: vivencia de la desnudez, zonas erógenas, autosatisfacción con la genitalidad.

La vivencia de la desnudez hace referencia al significado emocional que da el sujeto a la autopercepción que tiene de su cuerpo desnudo.

Fede destaca la importancia de aceptarse corporalmente a pesar de que sus cuerpos, como el de las personas con exceso de peso, no encajen en el modelo estético imperante en la sociedad

*“... A mí sí me gusta verme desnudo. Yo me veo bien, igual que una persona gorda puede gustarse verse desnuda.”*

Una experiencia que si a la mayoría le genera sentimientos positivos, en uno de ellos encontramos cierto tono emocional ambivalente “no me desagrada”, “no me da vergüenza” y en Yoni se hacen presentes sensaciones de malestar

*“Antes sí que me gustaba verme desnudo, ahora no. Ya no tengo tanta musculatura, ahora como que me da igual, si acaso me gusta mirarme la cara.”*

Un rechazo a su desnudez que consideramos está muy asociado al hecho de haber adquirido la discapacidad, que le ha hecho perder masa muscular lo cual le hace centrarse en lo atractivo de su cara y deje de considerar el potencial erótico de todo su cuerpo.

En otros sujetos, como Toni, la diferencia corporal se acepta con orgullo:

*“...me gusta verme desnudo y cada vez más. A través del nudismo, me gusta verme pero también que vean mi cuerpo los demás, tomando el sol, en el gimnasio, me gusta que lo miren para que me conozcan.”*

La exposición de la misma ante los demás se puede considerar también una estrategia de empoderamiento tanto personal como social en la que se valida su corporalidad erótica. Para algunos sujetos masculinos con discapacidad adquirida, durante el proceso de aceptación de la misma, también se produce un (re)descubrimiento de zonas erógenas, es decir, partes corporales sensibles que al estimularlas les producen placer y que con anterioridad no habían reparado en ellas, como es el caso de Yoni

*“...después de la lesión y no desde el momento de la lesión, sino al año más o menos, me di cuenta que a la hora de limpiarme las orejas con los bastoncillos había un puntito por aquí adentro que me tocas y me hace ponerme tonto, en plan ay, me ha gustao.”*

Lo primero que llama la atención es cómo el descubrimiento de dichas zonas es algo que puede ocurrir de manera fortuita y después de un tiempo de adquirida la lesión. En este caso, y a diferencia de Pepa que refiere que las orejas la hacen excitarse “cuando me la tocan o acarician”, éste sujeto las descubre durante una práctica de autocuidado e higiene personal.

Para algunos de estos sujetos masculinos “el glande”, “los testículos” continúan siendo zonas erógenas pero el mapa se amplía, sobre todo en aquellos con discapacidad adquirida, a zonas extragenitales como “los pezones”, “el cuello” o “la boca”.

La focalización ahora se desplaza hacia otras partes como expresa Yoni

*“... no disfruto a nivel de que me llegue cuando te tocan por la barriga o los abdominales, o te pasan la lengua por aquí abajo, o los genitales y más, no. Pero aunque no pueda sentir para abajo, mi cabeza funciona bien. Si la veo como disfruta ella, como goza o cuando la besas o le tocas o le chupas una teta o lo que sea, bufffff, a mí me gusta, aunque luego el final no sea como antes. La mente es poderosa.”*

Hay una desgenitalización en el que cobran protagonismo los sentidos del tacto, del gusto, la vista, el auditivo y “la mente”, permitiéndole vivir una experiencia que potencia su placer al considerar también el que le reporta su pareja.

La satisfacción con la genitalidad es la percepción que tienen los sujetos respecto a la forma, tamaño y funcionalidad de sus genitales y los sentimientos que les genera.

En el caso de Loli y Pepa, las mismas apenas han explorado a fondo su genitalidad. Mientras que Pepa los considera “bonitos, grandes” para Loli es una zona prohibida

*“En una charla que fui nos dijeron a las chicas que nos miremos pero a mí me da miedo ver qué hay ahí abajo, qué me voy a encontrar...”*

Los sentimientos de temor que experimenta la paralizan y hace que se resista a conocer esta parte de su anatomía.

En cuanto a los sujetos masculinos, 2 de ellos evidencian cierto grado de insatisfacción respecto al tamaño de sus genitales:

*“Bueno, me gustaría tenerlo más grande, pero que vamos a hacer, me siento contento con él...” (Paco)*

Los otros 3, por su parte, se sienten satisfechos por considerarlo dentro del tamaño medio

*“Yo opino que con lo que tengo estoy bien. Me gusta, ni es pequeño ni es grande, simplemente tamaño estándar español y a nivel mundial...” (Pepe)*

Mientras que para Tito se convierte en motivo de orgullo

*“Estoy satisfecho con la forma y tamaño de mi pene. Y más ahora que entran unos primitos pequeños que tengo a la habitación y la última vez que me pillaron con mi padre cambiándome, dejaron a mi padre por lo suelos porque le dijeron “¿por qué tiene el Lalito la picha tan grande y el tío tan pequeña?”, así que cosas así hacen que me venga arriba.”*

El tamaño del pene se convierte en un factor de reafirmación de su masculinidad además de potenciarle su autoestima aún cuando a nivel eréctil la respuesta no sea la misma que antes de la lesión.

En este sentido Yoni nos dice

*“Tengo erecciones, me tocas y se levanta, ya no dura como siempre, lo mismo se levanta se baja, o se levanta y se queda o es intermitente...y eyacular eso no, sólo lo consigo cuando voy al hospital de referencia mediante un vibrador a 900 vueltas más o menos, así que si encuentro a una chica con esas caderas, no la soltaría.”*

Ambos sujetos son conscientes de las dificultades en sus respuestas eréctil y eyaculatoria. Situación que, como en este caso, tratan de afrontarla positivamente y con sentido del humor.

#### **4.3.3.- Resultados Subtema 3: Expresiones comportamentales de la erótica**

Este subtema hace referencia a todas aquellas formas conductuales concretas mediante las cuales los sujetos con DFF expresan y satisfacen sus deseos eróticos. Al mismo tributan dos códigos: estrategias de cortejo y seducción y prácticas eróticas.

Las estrategias de cortejo y seducción son todas aquellas expresiones comportamentales verbales y no verbales que despliegan los sujetos para conquistar a una pareja potencial.

Destacan en primer lugar, todos aquellos comportamientos y gestos que pone en práctica el individuo para llamar la atención del sujeto que le atrae.

En ocasiones el contacto sistemático con una persona aumenta la atracción hacia la misma y una forma de propiciar la cercanía es poner en práctica habilidades sociales básicas como hace Yoni

*“Te vas a reír pero lo primero que hago es saludar con la mano, la voz o la cara. Si la he visto todos los días, que coincidimos digo “hola” y después de esos holas diarios tal vez una sonrisa pícaro por ejemplo.”*

En este primer momento de la interacción erótica el lenguaje extraverbal juega un rol predominante

*“Si estoy con amigas les digo mira que guapetón, me entra la risa y lo miro de vez en cuando y me pongo nerviosilla.”(Loli)*

Una situación que aunque placentera puede ser fuente de ansiedad como vemos pero también de situaciones conflictivas cuando no se tienen las habilidades necesarias para controlar las emociones e interpretar correctamente las señales extraverbales como refiere Paco

*“Con la mirada, empiezo con la mirada, lo miro a ver si corresponde y si lo hace, hacer un gran gesto o alguna pequeña insinuación, no directamente y más si no sabes si la otra persona entiende o no entiende, entonces con eso hay que tener cuidado.”*

El acercamiento a la persona puede producirse directamente, en este caso dirigiéndole algún cumplido por el rasgo que les resulta atractivo como dice Pepa

*“Lo ví y me gustó y yo me acerqué y le dije que ojos tan bonitos tenía.”*

O también por que el sujeto es consciente que lo verbal es su punto fuerte como en el caso de Toni

*“...no soy de muchos gestos, soy más del don de palabras que del don gestual por decirlo de alguna forma; así que cuando un tío me gusta no me importa decirle “Oye, me ha gustado tu sonrisa” o algo así...”*

El otro momento que destacan los sujetos, es el que hemos llamado compartiendo el yo para referirnos al proceso mediante el cual se van descubriéndose ante el otro y mostrándoles su historia personal.

Para Toni durante este proceso es importante exacerbar sus rasgos personológicos, resaltando sobre todo aquellas cualidades positivas que puedan ayudarle a lograr sus objetivos

*“...soy una persona muy cariñosa, extrovertido pero como intentando ligar o de interesarle a alguien como que los intensifico aún más...”*

Paco, por su parte, aún cuando su discapacidad no es evidente, considera importante darla a conocer a la otra persona aunque la reacción no sea siempre la de aceptación

*“Cuando he visto a una chica que me gusta, me acercaba, entablaba conversación, nos presentábamos, hablábamos de nuestros gustos y yo siempre he dicho lo de mi discapacidad...hay quien acepta y quien no.”*

Todo lo contrario a Toni quien opta por desvelarlo o no en dependencia del contexto:

*“Me gusta más ligar en vivo y en directo pero también he usado Grindr y Wapo. Al inicio por ellas siempre decía que tenía una discapacidad entonces si hablaba con 100 tíos , el 95% de ellos me decía de no quedar. Ahí dejé de decirlo y cuando envió fotos, las mando sin mostrar la discapacidad en un primer momento para que se interesen por mi personalidad y no crear esa barrera . Ya luego en dependencia de cómo vea al tío se lo digo o le envío alguna foto.”*

Si bien las aplicaciones de citas enfocadas a personas GLBTQ abren la posibilidad para el ciber cortejo como una vía para conocer otros chicos, en su caso las experiencias han sido negativas pues los demás perciben su discapacidad como algo negativo y rechazan cualquier tipo de encuentro.

Sin embargo, cuando ha establecido algún tipo de vínculo con otro chico aunque sea superficial, no le cuesta mostrarse tal cual es:

*“...a un chico que había mostrado interés por mí, como él también es nudista, lo invité a ir al solarium conmigo, que me viese mi cuerpo completamente desde cero , sin prótesis ni nada. Creo que lo utilicé como estrategia para decir, “mira esto es lo que hay , ya has visto todo entonces” pero no de forma sexual, que me viera como la persona que soy y me funcionó pues desembocó en una cita maravillosa.”*

De las frases antes expuestas también se desprende que el cortejo requiere de una serie de habilidades que pueden ser aprendidas y perfeccionadas por el sujeto para saber qué hacer en cada momento. Cuando dichas habilidades no están desarrolladas se puede romper la dinámica del mismo como manifiesta Fede

*“...al principio era como una persona que estaba muy encima, quiero que veas que me gustas...mis amigos me decían que era muy empalagoso...ahora como que voy más lento y sin agobiar...”*

Bajo el código de prácticas eróticas se agrupan todas aquellas conductas que posibilitan al individuo satisfacer sus deseos eróticos ya sea de forma individual o en compañía de otra(s) persona(s). En el repertorio de estos sujetos encontramos desde las autoeróticas hasta las aloeróticas.



