

## **LA MUJER CON LESIÓN MEDULAR: SEXUALIDAD Y MATERNIDAD**

Maribel Campo\* y Dr. Antonio Sánchez Ramos\*\*

\* *Instituto de Integración en la Comunidad, INICO. Universidad de Salamanca*

\*\* *Responsable de la Unidad de Rehabilitación Sexual y Reproducción Asistida, HNP, Toledo*

**Publicado en la revista *Terapia Sexual y de Pareja*, Vol. 16, 2003**

En el pasado se presuponía que las personas con lesión medular ni eran capaces de tener relaciones sexuales, ni estaban interesadas en ello. Hoy en día sabemos que no es verdad. Progresivamente se va aceptando que la sexualidad, el matrimonio y la capacidad de ser fértiles, pueden ser parte de la vida de cualquier persona con lesión medular.

La extensa bibliografía sobre sexualidad y fertilidad de las personas con lesión medular, describe y aborda las posibles alteraciones y disfunciones que presentan los varones. Son pocos los estudios sobre la sexualidad de las mujeres con discapacidad física en general, y menos los específicos sobre mujeres con lesión medular. Algunas de las razones que pueden explicar este déficit son que representan un pequeño porcentaje del colectivo, o que no presentan alteraciones fisiológicas importantes que les impidan poder mantener relaciones sexuales y tener hijos. No obstante, las consecuencias de una lesión medular hacen que la mujer viva la sexualidad de forma diferente, por lo que creemos necesario abordar el tema, así como dar a conocer investigaciones que se han realizado en este ámbito.

A lo largo del artículo hablaremos de la importancia de la sexualidad y la maternidad, considerándolas opciones reales en el proceso de integración social de la mujer con lesión medular; describiremos los aspectos orgánicos y fisiológicos que varían en la mujer tras adquirir una lesión de este tipo, así como sus posibles repercusiones en las relaciones sexuales, el embarazo y el parto; señalaremos algunos aspectos psicológicos que puedan afectar en este sentido y por último, resumiremos algunos estudios interesantes, específicos sobre mujeres con lesión medular.

Para finalizar este recorrido por la realidad de la sexualidad y maternidad de las mujeres con lesión medular, hemos incluido algunas sugerencias, así como apuntado diversas líneas de investigación en las que creemos hay aún mucho camino por recorrer.

## ***Importancia de la sexualidad***

La sexualidad es algo inherente al ser humano puesto que nacemos con la necesidad primaria de contacto corporal placentero. Todo ser humano es un “ser sexuado”. En este sentido, debemos dar importancia a la actividad afectiva y sexual (López, 2002). Entonces, ¿no debería ser éste un aspecto importante en el proceso de rehabilitación de las personas con lesión medular?

La mayoría de la población con lesión medular se encuentra en el tramo de edad joven-adulta, cobrando el tema de las relaciones sexuales un especial interés. Muchos de ellos no tienen pareja, algunos no la han tenido y la mayoría no están casados, por lo cual son frecuentes preguntas del tipo: "¿Qué hago para conseguir una pareja?" o "¿Voy a poder formar una familia?".

Aunque son más los hombres con lesión medular que las mujeres, más o menos cuatro hombres por cada mujer, y las disfunciones de éstos sean más importantes que los posibles problemas de ellas, creemos que es de suma importancia tratar por separado los aspectos que cambian en la sexualidad y maternidad de la mujer.

La sexualidad de las personas con discapacidad ha sido tradicionalmente un tema tabú, oculto, del que poco se sabe. Es más, las mismas personas con discapacidad a veces desconocen su potencial sexual y puede que por esta razón no le presten importancia o aparten esta faceta de sus vidas. En contra de los mitos y falsas creencias que puedan dar a entender que las mujeres con discapacidad son asexuales, está la realidad de que pueden tener las mismas necesidades y deseos sexuales que aquellas sin discapacidad; no son asexuales.

Cuando alguien adquiere una lesión medular, las preocupaciones sexuales son parte de una amplia gama de otras inquietudes como son su salud, aspectos económicos, familiares, laborales, etc. De ahí que el tema de la sexualidad sea un punto relevante dentro del proceso de rehabilitación integral y que también sea necesaria la creación de programas de reeducación sexual, para que estas personas aprendan a admitir y a convivir con su “nuevo modelo de sexualidad”.