Dentro de las autoeróticas, es decir, aquellas conductas mediante las cuales el sujeto satisface sus deseos eróticos de manera individual encontramos las caricias:

*“...yo al fin y al cabo tengo mis brazos que los puedo mover un poquillo y a la hora si me quiero explorar, acariciar lo hago y veo cómo los muevo y eso me gusta.” (Yoni)*

Una práctica que le permite explorar su cuerpo a pesar de su movilidad reducida y que le genera placer. Además de éstas, también están los masajes y la masturbación:

*“Me gusta también masajear mi cuerpo, acariciármelo, muchas veces cuando me ducho y enjabono y me pongo cachondo, o cuando después me echo crema y hay veces que termino tan malo, que termino masturbándome.” (Paco)*

Experiencias eróticas que algunos como Fede realizan con frecuencia y son vivenciadas con gran satisfacción

*“Me masturbo de vez en cuando, 3 o 4 veces en mi habitación generalmente y por la noche...Me hace sentir, ay, por Dios, que gustazo.Me merece un diez.”*

Es una práctica que algunos como Paco han incorporado a su repertorio erótico debido también a sus beneficios relajantes y placenteros

*“Me gusta masturbarme, sobre todo por esa sensación de relajación conque te quedas, y sobre todo si estás cansado y no puedes dormirte, te haces una paja y te quedas tan a gusto y a dormir.”*

Una práctica que como dice Yoni, a pesar de ser placentera y estar presente en todas las etapas de la vida, aún está plagada de mitos y prejuicios:

*“Es una cosa normal que lo hace todo el mundo, lo descubre desde pequeño y lo usa hasta que se muere. La gente no te lo va a decir y luego se hacen más pajas que un monillo.”*

Respecto a las prácticas aloeróticas, es decir, aquellas que realiza el sujeto con otras personas para satisfacer sus deseos eróticos todos/as las han tenido en algún momento aunque sólo consideren “sexo” a las prácticas penetrativas. Esta idea coitocéntrica está presente en todos. Toni refiere

*“...practico sexo como otras personas, no haces obviamente algunas posiciones, te cuesta más hacer una cosa que otra, pero lo hago igual...”*

Este reconocimiento de limitaciones hacen a algunos buscar alternativas como ha hecho Yoni

*“La penetración en la posición de 4 patas me encantaba mucho, ya no puedo, ahora me sigue gustando la penetración pero cuando la tía encima tuya que viendo como disfruta ella disfruto yo, como si estuviese hinchándome yo, diciendo en plan feo como si estuviera dale que te pego, en plan aquí el que manda soy yo...”*

Se buscan nuevas posturas para realizar el coito y aún cuando asume un rol pasivo en cuanto a movilidad, el logro de la erección refuerza el placer mutuo y sus sentimientos de valía y poder como hombre.

Otras de las prácticas realizadas por todos los sujetos masculinos que les generan gran placer son las bucogenitales resaltando algunos las habilidades que tienen para ello:

*“...el sexo oral tanto que me lo hagan como hacerlo, puafff.” (Yoni)*

*“Me flipa el sexo oral, porque yo tengo una cualidad que es girar la lengua 360° y eso sorprende mucho a la gente y la sensación que a mi me produce cuando lo hago es mucha aparte que no soy escrupuloso en chupar ninguna parte del cuerpo, puedo generar mucho placer.” (Toni)*

Pepa, que en la actualidad tiene novio desde hace 2 años, refiere tener variedad de prácticas:

*“Yo y mi novio nos damos besos, caricias, nos abrazamos...”*

Prácticas que también reconoce haber tenido Loli

*“Estuve casi 3 años con un chico que iba en silla de ruedas. A mi familia no le gustaba mucho. No teníamos relaciones sexuales pero sí besos, caricias, abrazos...”*

Entre las prácticas que son mencionadas por los sujetos que asumen una identidad gay tenemos el “sexo grupal”, el sexting

*“Hay un chaval que me gusta muchísimo y a veces solemos intercambiarnos fotos desnudos en diferentes posturas y vídeos cachondos.” (Paco)*

Y Toni también menciona las sadomasoquistas:

*“Me gusta casi todo del sexo. Por ejemplo, las prácticas sadomaso las he tenido por curiosidad con una pareja que tuve que le gustaba dominar más en el sentido de humillar, que sí que me gusta de una forma más light, pero no llegar al extremo tanto de como yo me vi que sufría, que el placer que yo le generaba a esa persona no me generaba a mí placer, no lo disfrutaba...”*

Hay una disposición a disfrutar de todo tipo de experiencias eróticas y se remarca la importancia de la consensualidad y el respeto de los límites en las interacciones sadomasoquistas.

Un último aspecto que destacan los sujetos respecto a las prácticas eróticas son los cuidados previos a las mismas, es decir, aquellos preparativos o precauciones que realizan las antes de involucrarse en cualquiera de ellas.

Todos los sujetos que tienen algún tipo de interacción erótica con otras personas refieren que antes de las mismas tratan generalmente de cumplir normas de higiene personal como *“ ducharse”, “lavarse las manos”, “lavarme mis partes”*.

Los sujetos que tienen dificultades para algunas funciones fisiológicas como el caso Tito y Yoni que presentan vejiga neurogénica, precisan de una preparación previa

*“Normalmente ahora si voy a tener sexo tienen que darse las circunstancias de que me sonden porque claro, si tienes la vejiga llena, como no contralas esfínter, si te dan ganas de mear, no te vas a mear ahí, salvo que la tía sea fetichista de eso, de la lluvia dorada...” (Yoni)*

Mientras que Toni que es el único que usa prótesis, el uso o no de las mismas va a depender del contexto y las personas conque se encuentre:

*“El quitarme o no la prótesis depende. Como el brazo es simplemente decoración normalmente siempre que puedo me la quito porque disfruto más sin él, pero depende si surge sexo en la calle no me lo quito porque me gusta tener con la prótesis de la pierna la misma altura que la otra persona, que de no tenerla me generaría inestabilidad...pero en una cama, sillón o en un espacio donde me voy a tener que mover, me gusta siempre quitármelas por comodidad.”*

#### **4.3.4.- Resultados Subtema 4: El imaginario erótico**

Por imaginario erótico entendemos el conjunto de imágenes y representaciones de contenido erótico creadas y recreadas por los sujetos a partir de las experiencias vividas, aprendidas o percibidas y que constituyen formas de expresión, potenciación y satisfacción de sus deseos. En el mismo confluyen cuatro códigos: las fantasías eróticas, los sueños eróticos, los recuerdos eróticos y la importancia del imaginario erótico.

Las fantasías eróticas son todas aquellas representaciones mentales en las que basándose en sus experiencias y/o deseos el sujeto construye de manera creativa una historia erótica.

Las fantasías con contenido referido a prácticas eróticas con más de una persona son manifestadas por 3 de los sujetos masculinos y van desde fantasear con un trío con sujetos de ambos sexos como en el caso de Paco

*“He tenido fantasías con poca frecuencia sobre todo la de hacer un trío con un tío y una tía. Imagino que salgo a un pub y allí ligo con ellos y de allí a la casa y ya luego a liarse vivos.”*

Hasta una experiencia de sexo grupal más amplio como refiere Yoni

*“He fantaseado también en hacer un trío, un cuarteto o que haya una orgía y meterme ahí en el medio con silla y todo y a ver qué pasa, o simplemente pasar por allí y mirar.”*

Fantasía en la que además de su participación activa incorpora a la silla de ruedas como una parte de sí mismo y de la interacción erótica. Él mismo expresa

*“He fantaseado también que viene una chica, yo sentado en mi silla, separo las piernas y ella viene y me la come un poco, luego pone sus piernas en las ruedas y se siente encima mío y aunque luego pienso que podría acabar con los riñones adoloridos, no me importaría, jjjj.”*

Como puede apreciarse, erotiza a su silla de ruedas y aunque dicha fantasía en el plano de la conducta es algo que pudiera ocasionarle alguna molestia física, es una experiencia que le gustaría experimentar.

Fede que es el otro de los sujetos que tiene este tipo de fantasías grupales, incorpora personajes de series televisivas o a deportistas donde el contacto físico es directo:

*“Sí tengo fantasías eróticas. Sobre mujeres futbolistas que están jugando al fútbol con camisetas sudadas y bien pegadas y yo soy el árbitro y estoy en el centro de ellas que me tocan y hacen de to. También con la reina de dragones, Dagneris Targarian de Juego de Tronos y su criada.”*

La vida cotidiana y su participación en ella, se convierten en una fuente directa para crear sus fantasías.

Otros dos sujetos masculinos fantasean con prácticas consideradas no convencionales como el sadomasoquismo y “el sexo público”:

*“Me puedo montar mis películas desde algo sencillo como coquetear hasta algo de sado más durillo. Aunque es algo que no me gustaría experimentar pues me parece algo demasiado bruto, a raíz de 50 Sombras se me disparó la imaginación en ese sentido, pero a nivel de fantasía todo se permite pero ya, sólo como fantasía.” (Tito)*

Un fenómeno mediático como 50 Sombras se convierte en el detonante de sus fantasías sadomasos, sin embargo, desde sus propios deseos prefiere dejar dichos contenidos en el terreno de las fantasías que es el espacio donde le generan placer, pues trasladarlos al plano de su conducta es algo que le generaría malestar.

Basado en sus experiencias Toni no dice

*“...suelo fantasear con situaciones que me generan morbo como el hacer cosas para la sociedad prohibidas como tener sexo en algún sitio público pues soy de las personas que piensa que si no molesta a nadie y estás en un lugar medianamente discreto y no puedes molestar, esa fantasía se puede hacer realidad.”*

Puede apreciarse como la sociedad al establecer pautas de lo que está permitido o no, muchas veces suele negar y estigmatizar los deseos individuales. Unos deseos que son recreados en el mundo de las fantasías pero cuya expresión, siempre que se deseara, tampoco debiera ser causa de problemas siempre que se satisficieran desde el respeto a sí mismo y a los demás.

Otra de las manifestaciones del imaginario en estos sujetos son los **sueños eróticos** que podemos considerar como una experiencia psicofisiológica que ocurre durante el proceso de dormir cuyos contenidos eróticos activan su respuesta sexual como en el caso de Pepa

*“A veces he soñado con mi novio que me está tocando, que me está mirando. Me siento bien, lo disfruto.”*

Un sueño de carácter íntimo, y hasta romántico, vinculado a las interacciones eróticas que en la vida real tiene con su pareja.

Pepe que es el único sujeto masculino que refiere recordar algún sueño erótico alude a experiencias más explícitas:

*“He soñado a veces con mi vecina. Me ha invitado a su casa pa’ que la ayude a hacer algo y acabamos teniendo sexo, a veces me he despertao y ’toy to mojado.”*

Sueño en el que la práctica erótica es el coito y la respuesta que se desencadena lo lleva, entre otros efectos, a eyacular.

Si para los sujetos anteriores el sueño erótico resulta uuna experiencia placentera, no sucede así con Loli

*“He tenido sueños sexuales, muy pocos, pero recuerdo que la primera vez me dio miedo, me asustó de ver lo que vi...un hombre y una mujer haciéndolo y me desperté muy asustada.”*

Un cúmulo de emociones negativas en las que subyacen muchas de las carencias educativas que tiene ella, además del hecho de no ser considerada por otros como un sujeto sexuado y erótico.

Los recuerdos eróticos que son aquellas experiencias eróticas que ha vivido con anterioridad el individuo y que revive en su imaginario, se hacen presentes en todos los sujetos masculinos

*“Muchas veces recuerdo muchas de las experiencias sexuales que he tenido y suelo recrearlas en mi mente por lo que me impactaron, incluso muchas veces hecho mano de ellas pa masturbarme.” (Toni)*

Experiencias que en este caso son positivas y que son revividas por el sujeto por el placer experimentado, convirtiéndose en un estímulo inductor de la masturbación.

El último código de este subtema es la importancia que atribuyen los sujetos al imaginario por el rol que tiene en sus vidas y los beneficios que les reporta. Según lo que expresa Tito, aún cuando no mantiene por el momento ningún otro tipo de práctica erótica, el imaginario es un componente activo de su vida que al facilitarle satisfacer algunos deseos eróticos, puede resultar hasta empoderador:

*“Te mantiene activo, aunque no practiques el sexo, te mantienen en la situación.”*

Incluso, Toni lo considera como un recurso que puede potenciar el deseo, la atracción entre dos amantes al ser compartidos sus contenidos o sugerirlos durante la seducción:

*“..me gusta jugar con la fantasía, con lo que pienso sexualmente, si yo tanteo a la persona y veo que también le gusta, yo propongo fantasear con fantasías o proposiciones que se pueden realizar pues al final te abre la mente...”*

Para Pepa, por su parte, es una experiencia que todos pueden tener por el placer que proporciona

*“Las cosas que sueñas, que imaginas, te hacen sentir bien, disfrutar, tengas o no tengas discapacidad.”*

#### **4.3.5.- Resultados Subtema 5: Recursos externos de apoyo erótico**

Los recursos externos de apoyo erótico son todos aquellos dispositivos, productos, servicios o personas que facilitan la expresión de la erótica de estos sujetos. Los códigos que encontramos en la misma son la pornografía, la juguetería erótica, el acompañamiento erótico, los medicamentos y los recursos literarios.

Por pornografía consideramos todo el material audiovisual que muestra la realización de prácticas eróticas de forma completamente explícita.

Todos los sujetos masculinos del estudio han visualizado pornografía en algún momento por el simple hecho de verla o para realizar alguna práctica erótica:

*“Para masturbarme suelo mirar a veces videos porno en el ordenador o en el móvil en xlovercam, xlover mature o pornotube.” (Fede)*

Las nuevas tecnologías hacen que el acceso a este tipo de contenidos sea bastante fácil y que proliferen diversos canales para consumirlo de forma individual pero también en compañía como expresa Paco

*“A veces he quedado con algún tío y cuando llego a su casa tiene puesto porno de fondo mientras follamos.”*

Loli y Pepa refieren haber visto portadas de alguna revista “*por casualidad*” no han consumido este tipo de contenido por ninguna vía y una de ellas alude a emociones negativas que experimenta de sólo plantárselo:

*“...me da miedo ver lo que pueda ver.” (Loli)*

Una expresión que puede asociarse a la visión negativa que se le ha dado de las interacciones eróticas, aún cuando el porno generalmente se aleje de la dinámica real de éstas.

En este sentido Toni plantea su disconformidad con este porno mainstream que se produce, distribuye y consume:

*“...el porno profesional, el puro y duro que hacen las productoras no me gusta nada...lo veo poco natural, guionizado...”*

Mientras que otros cuatro de los sujetos masculinos critican la falta de representación de personas con diversidad funcional en este tipo de producciones

*“...una escena de una peli porno de un discapacitado tú no la ves, sólo se ven personas que no tienen discapacidad, ¿es que acaso los discapacitados no tienen derecho a tener relaciones como todo el mundo?”(Paco)*

Una crítica en la que también se reivindica el derecho de las personas con diversidad funcional a vivir y expresar su erótica.

Otro de los recursos es la juguetería erótica y la misma comprende todos aquellos dispositivos u objetos usados en las prácticas eróticas con el propósito de facilitar y potenciar el placer.



Ninguna de las chicas refiere haber usado algún juguete erótico pero sí conocen de su existencia:

*“Por internet he visto cosas por curiosidad, una mujer usando un picardías, las esposas, los penes de juguete.” (Loli)*

Tres de los sujetos masculinos sí los han usado. Fede refiere que conoce varios y que ha usado una sex doll

*“Sé que hay muchos juguetes eróticos y he visto algunos. Yo tuve una muñeca inflable un tiempo.”*

Toni da cuenta del uso de dos de ellos para masturbarse, penetrarse y disfrutarlo junto a otra persona:

*“Aunque suelo usar generalmente la mano para masturbarme, tengo un huevo masturbador de esos y un dildo que uso pal culete y también me gusta usarlo con otra gente.”*

Yoni refiere una experiencia negativa con uno de ellos

*“...mucho tiempo después de la lesión y cuando todavía estaba con mi chica, una vez fui a una sex shop y me pillé unas bragas de chuchería, pensaba que eran de gominolas y venía en mi silla contento pa casa, pero cuando se las puso y empecé a morder descubrí que eran de caramelos y duros, así que aunque la usamos un rato, le dije que se las quitara porque me iba a dar una indigestión...”*

Con sentido del humor relata la anécdota y evidencia cómo se buscan nuevas estrategias para disfrutar la vida erótica en pareja además de que implícitamente subyace la necesidad de una mejor información y educación respecto a la juguetería erótica.

Esta última idea se reafirma en Tito que nunca ha usado alguno y para quien los mismos resultan poco accesibles tanto por su coste como por su diseño:

*“Puedo masturbarme con mis manos, pero de todas formas hemos estado mirando juguetes pero son caros de narices además de que algunos no sé muy bien cómo los pudiera usar.”*

Idea también compartida por Fede

*“No me interesan mucho los juguetes además son muy caros.”*

Los otros sujetos aunque refieren que nunca han usado ni tenido alguno, están abiertos a tener alguna experiencia con algunos que puedan resultarles atractivos:

*“No soy de juguetes, no he tenido ni tengo pero por ejemplo, me llama mucho la atención uno que es una especie de dildo pequeño que lleva un mando a distancia, me gustaría probarlo en mí y en otra persona.” (Paco)*

Otro recurso mencionado por dos de los sujetos es el uso de la literatura erótica, es decir, narraciones o poesía en las que se explicitan experiencias eróticas de forma escrita.

*“A veces suelo leer algún relato erótico que me pone y también me masturbo.” (Paco)*

Los medicamentos en cualquiera de sus variantes también han sido utilizados por Yoni pues aunque disfruta de otras maneras y la erección no es el eje alrededor del cual gira su placer, le gusta poder lograrla para seguir disfrutando de las prácticas penetrativas en algunas situaciones

*“Yo digo que soy una máquina que hay que engrasar. Ahora hay que buscar cosas nuevas. Si antes viendo a una chica te ponías como una moto, ahora te pones como una bicicleta...salvo que utilices algún método tipo pastillas, pinchazos, ya depende de lo que funcione a cada uno.”*

El último de los recursos que emerge en forma de demanda es el referido al acompañamiento erótico o asistencia sexual como más se le conoce, entendido como el apoyo que una persona capacitada en sexualidad y erótica ayuda a una persona con diversidad funcional a vivir experiencias auto y aoloeróticas.

En tal sentido, Loli a raíz de un videodebate sobre “Yes, we fuck!” en el que participó refiere que

*“Me gustaría saber cómo es eso de la asistencia sexual.”*

Una demanda que habla de su derecho a ser reconocida como mujer deseante.

## **DISCUSIÓN**

Los resultados de esta investigación refuerzan la validez del marco teórico-metodológico de referencia, al facilitarnos una serie de contenidos específicos en cada uno de los temas investigados, lo cual nos permite conocer cómo viven la sexualidad y expresan la erótica las PcDFF.

En cuanto a la autoaceptación de la diversidad funcional, los hallazgos son consistentes con otros estudios realizados donde también se evidencia que es un proceso dinámico, variable de un individuo a otro y en el que confluyen una variedad de factores que pueden entorpecerla o favorecerla.

Hemos constatado, al igual que el estudio de Bogart, Lund y Rottenstein (2018), que no es el tipo ni severidad de la discapacidad lo que más influye en la autoaceptación de la misma, sino que es la representación social negativa de la diversidad funcional como un estigma y todos los comportamientos y actitudes derivados de ella, lo que atenta contra dicho proceso y, por tanto, en la inclusión activa de ellos en la sociedad.

A nivel social la consideración de la diversidad funcional como imperfección o defecto, se traduce en una serie de comportamientos discriminatorios y de exclusión ya no sólo en cuanto a la accesibilidad física sino también para su participación en diferentes contextos o el establecimiento de cualquier tipo de relación interpersonal.

En el plano familiar, asumirla como una enfermedad lleva a una sobreprotección sistemática, sobre todo en aquellos/as con DFF congénita, enmascarada muchas veces bajo estrategias de protección o cuidado por medio de las cuales se llega hasta a infantilizarlos/as, impidiendo la realización personal en cualquier área vital.

Por su parte, la interiorización de ese estigma como ser deficiente, potenciado por los factores señalados, provoca que el sujeto se focalice en sus limitaciones funcionales, afectando la valoración y estima sobre sí mismos/as como sucede en dos de los sujetos del estudio. Es una situación que, como hemos visto, puede hacerse crítica en la pubertad-adolescencia, pues la no aceptación de su diferencia y el rechazo que recibe de sus pares o iguales, influyen negativamente en su autoestima además de ser factores predisponentes de conductas autolesivas.

A pesar de esta estigmatización, nuestros resultados corroboran los del estudio citado, los cuales apuntan a que estos sujetos tratan de reafirmarse como personas, viviendo con orgullo su diversidad funcional.

Uno de los factores que contribuye a ello es la resignificación del estigma. Para estos sujetos las deficiencias no son el problema, sino que es el sistema social quien los discapacita. Son conscientes de todas las limitaciones físicas u orgánicas que presentan, sin embargo, positivizan su realidad basándose en sus capacidades y potencialidades.

Incluso, aquellos que la han adquirido y que suelen comparar el antes con el después de la lesión, suelen percibirla como un evento circunstancial que les cambia drásticamente sus vidas, pero que también les brinda oportunidades para el crecimiento personal. En este sentido, hemos constatado en estos sujetos, al igual que Parker y Yau (2012) en su estudio, que mientras más joven se adquiere la diversidad funcional, mejores son las probabilidades de autoaceptación de la misma.

Otros de los factores que influyen positivamente según el estudio de Bogart, Lund y Rottenstein (2018) es el apoyo social. Sin embargo, en nuestro caso hemos optado por inclusión social pues no sólo se trata de contar con una red operativa e instrumental que brinde los apoyos necesarios, sino que consideramos importante para esa vivencia de orgullo, el que las PcDFF tengan acceso y participen activamente en diferentes actividades y contextos que les permitan sentirse valorados, aceptados y realizados como los sujetos de la investigación.

Hemos constatado como para los sujetos de nuestro estudio el activismo en Asociaciones de personas con discapacidad, el son parte de familias nutridoras donde se les potencia su autonomía y sean considerados a la vez fuente de apoyo emocional, su integración educativa, las relaciones de amistad y la existencia de referentes positivos sobre la diversidad funcional en los medios de comunicación masiva, contribuyen a su sentimientos de valía.