### *Aspectos orgánicos y alteraciones fisiológicas*

La mayoría de las discapacidades físicas no tienen impacto fisiológico en la capacidad de la mujer para involucrarse y disfrutar del sexo. No obstante, algunas sí. Las mujeres con *Esclerosis Múltiple* pueden tener dificultades para experimentar el orgasmo debido a que suele presentarse un adormecimiento parcial de los genitales y su estimulación puede ser desagradable o dolorosa. Estos efectos a veces cambian con el tiempo, es decir, la respuesta sexual puede ser imposible durante varios meses y placentera por varias semanas (Masters y Johnson, 1998). Casi un tercio de las mujeres que padecen *Diabetes* tienen problemas para alcanzar el orgasmo tras los cuatro o seis años de curso de la enfermedad. Tanto el *Desorden por Déficit de la Atención (DDA)*, como el *Desorden por Déficit de la Atención e Hiperactividad (AD/HD)* pueden provocar dificultades para alcanzar el orgasmo debido a la falta de concentración, impulsividad, y desasosiego. A veces, no mantienen la mente enfocada en la estimulación sexual el tiempo suficiente como para que experimenten el orgasmo. En todos los casos es necesario un *equilibrio hormonal*, que permita tener una buena respuesta sexual. Tampoco debemos olvidar que algunos *medicamentos* pueden tener efecto sobre la sexualidad y que, en ocasiones, las personas con discapacidad toman más medicamentos (antiespásticos, antidepresivos tricíclicos, sedantes, analgésicos etc.) que otras personas.

En la *lesión medular* se produce una desconexión en el Sistema Nervioso Central que trae consigo diferentes consecuencias. Estas alteraciones van a depender del nivel de lesión, del grado de afectación y extensión, así como de posibles complicaciones que pueden aparecer en la evolución de la misma. No obstante, se puede decir que hay ciertas secuelas típicas en las lesiones medulares que, en mayor o menor medida, afectan a la actividad sexual y a la posible maternidad. Se trata de la parálisis motora voluntaria y la abolición de la sensibilidad de la zona infralesional, así como trastornos de la función vesical, gastrointestinal y sexual. Estos signos o síntomas traen consigo ciertas complicaciones que hay que prevenir y cuidar para evitar complicaciones en la fase crónica de la lesión: espasticidad, quemaduras, úlceras por presión, fracturas, dolor, incontinencia, etc. No son muchas las

alteraciones o precauciones que hay que tener, pero es importante informar de ellas tanto a las mujeres con lesión medular como a las personas de su entorno inmediato.

En la mujer con lesión medular, las alteraciones más relevantes relacionadas con su función sexual y su posible maternidad son: disminución de la capacidad de lubricación y concienciación orgásmica, dificultad para llegar al orgasmo si la lesión es completa y se sitúa por encima del segmento lumbar L2 (algunos autores defienden la percepción orgásmica genital en niveles altos), así como los especiales cuidados que deben tener a lo largo del período de gestación y en el parto. La fertilidad de la mujer con lesión medular, así como la libido y su capacidad para dar a luz, no está disminuida después de la lesión (Sánchez Ramos y De Pinto, 2000)

Es normal que tras la lesión, en el periodo agudo, se produzca una fase de *amenorrea transitoria*, de duración irregular entre 0 y 6 ciclos. Debido a ello es recomendable asegurarse de la existencia o no de un embarazo. Una vez recuperada la menstruación, recupera también la capacidad normal de engendrar hijos.

Entre los *métodos anticonceptivos*, el más eficaz, seguro y económico es el preservativo lubricado. Debido a la falta de sensibilidad, los dispositivos intrauterinos (DIU) -aunque podrían ser utilizados- van a necesitar una revisión frecuente y sobre todo observar cambios en el flujo vaginal, ya que podrían producir complicaciones que la persona no detectaría. Los diafragmas son difíciles de aplicar, aunque podría ser realizado por su pareja, sin embargo, la falta de tono en la musculatura pélvica puede alterar su posición. No se recomiendan los anticonceptivos orales debido al riesgo de provocar tromboflebitis y otras complicaciones que pueden derivarse de ellos.

Después de la lesión, la capacidad de *lubricación vaginal* se puede perder, siendo recomendable en esos casos la utilización de lubricantes vaginales.

Para muchas mujeres con lesión medular, el cambio o pérdida de la sensación genital es uno de los impactos mayores tras la lesión. Aún así, la incontinencia urinaria puede que sea la mayor razón para restringir, y a veces evitar, las actividades

sexuales. En este sentido, son interesantes los resultados de un reciente estudio en el que se destaca que del conjunto de la población general con incontinencia urinaria, el 30% de mujeres con pareja y el 34% de éstas sin ella, no tienen relaciones sexuales debido a este problema (Uribe, 2002).

La mujer con lesión medular puede tener un *embarazo y parto* normales. Para ello es necesario que los profesionales conozcan las posibles complicaciones: incremento de infecciones de orina, aumento de la espasticidad, mayor riesgo de úlceras por presión, aumento del estreñimiento, incremento de anemias, problemas respiratorios en lesiones altas, complicaciones tromboembólicas, etc.