En cuanto a los factores personales, los autores del estudio mencionado al tomar como referencia la Clasificación Internacional de Enfermedades, sólo contemplan las variables sexo, raza, ingreso económico y autoestima. En nuestro caso, han sido

identificadas una serie de fortalezas personales como la positividad, el optimismo, la creatividad, el sentido del humor, la empatía, la sociabilidad, las cuales al ser rasgos estables de la personalidad de los individuos que han ido configurándose a lo largo de sus vidas, les permiten mantener un posicionamiento activo, ser optimistas, establecer relaciones interpersonales con facilidad y afrontar el estigma en la mayoría de situaciones y contextos. Esta resignificación y vivencia positiva de la diversidad funcional, se convierte en elemento nuclear para el reconocimiento y reafirmación de la realidad sexuada y erótica que los particulariza, como también plantean los estudios de Moira Dune (2014) y Beckwit y Yau (2013).

En tal sentido, un aspecto que queríamos volver a señalar, es el hecho de que la mayoría de los estudios consultados se centran en la sexualidad de las mujeres asociándola fundamentalmente con las conductas y funcionamiento sexual siendo escasos los que incluyen a los hombres. No obstante, basándonos en nuestro marco teórico, diferentes aspectos de los estudios revisados nos sirven como referencia.

Partiendo de los resultados obtenidos, una realidad que se reafirma es que la configuración de la identidad sexual de estos sujetos, las formas en que se vivencian como hombres y como mujeres, es un proceso complejo, sistémico y sistemático tanto en los que tienen diversidad funcional congénita como adquirida, tal como evidencian los estudios de Moira Dune (2014); Moreno, Arango, Gan y McKerral, 2013; Beckwitt y Yau (2013); Parker y Yau (2012) y García Santesmases (2014, 2015).

En correspondencia con los resultados de García Santesmases (2014, 2015) en su estudio con hombres y mujeres con lesión medular y de Santos y Santos (2018) en mujeres con diversas discapacidades, consideramos que la desexualización de los cuerpos de estos sujetos, que es uno de los factores que influyen en la identidad sexual, está muy relacionada con el modelo capacitista y heteronormativo.

Son percibidos como cuerpos incompletos e imperfectos que precisan en ocasiones de cuidados y hasta de algunos dispositivos para funcionar o para tener una imagen estética acorde al modelo imperante, por tanto, dejan de ser cuerpos productivos y reproductivos, incapaces de responder a las expectativas que como hombres y mujeres deben cumplir.

Esta tendencia a desexualizarlos y, por consiguiente, a inferiorizarlos como hombres y mujeres, les dificulta aceptar los cambios físicos y estéticos producidos por la discapacidad ya no sólo en la adquirida como constató García Santesmases (2015) sino también en la congénita como se ha visto en algunos sujetos de nuestro estudio.

Otra dimensión de este proceso desexualizador que emerge en nuestro estudio es la poca accesibilidad a la educación sexual desde los diversos contextos, y en el caso de recibirla, la misma no responde a sus necesidades, centrándose fundamentalmente en aspectos biológicos con un marcado carácter preventivo. Es un resultado similar a los encontrados por Beckwitt y Yau (2013) y Parker y Yau (2013) en sus estudios con mujeres con lesión medular, quienes reportaron que en las que habían recibido educación sexual, los contenidos estuvieron centrados más en los problemas o la reproducción que en los aspectos vivenciales y afectivos.

Esta desexualización conlleva a que las PcDFF configuren sus identidades sexuales desde las carencias, en ausencia total de referentes sociosexuales inclusivos por lo que la reconfiguración de la misma se convierte en un proceso creativo en cada uno/a de ellos/as. Proceso que se hace más complejo en los/as que adquieren la diversidad funcional debido, entre otros factores, a las vivencias de pérdidas que experimentan.

En la reconfiguración de sus identidades sexuales puede apreciarse que hay una coexistencia entre estereotipos sexistas tradicionales con nuevos rasgos y valores que son interiorizados y les permiten vivir de otra manera su condición sexuada. Un hecho que se hace más evidente en los sujetos masculinos.

En el caso de las dos mujeres hay una fuerte asunción de los estereotipos tradicionales: emocionales, sensibles, respetuosas, pudorosas, entregadas, amorosas, cuidadoras, obedientes, mantenerse virgen. Creemos que un factor que influye en ello, es el hecho de que ambas proceden de familias católicas practicantes, una religión en la que “sexo” (prácticas) es considerado pecado, sólo plausible en el contexto de una relación de pareja heterosexual oficializada (el matrimonio) y cuyo fin es la reproducción. No en vano, en una de ellas, su madre constantemente se lo recuerda.

Interiorizar algunos de esos mandatos culturales y percibir que dada su situación no pueden cumplirlos, les genera conflicto y malestar. Hecho que se hace patente en una de ellas al tener que depender y permitir el acceso de otros a su cuerpo, aún cuando se trate de una relación profesional de ayuda. Resultado similar al encontrado por García Santesmases (2015) en las mujeres de su estudio.

Otro rol asignado que les gustaría cumplir pero que les genera preocupaciones, es el referido al de la reproducción y la maternidad. Una demanda en la que se hacen evidentes la interiorización de estereotipos negativos asociados a la discapacidad que hacen que pongan en duda sus posibles competencias maternas no solamente desde el punto de vista fisiológico sino también de sus habilidades para la crianza y la economía doméstica.

En tal sentido, Gomiz (2016) en su estudio con 73 mujeres con diversas discapacidades e informantes, llega a la conclusión de que aunque existen una serie de legislaciones que amparan la maternidad de estas mujeres, muchas veces se trata de disuadirlas, desmotivarlas o simplemente negarles ese derecho.

En el caso de los hombres, aún cuando reconocen las limitaciones funcionales y corporales que les causa la diversidad funcional, también se hacen presentes rasgos de la masculinidad hegemónica como la competitividad, la lucha por el éxito, el ser triunfador, la seguridad, la independencia. A diferencia de García Santesmases (2015) donde la mayoría de sus participantes, tanto hombres como mujeres, reafirman esos estereotipos tradicionales; en el nuestro, aún cuando no podemos hablar de ruptura, los hombres manifiestan una concepción más igualitaria de los sexos y hacen evidentes otras formas de ser y comportarse, de sentir y expresarse afectivamente, de relacionarse con sus cuerpos.

Un claro ejemplo de lo anterior, y que marca otra diferencia con el estudio citado, es el hecho de que en el nuestro los sujetos masculinos no ocultaron ni negaron la influencia que la diversidad funcional ha tenido sobre la erección, la masa corporal o la sensibilidad, factores sobre los que suele girar la masculinidad.

Uno de los hallazgos de este estudio que nos resultan muy interesantes, son los referidos a los que hemos llamado estrategias de empoderamiento sexual las cuales les permiten legitimarse como los hombres y las mujeres que son, y que están muy relacionadas con la autoaceptación de la diversidad funcional.

Una de dichas estrategias es la legitimación de sus cuerpos como válidos. No podemos negar que se ha idealizado y normalizado un modelo corporal que se ha convertido tanto en objeto de deseo como en una fuente generadora de ansiedad pero también de exclusión y discriminación.

La autoaceptación de la diferencia corporal en lo sujetos del estudio es un proceso gradual que, en el caso de los/as que adquieren la diversidad funcional, es aproximadamente al año de la lesión cuando comienzan a tener una relación más íntima con sus cuerpos y a valorizarlos. Un resultado similar a los de Santos y Santos(2018), Beckwit y Yau (2013) y Parker y Yau (2012).

Moin, Duvdevany y Mazor (2009) en su investigación con 134 mujeres con y sin diversidad funcional física, hallaron que en las que tenían discapacidad la imagen corporal era negativa; para Beckwit y Yau (2013) y García Santesmases (2014), la imagen corporal negativa fue el principal obstáculo para reconstruir la identidad sexual, fundamentalmente en las mujeres.

Sin embargo en nuestro estudio, al igual que en el de Moira Dune (2014) con hombres y mujeres con parálisis cerebral, en la autoimagen corporal confluyen elementos negativos y positivos.

Respecto a los positivos consideramos que la autoaceptación de la diversidad funcional es un factor que contribuye a que la mayoría tengan una imagen corporal positiva, lo cual queda demostrado por los calificativos que emplean además de las diversas estrategias de validación corporal que implementan y que les posibilitan minimizar el impacto que los factores negativos tienen sobre sus cuerpos y sí mismos/as. Los factores negativos, por su parte, están asociados fundamentalmente a actitudes discriminatorias, a la falta de recursos de apoyo o de referentes.



Las estrategias de validación corporal, fueron también encontradas en el estudio de García Santesmases (2015). Ella las llama “prácticas de empoderamiento corporal” dentro de las que sitúa los “piercings” y los “tatuajes”. En nuestra investigación, los sujetos hacen uso del sentido del humor para referirse a sus corporalidades y, en el caso específico de los hombres, dichas estrategias se amplían a la asunción positiva de las ayudas técnicas como parte de sí que les dan mayor autonomía, a la práctica del nudismo o a la autoconstrucción corporal por medio de la asistencia al gimnasio.

Estos hallazgos apuntan a que la preocupación por el cuidado y la apariencia física no son sólo importantes para las mujeres con diversidad funcional como plantean los estudios de Beckwit y Yau (2013), García Santesmases (2014) o Moira Dune (2014) sino que también comienza a hacerse presente en los hombres, sobre todo en los más jóvenes, lo cual puede estar relacionado con los actuales patrones estéticos masculinos pero también como una forma de validar su funcionalidad y masculinidad.

La segunda de dichas estrategias de empoderamiento sexual, es la de tomar como criterio de definición de sus identidades sexuales la orientación del deseo erótico. Desde nuestro punto de vista, constituye una estrategia transgresora y hasta subversiva que impacta directamente sobre el mito tradicional que suele considerarlos como seres asexuales. Es un hecho que demuestra que se consideran a sí mismos/as hombres y mujeres deseantes y que, por tanto, quieren y deben ser reconocidos/as como tales.

Si bien para ninguno de ellos es fácil vivir su orientación del deseo erótico, esta situación suele hacerse más difícil en aquellos sujetos en los que confluyen otras identidades que tradicionalmente han sido consideradas subordinadas o inferiorizadas, particularmente es el caso de las mujeres y los sujetos con orientaciones del deseo homo o bisexuales.

En el caso de las mujeres, las diversas manifestaciones de desexualización a las que son sometidas han sido tan naturalizadas en su proceso de socialización, que se les dificulta tener una visión crítica de cómo inciden negativamente las mismas en la configuración de sus identidades femeninas.

Unos resultados similares al estudio de Moin, Duvdevany y Mazor (2009) mencionado en el que las situaciones de discriminación y actitudes negativas hacia las mujeres que presentaban DFF impactaban más en sus identidades y orientaciones sexuales, que en las que no tenían diversidad funcional. Y también a los de Sweeney, Horne y Kets (2015) y Vaughn, Silver, Murphy, Ashbaugh y Hoffman (2015) con mujeres heterosexuales y de minorías sexuales quienes encontraron que en los dos casos la discapacidad tenía un efecto más estigmatizante, que el hecho de pertenecer a una minoría sexual.

En el caso de los 3 hombres del estudio con orientaciones sexuales no normativas, la autoaceptación de la diversidad funcional con todos los factores que la favorecen, tiene una influencia significativa. En el único sujeto del estudio que aún no ha aceptado la diversidad funcional ni tampoco su orientación del deseo, ambos atributos, problematizados a nivel social pero también por él mismo, los vivencia con sentimientos de culpa, vergüenza y malestar. Por su parte, los dos que se autodefinen como gays, han logrado integrar ambos rasgos identitarios de forma armónica, viviéndolos y expresándolos con orgullo. No obstante, como han manifestado, en algunos contextos o situaciones como en el ambiente gay, son más estigmatizados y discriminados por la discapacidad; mientras que en otros, por su orientación del deseo.

Una realidad que nos hace volver al estudio de Vaughn, Silver, Murphy, Ashbaugh y Hoffman (2015) que aunque estuvo centrado en mujeres, los resultados les llevaron a plantear que es muy importante prestar atención a cómo atributos como el sexo, la orientación del deseo y la discapacidad interseccionan entre sí, es decir, cómo cada uno de ellos son vivenciados por los sujetos concretos, pues si bien dichos rasgos complejizan los procesos de discriminación múltiple, no todos tienen la misma significación ni para el individuo ni para los contextos en los que vive.

Partiendo de la definición de sus identidades sexuales desde la orientación del deseo erótico, no sólo se posicionan como las mujeres y los hombres que son, sino que este hecho constituye una forma de demandar el ser reconocidos como sujetos eróticos.

Sin embargo, manifiestan una serie de factores que impiden sean reconocidos como tales y que, por tanto, expresen su erótica. Dentro de esos aspectos destacan el no ser

considerados deseables ni deseantes, el control o sobreprotección familiar sobre todo en las mujeres, los síntomas físicos u orgánicos y también el tratamiento farmacológico que reciben. Resultados similares a los de McCabe y Taleporos (2003) con 748 hombres y mujeres con diferentes discapacidades físicas, quienes también señalaron la falta de oportunidades para socializar, el depender de otros o la falta de intimidad.

A pesar de que todos esos factores contribuyen a deserotizarlos/as, en todos estos sujetos se da un proceso de reerotización de sus cuerpos, prácticas, objetos, situaciones, espacios, que les permiten expresar desde sus situaciones personales, la erótica que los caracteriza.

Un proceso de reerotización que en el caso de los/as que adquieren la discapacidad les supone un proceso de desaprendizaje-reaprendizaje de otras formas de entender y expresar el deseo. En función de los resultados obtenidos, y algo que va en correspondencia con lo que plantean estudios como los de Parker y Yau (2012), García Santesmases (2015), la diversidad funcional parece ser que tiene un efecto positivo sobre la erótica al ampliar su horizonte de expresión y satisfacción.

Estos sujetos, a pesar de las limitaciones físicas u orgánicas y los factores que tienden a deserotizarlos, se sienten atractivos/as, deseables ya sea por atributos físicos específicos, gestos o las propias fortalezas personales. Estas últimas también fueron mencionadas por las mujeres del estudio de Moira Dune (2014) quienes señalaron la confianza, la inteligencia y el sentido del humor que como vemos, es una fortaleza bastante utilizada por los sujetos. Características físicas que junto a las personales, son potenciadas en sus estrategias de cortejo y seducción.

A diferencia de otros estudios mencionados donde sus participantes tenían una imagen corporal negativa, consideramos que en nuestro caso el que sea positiva en la mayoría, contribuye a que encuentren ciertas y determinadas partes atractivas. Hecho que también se reafirma por las vivencias positivas que la mayoría experimenta con la desnudez.

Lo anterior es un resultado que contrasta con el estudio de Wiegerink, Roebroek, Bender, Stam y Cohen-Kettenis (2011) en 75 hombres y mujeres con parálisis cerebral,

quienes refieren sentirse bien con su apariencia física (vestidos) pero mal con su cuerpo desnudo.

Relacionado con todo esto, también está la satisfacción con el funcionamiento, tamaño y forma de sus genitales. En este aspecto, se hacen muy patentes los estereotipos asociados a cada sexo. Las mujeres demuestran desconocimiento de los mismos al punto que una de ellas experimenta una especie de ansiedad anticipatoria ante la posibilidad de tener que observarlos y explorarlos. Los hombres, por su parte, evidencian una relación más cercana con los mismos. Dos de ellos se muestran insatisfechos en cuanto a su tamaño, mientras que para uno es motivo de orgullo y de reafirmación de su masculinidad aún cuando su respuesta eréctil no sea como antes de la lesión.

En tal sentido, aún cuando todos los sujetos masculinos tienen algún tipo de dificultad en la respuesta eréctil y/o eyaculatoria, utilizan diversas estrategias para afrontar estas situaciones como los fármacos, el autocontrol de la eyaculación o la desgenitalización del placer lo cual les posibilita, principalmente en los que han adquirido la diversidad funcional, explorar sus cuerpos y descubrir otras zonas erógenas que anteriormente a la lesión no conocían. Sus experiencias eróticas adquieren un carácter multisensorial donde el sentido de la vista y el uso de la imaginación desempeñan un rol fundamental además de evidenciarse una mayor preocupación por el placer compartido y disfrutar una mayor intimidad emocional.

Estos resultados son consistentes con los de McCabe y Taleporos (2002) y García Santesmases (2015) en cuyos estudios los hombres pasaron de preocupaciones respecto a la erección al descubrimiento de nuevas formas de satisfacer el deseo y experimentar el placer. Siendo ellos, en este sentido, los que mayor variedad de prácticas y recursos utilizan.

Las caricias, los masajes, la masturbación las consideran prácticas que les permiten conocerse, explorarse y descubrir otras zonas sensibles que les generen placer. Y aún cuando todos/as coinciden en que la masturbación que sigue siendo una práctica estigmatizada, algunos la realizan por el placer que les produce, porque les facilita conciliar el sueño, el relajarse o simplemente descargar la tensión sexual.

Es una práctica que generalmente realizan con sus manos pero es a la vez donde más recursos externos emplean. Uno de ellos es la pornografía, la cual cada vez visualizan menos pues consideran que el porno mainstream les resulta irreal además de criticar la falta de personas con discapacidades en ese tipo de producciones. En esta línea también se refieren a la juguetería erótica, que aunque les resulta atractiva y desearían utilizarla, para algunos son productos inaccesibles para ellos tanto por el coste como por el diseño.

En cuanto a las prácticas aloeróticas, resaltan el cunilingus, la felación o el anilingus, dependiendo de sus identidades. Para la mayoría constituye la práctica preferida, sobre todo por el placer que suelen provocar en la pareja, lo cual les excita subjetivamente aún cuando tengan dificultades para la erección.

Respecto a las prácticas penetrativas la dificultad de realizar algunas posturas o movimientos, no les impide que busquen otras formas de seguir disfrutando de ellas. Es significativo, como en uno de ellos aún cuando asume un rol pasivo en cuanto a movilidad, el hecho de penetrar a la pareja y ver el placer que le proporciona, le refuerza su autoestima y poder como hombre. El repertorio de estas conductas se amplía en los sujetos gays quienes mencionan las prácticas grupales, el sexting, el cruising y uno de ellos refiere una experiencia negativa en relación a las BDSM.

Un aspecto distintivo al que hacen mención los sujetos es a los cuidados y preparaciones previas que implementan antes de tener cualquier práctica erótica, fundamentalmente aquellos que presentan algunos síntomas orgánicos como la vejiga neurógena. Si bien al inicio les causaba malestar, con la aceptación de su corporalidad es algo a lo que se han ido adaptando sin ningún tipo de conflicto. De hecho, uno de ellos con sentido del humor se refiere a la posibilidad de no realizar esa preparación previa si a la chica le erotiza dicho fluido corporal.

En las mujeres, la interiorización de los estereotipos sexistas hacen que vivan con vergüenza y culpa algunas experiencias eróticas aún cuando le resultan gratificantes, como la que se masturba y lo mantiene oculto. Resultado similar al de Morales, Gauthier, Edwards y Courtois (2016) en su estudio con 8 mujeres con diversas discapacidades que experimentaban emociones similares a la de nuestro estudio y que también estaban asociadas a la educación restrictiva y a la religión. Emociones

displacenteras como la ansiedad que se hacen presentes en la otra mujer del estudio durante la seducción pero también durante el sueño erótico que refiere.

Otro hallazgo que nos resulta significativo es la riqueza que se observa en el imaginario erótico, dada tanto por la variedad de dichas manifestaciones como por el contenido de las mismas, y al igual que en el estudio de Wiegerink, Roebroek, Bender, Stam y Cohen-Kettenis (2011) son los sujetos masculinos en quienes se presentan con más frecuencia.

Fantasías, sueños y recuerdos eróticos en los que el sujeto siempre está presente y asume un rol protagónico en cualquiera de las escenas que (re)crea erotizando incluso, en algunos casos, sus dispositivos de apoyo como la silla de ruedas. Unas representaciones que son conscientes de que su lugar de ejecución es el imaginario pues hay algunas conductas que se desean que de llevarlas a la práctica les generarían problemas. En tal sentido, el imaginario erótico es un espacio de realización de deseos que los mantiene activos, les genera gran satisfacción y empodera.

### **LIMITACIONES**

Una de las limitaciones de nuestro estudio radica en el hecho de haber contado con pocas mujeres por lo que sería interesante en próximas investigaciones, incorporar un número mayor de las mismas que represente la diversidad femenina. En segundo lugar, a la par de incluir otros tipos de diversidad funcional física, también sería importante en cada una de ellas profundizar más en los temas investigados. Por último, sería también importante diseñar estudios mixtos, cuanti-cualitativos, que permitieran una visión más general sobre los temas abordados.

### **CONCLUSIONES**

El propósito de este estudio era describir la forma en que hombres y mujeres con diversidad funcional física vivencian su sexualidad y expresan su erótica. Después de analizar los resultados podemos llegar a las siguientes conclusiones:

La construcción social de la diversidad funcional como un estigma impacta negativamente sobre la representación social e individual que se tiene de estos sujetos

como seres humanos sexuados y eróticos, generando una serie de estereotipos y prejuicios que los desexualizan y deserotizan.

La autoaceptación de la diversidad funcional se convierte en un factor clave para la vivencia de la sexualidad y la expresión de la erótica. La misma no implica la negación de las limitaciones físicas u orgánicas, sino que se centra en la potenciación de las capacidades que presentan lo cual se ve favorecido por las fortalezas personales que los/as caracterizan y su inclusión social.

La vivencia de ser hombre y ser mujer se particulariza por la coexistencia de roles tradicionales y otros nuevos que son incorporados pero, sobre todo, por la puesta en práctica de estrategias de empoderamiento sexual con las cuales se posicionan como los hombres y las mujeres que son a pesar de la desexualización que sufren desde la sociedad.

La legitimación de sus cuerpos como válidos y la negación de su asexualidad al definirse desde sus orientaciones del deseo erótico, constituyen estrategias empoderadoras que transgreden y subvierten los valores del modelo capacitista y heteronormativo y, por tanto, excluyente de la sociedad.

La expresión de la erótica los posiciona como sujetos deseados/deseantes con una amplia variedad de experiencias eróticas conductuales, gestuales o propias del imaginario mediante las cuales mantienen, expresan, satisfacen y enriquecen sus vidas eróticas.

El proceso de reerotización de su corporalidades, prácticas, espacios, objetos y situaciones es una evidencia del carácter activo que como sujetos asumen en la gestión de sus deseos, lo cual contrasta con la visión social pasiva y dependiente que se tiene de ellos/as.

La interiorización y naturalización de estereotipos sexistas, los asociados a la diversidad funcional y la educación restrictiva, constituyen algunos de los principales factores que impiden la realización y expresión de estos sujetos como eróticos, principalmente las mujeres, aún cuando ellas también quieren ser reconocidas como deseantes.

## **IMPLICACIONES**

En primer lugar consideramos que este estudio al dar voz a los hombres y mujeres con diversidad funcional física, deja abierta nuevas vías para la investigación de sus sexualidades y eróticas. En segundo lugar, los resultados apuntan a que la mayoría de los aspectos encontrados son factibles de intervenir ya sea para modificarlos o para potenciar unas vivencias de la sexualidad y expresiones eróticas más saludables y enriquecedoras. Intervenciones asistenciales y educativas que podrían estar dirigidas a los propios sujetos con DFF pero también a sus familias, a los profesionales que trabajan con ellos y a la sociedad en general.

## **BIBLIOGRAFÍA**

Amjadi, M. A., Simbar, M., Hosseini, S. A., & Zayeri, F. (2017). The sexual health needs of women with spinal cord injury: A qualitative study. *Sexuality and Disability*, 35(3), 313-330. doi:10.1007/s11195-017-9495-7

Amezúa, E. (1979). La Sexología como ciencia: esbozo de un enfoque coherente del hecho sexual humano. Disponible en <https://www.sexologiaenincisex.com/articulos-de-sexologia/la-sexologia-y-los-sexologos/la-sexologia-como-ciencia/> [Consultado el 20/07/2018]

Amezúa, E. (1999). Teoría de los sexos: la letra pequeña de la Sexología. *Revista Española de Sexología*, n.º. 95-96, Madrid: Instituto de Sexología Incisex.

Amezúa, E. (2003). El sexo, historia de una idea. *Revista Española de Sexología*, n.º 115-116. Madrid: Instituto de Sexología Incisex. Disponible en [http://www.sexologiaysociedad.com/RES\\_115\\_116.pdf](http://www.sexologiaysociedad.com/RES_115_116.pdf) [Consultado el 10/05/2018]

ANSSYD y Sex Assistant (2015). Código de Buenas Prácticas Profesionales en Sexualidad y Diversidad Funcional (Discapacidad). Disponible en [https://issuu.com/esthersanchez91/docs/codigo\\_de\\_buenas\\_practicas\\_profes](https://issuu.com/esthersanchez91/docs/codigo_de_buenas_practicas_profes)

APA (2008). <https://www.apa.org/topics/lgbt/orientation> Consultado online 25 de junio de 2019

Arnau Ripollés, S. (2014). La asistencia sexual a debate. *Dilematta*, 15, 7-14. <https://www.dilemata.net/revista/index.php/dilemata/article/view/285/306>

Arnau Ripollés, S. (2015). De la compresa a la masturbación. De lo personal a lo sexual. Disponible en <http://yeswefuck-blog.tumblr.com/post/109664598589/de-la-compresa-a-la-masturbaci%C3%B3nde-lo-personal-a>



Arnau Ripollés, S. (2017). El modelo de asistencia sexual como derecho humano al auto-erotismo y el acceso al propio cuerpo: un nuevo desafío para la plena implementación de la filosofía de vida independiente. *Intersticios. Revista Sociológica de Pensamiento Crítico*, 11(1). Recuperado de <http://www.intersticios.es/article/view/16468/11202>

ASPACE (Confederación Española de Asociaciones de Atención a Personas con Parálisis Cerebral) (2018). Sexualidad y Discapacidad en Personas con Parálisis Cerebral. Disponible en [https://aspace.org/assets/uploads/publicaciones/920c3-guia-sexualidad\\_aspace\\_web\\_baja.pdf](https://aspace.org/assets/uploads/publicaciones/920c3-guia-sexualidad_aspace_web_baja.pdf)

Baile Ayensa, J.I. (2008). Estudiando la homosexualidad: teoría e investigación, Madrid:Pirámide.

Bailey, J.M., Vasey, P. L., Diamond, L. M., Breedlove, S. M., Vilain, E., Epprecht, M. (2016). Sexual orientation, controversy and science. *Psychological Science in the Public Interest, Supplement*,17(2),pp. 45-101. doi:10.1177/1529100616637616

Beckwith, A., & Yau, M. K. (2013). Sexual recovery: Experiences of women with spinal injury reconstructing a positive sexual identity. *Sexuality and Disability*, 31(4), 313-324. doi:<http://dx.doi.org/10.1007/s11195-013-9315-7>

BOE (1978). Constitución Española. Disponible en <https://www.boe.es/boe/dias/1978/12/29/pdfs/A29313-29424.pdf>

BOE (2010). Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. Disponible en <https://www.boe.es/boe/dias/2010/03/04/pdfs/BOE-A-2010-3514.pdf>

BOE(2013). Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social.

Disponible en <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2013-12632>

Bonilla, A. (2010). Discapacidad y desfiguración VS. Atractivo físico. Consultado el 4/5/2018 en <https://www.estrategiadelaseduccion.com/2010/04/discapacidad-y-desfiguracion-vs/>

Botero Soto, P.A., & Londoño Pérez, C. (2013). Psychosocial predictors of quality of life in people experiencing physical disability. *Acta Colombiana de Psicología*, 16(2), 125-137. Recuperado el 7 de Octubre de [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0123-91552013000200012&lng=en&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-91552013000200012&lng=en&tlng=es).

- Cabello Santamaría, F.(1996). Sexualidad y discapacidad física. Cuadernos de Sexología, 1. Barcelona:Institut de Sexología de Barcelona.
- Canimas Brugué, J. (2015). ¿Discapacidad o diversidad funcional?. *Siglo Cero*, 46(2), 79-97. doi:10.14201/scero20154627997
- Centeno Ortiz, A. (2014). “Simbolismos y alianzas para una revuelta de los cuerpos”. *Educació Social. Revista d’Intervenció Socioeducativa*, 58, p. 101-118
- Centeno, A. y de la Morena, R. (2015). Yes, we fuck! <http://www.yeswefuck.org/>
- CERMI (2017). Documento 1/2017 de normas de estilo de expresión y comunicación del CERMI Estatal. Disponible en <http://www.sindromedown.net/wp-content/uploads/2017/10/NORMAS-DE-ESTILO-DEL-CERMI-ESTATAL.pdf>
- Chappel, P. (2014). How Zulu-speaking youth with physical and visual disabilities understand love and relationships in constructing their sexual identities. *Journal Culture, Health & Sexualit*, 16 (9): 1156-1168. <https://doi.org/10.1080/13691058.2014.933878>
- Connell, K. M., Coates, R., & Wood, F. M. (2014). Sexuality following trauma injury: A literature review. *Burns & Trauma*, 2(2), 61–70. <http://doi.org/10.4103/2321-3868.130189>
- Cramp, J. D., Courtois, F. J., & Ditor, D. S. (2015). Sexuality for women with spinal cord injury. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 41(3), 238-253. doi:<http://dx.doi.org/10.1080/0092623X.2013.869777>
- Czapla, K., & Otrębski, W. (2018). Differences in sexual behavior of teenagers and young adults with cerebral palsy: The role of sexual needs and sexual esteem. *Sexuality and Disability*, 36(1), 33-46. doi:<http://dx.doi.org/10.1007/s11195-017-9512-x>
- de la Cruz, C. (2018). Sexualidades diversas, sexualidades como todas. Madrid:Fundamentos.
- Dispenza, F., Harper, L. S., & Harrigan, M. A. (2016). Subjective health among LGBT persons living with disabilities: A qualitative content analysis. *Rehabilitation Psychology*, 61(3), 251-259. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/rep0000086>
- Duque, H. y Aristizabal, E. (2018). Análisis fenomenológico interpretativo. Una guía metodológica para su implementación en la investigación cualitativa en Psicología. Disponible en [https://www.researchgate.net/publication/327890915\\_Analisis\\_fenomenologico\\_interpretativo\\_Una\\_guia\\_metodologica\\_para\\_su\\_implementacion\\_en\\_la\\_investigacion\\_cualita](https://www.researchgate.net/publication/327890915_Analisis_fenomenologico_interpretativo_Una_guia_metodologica_para_su_implementacion_en_la_investigacion_cualita)

[tiva\\_en\\_psicologia\\_ Interpretative\\_Phenomenological\\_Analysis\\_A\\_methodological\\_guide\\_its\\_us](#)

Fisher, H. (2004). ¿Por qué amamos? Naturaleza y química del amor romántico. Madrid: Santillana.

Foro de Vida Independiente y Diversidad. <http://forovidaIndependiente.org/que-es-el-fvid/>

Fredriksen-Goldsen, K., Kim, H., PhD., & Barkan, S. E., PhD. (2012). Disability among lesbian, gay, and bisexual adults: Disparities in prevalence and risk. *American Journal of Public Health*, 102(1), e16-21. Retrieved from <https://search.proquest.com/docview/1004790708?accountid=14477>

Fritz, H. A., Dillaway, H., & Lysack, C. L. (2015). "Don't think paralysis takes away your womanhood": Sexual intimacy after spinal cord injury. *The American Journal of Occupational Therapy*, 69(2), 1-10. Recuperado de <https://search.proquest.com/docview/1658779979?accountid=14477>

Fuertes, M. y López, F. (1997). Aproximaciones al estudio de la sexualidad. Salamanca: Amarú.

García Mañas, A. (2012). La fantasía erótica de violación: hacia una aproximación comprensiva. *Revista Española de Sexología*, 169.

García-Santesmases Fernández, A. (2014). Dilemas feministas y reflexiones encarnadas: el estudio de la identidad de género en personas con Diversidad Funcional Física. *Athenea Digital. Revista de Pensamiento e Investigación Social*, 14(4):19-47. Disponible en <http://atheneadigital.net/article/view/v14-n4-garcia-santesmases/1353-pdf-es>

García-Santesmases Fernández, Andrea. (2015). El cuerpo en disputa: cuestionamientos a la identidad de género desde la diversidad funcional. *Intersticios. Revista Sociológica de Pensamiento Crítico*, 9 (1), 41-62. Recuperado de <http://www.intersticios.es/article/view/14343/9472>

Gasco, M., & Briñol, P., & Horcajo, J. (2010). Cambio de actitudes hacia la imagen corporal: el efecto de la elaboración sobre la fuerza de las actitudes. *Psicothema*, 22(1), 71-76. Recuperado de <http://www.redalyc.org/comocitar.oa?id=72712699012>

Givens, D. (2008). El lenguaje de la seducción. Atracción, conversación, contacto y sexo. Barcelona: RBA.

Gómez Zapiáin, J. (2009). Apego y sexualidad. Entre el vínculo afectivo y el deseo sexual. Madrid: Alianza Editorial.

- Gómez Zapiain, J. (2013). *Psicología de la sexualidad*. Madrid:Alianza Editorial.
- Gómez Zapiain, J. (2018). *Apego y terapia sexual. Aportaciones desde la teoría del apego*. Madrid:Alianza Editorial.
- Gomiz, M. P. (2016): “La sexualidad y la maternidad como factores adicionales de discriminación (y violencia) en las mujeres con discapacidad”. *Revista Española de Discapacidad*, 4 (2): 123-142.
- Doi:** <<https://doi.org/10.5569/2340-5104.04.02.07>>
- González Amago, J. (2005). Re-inventarse. la doble exclusión: vivir siendo homosexual y discapacitado. <http://sid.usal.es/idocs/F8/FDO10279/homosexuallydiscapitado.pdf>
- González Amago, J. (2018). *Sin barreras, sin armarios. Diversidades sexuales, diversidades humanas*. Loquenoexiste:Madrid.
- Greene, R. (2019). *El arte de la seducción*. 3ª Edición. México:Océano.
- Griner, S.; Pomeranz, J.L. Y Barret, T.E. (2016). Sexual health disparities in women with spinal cord injury: implication for life care planning. *The Rehabilitation Professional*, 22(2):104-114. disponible en [https://www.researchgate.net/publication/293849194\\_Sexual\\_Health\\_Disparities\\_in\\_Women\\_with\\_Spinal\\_Cord\\_Injury\\_Implications\\_for\\_Life\\_Care\\_Planning](https://www.researchgate.net/publication/293849194_Sexual_Health_Disparities_in_Women_with_Spinal_Cord_Injury_Implications_for_Life_Care_Planning)
- Hess, M. J., & Hough, S. (2012). Impact of spinal cord injury on sexuality: Broad-based clinical practice intervention and practical application. *The Journal of Spinal Cord Medicine*, 35(4), 212–219. <http://doi.org/10.1179/2045772312Y.0000000025>
- Honrubia Pérez, M.; Hernández Meroño, M. y Sánchez Raja, E. (2018). Estado actual de la salud afectivo-sexual de las personas con diversidad funcional en España. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(3):57-66. Disponible en <http://www.infad.eu/RevistaINFAD/OJS/index.php/IJODAEP/article/view/1265/1124>
- Iniesta Martínez, A., Martínez Sanz, A., & Mañas Viejo, C. (2016). Autoestima y diversidad funcional. *International Journal of Developmental and Educational Psychology (Revista INFAD de Psicología)*, 2(1), 439-446. doi:<http://dx.doi.org/10.17060/ijodaep.2014.n1.v2.459>
- Hakim, C. (2012). *El capital erótico. El placer de fascinar a los demás*. Barcelona:Editorial Debate.

- Kattari, S.K.(2015). “Getting it”: Identity and sexual communication for sexual and gender minorities with physical disabilities. *Sexuality and Culture*, 19, 882-899. <https://doi.org/10.1007/s12119-015-9298-x>
- Kahn, N. F.; Suchindran, C. M.; y Halpern, C. T. (2019). Variations in the timing of first sexual experiences among populations with physical disabilities in the United States. *Disability and Health Journal*, 12 (2), pp. 155-163. <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2018.10.004>
- Kolzet, J.; Quinn, H.; Zemon, V.; Ty Ry, T.; Marrie, R.A.; Foley, F.W. Y Flodd, S. (2015). Predictors of body image related sexual dysfunction in men and women with multiple sclerosis. *Sexuality and Disability*, 33:63-73. DOI: 10.1007/s11195-014-9357-5
- La Calle, P. (2000). Acerca del deseo sexual. Reflexiones preliminares para un modelo conceptual integrado. *Anuario de Sexología, AEPS*, 6: 15-40. Disponible en <https://www.aeps.es/wp-content/plugins/mycore/files/anuario-6-2000.pdf>
- La Calle, P. (2019). *Manual de Asesoramiento Sexológico en Ginecología*. Madrid: Síntesis.
- Landarroitajauregui, J. (2001). 25 años del Instituto de Sexología. Una conversación teórica con Amezúa. *Anuario de Sexología, AEPS*, 7: 7-38. Disponible en <https://www.aeps.es/wp-content/plugins/mycore/files/anuario-7-2001.pdf>
- Landarroitajauregui, J. (2014). *Homos y heteros. Anderastas y ginerastas*. Valladolid: Iseus.
- Leittenberg, H. y Henning, K. (1995). Sexual fantasy. *Psychological Bulletin*, 117(3), 469–496. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.117.3.469>
- Liddiard; K. (2014). ‘I never felt like she was just doing it for the money’. *Disabled men’s intimate (gendered) realities of purchasing sexual pleasure and intimacy. Sexualities*, 17(7): 837-855. <https://doi.org/10.1177%2F1363460714531272>
- López, F. y Fuertes, M. (1989). *Para comprender la sexualidad*. Verbo Divino.
- Lucas-Matheu, M. (2009). *Sed de piel, ¿feminizar el futuro?*. Madrid: Psimática.
- Lund. E.M. Y Johnson, R.A. (2015). Asexuality and disability: strange but compatible bedfellows. *Sexuality and Disability*, 33 (1): 123-132. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11195-014-9378-0>
- Malón Marco, A. (2009): *Sexualidad. Planteamientos y claves para la intervención profesional en el ámbito de la discapacidad*. Huesca: CADIS HUESCA (Coordinadora

- de Asociaciones de Personas con Discapacidad). Disponible en web: <https://docs.google.com/file/d/0B70imXT2spOfMXFrOHZfODU4Y1U/edit>
- Master, W.; Johnson, V. y Kolodny, R. (1987). *La sexualidad humana*. 3. España:Grijalbo.
- Maté, C. y Acarín, N. (2011). Encuesta sobre la seducción y el cortejo a los estudiantes de la Universitat Pompeu Frabra (20 a 27 años). *Summa Psicológica UST*, 8(2):45-52, Disponible en <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3876637>
- McCabe, M. P., & Taleporos, G. (2003). Sexual esteem, sexual satisfaction, and sexual behavior among people with physical disability. *Archives of Sexual Behavior*, 32(4), 359-69. Recuperado de <https://search.proquest.com/docview/205935170?accountid=14477>
- McRuer, R. (2006). *Crip Theory: Cultural Signs of Queerness and Disability*. New York: University Press.
- McRuer, R. (2011). Disabling sex: notes for a Crip Theory of Sexuality. *GLQ: A Journal of lesbian and Gay Studies*, 17(1), 107-117 Recuperado de [https://disabilitystudies.nl/sites/disabilitystudies.nl/files/beeld/onderwijs/mcruer\\_disabling\\_sex.pdf](https://disabilitystudies.nl/sites/disabilitystudies.nl/files/beeld/onderwijs/mcruer_disabling_sex.pdf)
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2011). *Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva*. Disponible en <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/ENSSR.pdf>
- Moin, V., Duvdevany, I., & Mazor, D. (2009). Sexual identity, body image and life satisfaction among women with and without physical disability. *Sexuality and Disability*, 27(2), 83-95. doi:<http://dx.doi.org/10.1007/s11195-009-9112-5>
- Moira Dune, T. (2014). Conceptualizing Sex with Cerebral Palsy: A Phenomenological Exploration of Private Constructions of Sexuality Using Sexual Script Theory. *International Journal of Social Science Studies*, 2(2), 20-40. doi:<http://dx.doi.org/10.11114/ijsss.v2i2.287>
- Mollow, A. & McRuer, R. (Eds.) (2012). *Sex and disability*. London:Duke University Press.
- Morales, E., Gauthier, V., Edwards, G., & Courtois, F. (2016). Women with disabilities' perceptions of sexuality, sexual abuse and masturbation. *Sexuality and Disability*, 34(3), 303-314. doi:<http://dx.doi.org/10.1007/s11195-016-9440-1>

- Moreno, J. A., Arango Lasprilla, J. C. A., Gan, C., & McKerral, M. (2013). Sexuality after traumatic brain injury: A critical review. *NeuroRehabilitation*, 32(1), 69-85. Recuperado de <https://search.proquest.com/docview/1327073667?accountid=14477>
- Moscoso, M. (2011). La discapacidad como diversidad funcional: los límites del paradigma etnocultural como modelo de justicia social. *Dilemmata, Revista Internacional de éticas Aplicadas*, 7:77-92. Disponible <https://www.dilemata.net/revista/index.php/dilemata/article/view/107/109>
- Moscoso, M. y Arnau, S. (2016). Lo Queer y lo Crip, como formas de re-apropiación de la dignidad disidente. Una conversación con Robert McRuer. Disponible en <https://www.dilemata.net/revista/index.php/dilemata/article/view/430/421>
- Moya, L. (2016). La teoría crip es la parte más subversiva de la diversidad funcional. Disponible en <http://arainfo.org/laura-moya-la-teoria-crip-es-la-parte-mas-subversiva-de-la-diversidad-funcional/>
- Moya Santander, L. y Bergua Amores, J.A. (2016). Espacios multicorporales: la ciudad inclusiva a partir de la experiencia crip. En Carbonero, D.; Raya, E.; Caparros, N. y Gimeno, C. (Coords.) *Respuesta transdisciplinar en una sociedad global. Aproximaciones desde el Trabajo Social*. Logroño: Universidad de la Rioja.
- Moyano, N. y Sierra, J.C. (2014). Fantasías y pensamientos sexuales: revisión conceptual y relación con la salud sexual. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 25 (2), pp. 376-393. Disponible en <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4895944>
- Nguyen, T.T.; Liamputtong, P. y Monfires, M. (2016). Reproductive and sexual health of people with physical disabilities: a metasynthesis. *Sexuality and Disability*, 34:3. <https://doi.org/10.1007/s11195-015-9425-5>
- Nguyen, T. T. A., Horey, D., & Liamputtong, P. (2019). Sexual experiences of people with physical disabilities in vietnam. *Sexuality and Disability*, 37(1), 25-39. doi:10.1007/s11195-018-09557-0
- OED (s/f). ¿Qué es la discapacidad física?. Disponible en <http://www.observatoridiscapacitat.org/es/la-discapacidad-fisica-que-es-y-que-tipos-hay>
- OED (2018). Informe Olivenza sobre la situación de la discapacidad en España. Recuperado de <https://www.observatoriodeladiscapacidad.info/wp-content/uploads/2019/04/OED-INFORME-OLIVENZA-2018.pdf>

Oliver , M. (2004). The Social Model in action: if i had a hammer. En C. Barnes & G Mercer (eds.) *Implementing the Social Model of Disability: Theory and Research*, Ledds: The Disability Press, 18-31.

OMS (2001). Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y la Salud.

[http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43360/9241545445\\_spa.pdf;jsessionid=19454C6357D89D217C66FDA261D097D5?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43360/9241545445_spa.pdf;jsessionid=19454C6357D89D217C66FDA261D097D5?sequence=1)

ONU (2006). Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Disponible en

<http://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>

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. y Romañach, J. (2006). El modelo de la diversidad: la Bioética y los Derechos Humanos como herramientas para alcanzar la plena dignidad en la Diversidad Funcional. Madrid: Diversitas Ediciones.

Parker, M. G., & Yau, M. K. (2012). Sexuality, identity and women with spinal cord injury. *Sexuality and Disability*, 30(1), 15-27. doi:<http://dx.doi.org/10.1007/s11195-011-9222-8>

Payne, D. A., Hickey, H., Nelson, A., Rees, K., Bollinger, H., & Hartley, S. (2016). Physically disabled women and sexual identity: A PhotoVoice study. *Disability & Society*, 31(8), 1030-1049. doi:<http://dx.doi.org/10.1080/09687599.2016.1230044>

Paz, O. (1994). *La llama doble. Amor y erotismo*. Barcelona: Editorial Seix Barral.

Platero Méndez, L. y Rosón Villena, M. (2012). De “La parada de los monstruos” a los monstruos de lo cotidiano: la diversidad funcional y sexualidad no normativa. *Feminismos*, 19, 127-142.

[https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/27605/1/Feminismos\\_19\\_08.pdf](https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/27605/1/Feminismos_19_08.pdf)

Rembis, M.A.(2010). Beyond the binary: rethinking the Social Model of Disabled Sexuality. *Sexuality and Disability*, 28, 51-60. Recuperado de

[https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/18207634/rembis\\_2009.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1533208668&Signature=0RtbJCK654gIn1hWsx0kwH6Nx2Y%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DBeyond\\_the\\_Binary\\_Rethinking\\_the\\_Social.pdf](https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/18207634/rembis_2009.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1533208668&Signature=0RtbJCK654gIn1hWsx0kwH6Nx2Y%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DBeyond_the_Binary_Rethinking_the_Social.pdf)



- Romañach, J. & Lobato, M. (2005). Diversidad Funcional. Nuevo término para la lucha por la dignidad en la diversidad del ser humano. Foro de Vida Independiente y Divertad [en línea]. Disponible en: <http://forovidaindependiente.org/diversidad-funcional-nuevo-termino-para-la-lucha-por-la-dignidad-en-la-diversidad-del-ser-humano/> [Acceso 20 de julio de 2018]
- Rosell, B. C., Soro-Camats, E. & Basil, C. (2010). Alumnado con discapacidad motriz. Barcelona: Graó.
- Saez Sesma, S. (2017). Sexo básico. De los genitales al cerebro, de la fecundación a la vejez. Madrid:Fundamentos.
- Sánchez Raja, E. (2012). Una aproximación a la realidad de la sexualidad en pacientes con traumatismo craneoencefálico (TCE).RECIEN. Revista Científica de Enfermería, [S.l.], n. 5, nov. 2012. ISSN 1989-6409. Disponible en: <https://recien.ua.es/article/view/2012-n5-una-aproximacion-a-la-realidad-de-la-sexualidad-en-pacientes-con-traumatismo-craneoencefalico-tce>. Fecha de acceso: 17 jun. 2018 doi:<https://doi.org/10.14198/recien.2012.05.03>.
- Sander, A. ; Maestas, K.; Nick, T.; Pappadakis, M.; Hammond, F.; Hanks, R. y Ripley, D. (2013). Predictors of sexual functioning and satisfaction 1 year following traumatic brain injury: A TBI Model System Multicenter Study. Journal of Head Trauma Rehabilitation, 28(3):186-194. doi: [10.1097/HTR.0b013e31828b4f91](https://doi.org/10.1097/HTR.0b013e31828b4f91)
- Santos, A.C. & Santos, A.L. (2018). Yes, we fuck! Challenging the misfit sexual body through disabled women's narratives. Sexualities, 21(3), 303-318. <https://doi.org/10.1177/1363460716688680>
- Sanz, D. y Reina, R. (2012). Fundamentos y bases metodológicas de las actividades físicas y deportes adaptados para personas con discapacidad. Barcelona: Paidotribo.
- Savin-Williams, R. C., & Vrangalova, Z. (2013). Mostly heterosexual as a distinct sexual orientation group: A systematic review of the empirical evidence. *Developmental Review*, 33, 58-88. doi: 10.1016/j.dr.2013.01.001
- Savin-Williams, R.C. and Cash, B.M. and McCormack, M. and Rieger, G. (2017) 'Gay, mostly gay, or bisexual leaning gay? An exploratory study distinguishing gay sexual orientations among young men.', *Archives of sexual behavior.*, 46 (1). pp. 265-272. <https://doi.org/10.1007/s10508-016-0848-6>
- Shakespeare, T. (2014) The Social Model of Disability. En L. J. Davies. (Ed.). The Disability Studies Reader, 4<sup>th</sup> Edition, 214-221, NY:Routledge.

- Shakespeare, T. & Richardson, S. (2018). The Sexual Politics of Disability, Twenty Years On. *Scandinavian Journal of Disability Research*. 20(1), 82–91. DOI: <http://doi.org/10.16993/sjdr.25>
- Siebers, T. (2012). A sexual culture for disabled people. 37-53. En Mollow, A. y McRuer, R. *Sex and Disability*. Duke University Press. Disponible en DOI: <https://doi.org/10.1215/9780822394877>
- Smith, J.; Flowers, P. y Michael, L. (2009). *Interpretative phenomenological analysis: theory, method and research*. London: SAGE.
- Strizzi, J., Olabarrieta Landa, L., Pappadis, M., Olivera, S. L., Valdivia Tangarife, E. R., Fernandez Agis, I., Arango-Lasprilla, J. C. (2015). Sexual functioning, desire, and satisfaction in women with TBI and healthy controls. *Behavioural Neurology*, doi:10.1155/2015/247479
- Strizzi, J., Olabarrieta-Landa, L., Olivera, S. L., Valdivia Tangarife, R., Soto Rodríguez, I. A., Fernández Agis, I., & Arango-Lasprilla, J. C. (2017). Erratum to: Sexual function in men with traumatic brain injury (sexuality and disability, (2017), 35, 4, (461-470), 10.1007/s11195-017-9493-9). *Sexuality and Disability*, 35(4), 471. doi:10.1007/s11195-017-9498-4
- Suriá Martínez, R. (2013): Discapacidad y empoderamiento: análisis de esta potencialidad en función de la tipología y etapa en la que se adquiere la discapacidad. *Anuario de Psicología*, 43, (3), 297-311 Disponible en <https://www.raco.cat/index.php/AnuarioPsicologia/article/view/272076/360218>
- Sweeney, K.K., Horne, S.G. & Ketz, K. (2015). Sexual orientation, body image, and age as predictors of sexual self-schema for women with physical disabilities. *Sexuality and Disability*, 33(3):313-326. <https://search.proquest.com/docview/1703139026/fulltextPDF/9D4CE74585624EEBPQ/1?accountid=14477>
- Taleporos, G., & McCabe, M.P. (2001a). The Impact of Physical Disability on Body Esteem. *Sexuality and Disability*, 19 (4): 293-308. <https://doi.org/10.1023/A:1017909526508>
- Taleporos, G., & McCabe, M.P. (2001b). Physical disability and self esteem. *Sexuality and Disability*, 19(2): 131-148. <https://doi.org/10.1023/A:1010677823338>
- Taleporos, G., & McCabe, M. P. (2005). The relationship between the severity and duration of physical disability and body esteem. *Psychology & Health*, 20(5), 637-650. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/0887044042000334733>

- Taleporos, G., & McCabe, M.P.(2002). Development and validation of the physical disability sexual and body esteem scale. *Sexuality and Disability*. 20(3), 159–176. <https://search.proquest.com/docview/235711876/fulltextPDF/11936DB1C7FC49A7PQ/1?accountid=14477>
- Tellier, S.(2017). Advancing the discourse: Disability and BDSM. *Sexuality and Disability*, 35(4):485-493, <https://doi.org/10.1007/s11195-017-9504-x>
- Tellier, S.A. & Calleja, N.G. (2017). Renegotiating sexuality following an acquired disability: best practices for counselors. *Adultspan Journal*, 16 (1): 47-59. <https://doi.org/10.1002/adsp.12033>
- Toboso Martín, M. y Guzmán Castillo, F. (2010). Cuerpos, capacidades, exigencias funcionales...y otros hechos de Procusto. *Política y Sociedad*, 47(1), 67-83. <https://core.ac.uk/download/pdf/36034166.pdf>
- Vargas, G., (2000) Genio y Figura/ Las cinco fases del cortejo Editorial el Sol. México. Recuperado de <http://search.proquest.com/docview/310372460?accountid=13357>
- Vaughn, M., Silver, K., Murphy, S., Ashbaugh, R. & Hoffman, A.(2015). Women with disabilities discuss sexuality in San Francisco focus group. *Sexuality and Disability*, 33, 19-46. <https://search.proquest.com/docview/1650399444/fulltextPDF/10A41A3594D842B9PQ/1?accountid=14477>
- WAS (World Association for Sexual Health). Declaración de los Derechos Sexuales. Disponible en [http://www.worldsexology.org/wp-content/uploads/2013/08/declaracion\\_derechos\\_sexuales\\_sep03\\_2014.pdf](http://www.worldsexology.org/wp-content/uploads/2013/08/declaracion_derechos_sexuales_sep03_2014.pdf)
- Wiegierink, D., Roebroek, M.E., van der Slot, W.M., Stam, H.J., Cohen-Kettenis, P.T. (2010): Importance of peers and dating in the development of romantic relationships and sexual activity of young adults with cerebral palsy. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 52(6), 576–582, <https://search.proquest.com/docview/366770231/fulltextPDF/C1D6D863802E43A8PQ/1?accountid=14477>
- Wiegerink, D., Roebroek, M., Bender, J., Stam, H., & Cohen-kettenis, P. (2011). Sexuality of young adults with cerebral palsy: Experienced limitations and needs. *Sexuality and Disability*, 29(2), 119-128. doi:<http://dx.doi.org/10.1007/s11195-010-9180-6>
- Wiegerink, D. J. H. G., Stam, H. J., Ketelaar, M., Cohen-Kettenis, P., & Roebroek, M. E. (2012). Personal and environmental factors contributing to participation in romantic

relationships and sexual activity of young adults with cerebral palsy. *Disability and Rehabilitation: An International, Multidisciplinary Journal*, 34(17), 1481-1487.  
doi:<http://dx.doi.org/10.3109/09638288.2011.648002>

## ANEXO I



### SOLICITUD DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE LA ENTREVISTA

Por medio del presente escrito solicitamos su colaboración para participar en una investigación sobre la **Sexualidad y Erótica en Personas con Diversidad Funcional Física**, el cual constituye el proyecto final de los estudios correspondientes al Máster Oficial en Ciencias de la Sexología de la Universidad de Almería.

Su **participación** es **totalmente voluntaria** por lo que si en algún momento alguna pregunta le resulta embarazosa, no quiere responderla o simplemente quiere detener la entrevista, comuníquese al entrevistador. Igualmente si alguna de las cuestiones tratadas le genera algún tipo de duda, puede solicitar las aclaraciones pertinentes siempre que lo desee.

Todas sus respuestas serán **grabadas** en audio lo cual nos facilitará luego los procesos de transcripción y codificación. Una vez transcritos los **audios**, estos **serán destruidos**. En ningún momento se grabarán imágenes.

La información que usted nos proporcione será estrictamente **confidencial** y su nombre no aparecerá en ningún momento, por lo que para mantener su **anonimato**, utilizaremos un seudónimo.

Una vez codificada su entrevista, le daremos a conocer nuestro análisis de la misma para comprobar si está todo cuanto quiso usted comunicarnos, si es necesario precisar o modificar algunas de nuestras interpretaciones.

Los datos obtenidos serán tratados tal y como estipula el reglamento de la **Ley Orgánica 15/99 del 13 de Diciembre de Protección de Datos de carácter personal.**

Por anticipado, le damos las gracias por su participación en este estudio.

\_\_\_\_\_  
Firma Entrevistador

\_\_\_\_\_  
Firma Entrevistado/a

\_\_\_\_\_  
Pseudónimo