La incidencia de prematuridad en estos embarazos es alta, casi un 35%, por lo que se recomienda controles ginecológicos frecuentes y realizar el parto en un hospital que tenga todo tipo de servicios. Previo al parto se debe valorar el nivel, grado y extensión de la lesión, el grado de espasticidad, la musculatura abdominal activa, las limitaciones articulares, así como el riesgo de disreflexia autonómica. En lesiones altas, se debe ingresar y monitorizar a la paciente a partir de la semana 32 y en los casos de riesgo alto, incluso antes. En ausencia de contraindicaciones, el parto debe ser por la vía vaginal y debe utilizarse algún tipo de analgesia y/o anestesia para evitar problemas. En Estados Unidos, el porcentaje de cesáreas en pacientes con lesión medular es alto, alcanza el 43%. En España carecemos de datos.

Respecto al *post-parto*, se debe tener especial cuidado con la zona perigenital, reeducar los esfínteres, y prestar especial atención a la posible aparición de una depresión post-parto ya que este colectivo presenta un gran riesgo de padecerla.

En los últimos años ha incrementado el número de mujeres que, en edad reproductiva, adquieren una lesión medular. Anualmente, sólo en Estados Unidos, 3000 mujeres en edad fértil sufren una lesión de este tipo. En España, el 20% de las personas con lesión medular son mujeres, representando entre 160 y 200 nuevos casos cada año (Mazaira y col., 1999). Estas cifras justifican por sí mismas la necesidad de estudios.

### *Aspectos psicológicos relacionados con la sexualidad*

El mero hecho de tener una discapacidad puede ser una razón para experimentar déficits en las relaciones interpersonales y agudizarse en las de índole sexual.

Entre las alteraciones que se producen en la mujer con lesión medular, tienen gran importancia las de origen psicológico, ya que aunque permanece el deseo sexual tras la lesión, la *baja autoestima* o la no aceptación de su imagen corporal hace que sea menos frecuente que busque relaciones personales y sexuales.

La mayoría de las lesiones medulares son adquiridas, situación que puede provocar en la persona un estado de depresión derivado de la misma lesión y las circunstancias que la acompañan. Este periodo depresivo puede traducirse en ausencia de deseo sexual.

La pérdida de sensibilidad y falta de movilidad van a cambiar por completo la vivencia de la actividad sexual. Para poder tener concienciación orgásmica debe aprovechar las zonas erógenas que aún conservan sensibilidad.

La actitud de la mujer hacia las relaciones sexuales puede verse afectada por:

- El cambio de imagen sufrido tras la lesión.
- Algunas de las actitudes de la sociedad: mitos y falsas creencias.
- La actitud que ella misma tenga hacia la sexualidad y la idea que pueda tener como ser sexuado, autodevaluándose por la nueva situación.
- Las características de personalidad de la mujer con lesión medular: a veces existe falta de autodeterminación o baja autoestima, que en la mayor parte de los casos son provocados por mantener un lugar de control externo, debido a la dependencia.
- La incontinencia urinaria produce una carencia de autoestima determinante para la pérdida de interés por el sexo. El temor a ser rechazada y el no considerarse sexualmente atractiva, por causas como no poder vestir con ropa ajustada ni de colores claros, debido a la utilización

de absorbentes o al temor a las pérdidas, son algunas consecuencias de la propia incontinencia.

- La menor habilidad para vestirse, desvestirse, adoptar posiciones, etc. (Hammond y Burns, 2000).

En general, la mujer parte de un modelo de sexualidad menos genitalizado que el varón, basado en la comunicación, la ternura, las caricias y el juego erótico, etc; y debe aprovecharlo para disfrutar de su nuevo modelo de sexualidad (Sánchez Ramos y De Pinto, 2000)

### ***Estudios sobre sexualidad y maternidad en mujeres con lesión medular***

Cabe señalar que la mayoría de los estudios se están realizando en Estados Unidos, pudiéndose considerar generalizables a la población femenina con lesión medular.

- En encuestas realizadas en la década de los 80, se constataba cómo las mujeres solteras o sin pareja en el momento de la lesión, difícilmente mantenían relaciones sexuales y casi ninguna de ellas contraía matrimonio. Hoy día, aunque las mujeres siguen teniendo mayor dificultad, muchas de ellas mantienen relaciones sexuales, contraen matrimonio y tienen hijos.

- Estudio sobre el impacto de la lesión medular en la distribución de las labores del hogar, la toma de decisiones y el cuidado de los niños, por parte de mujeres con lesión medular (Alexander, Hwang y Sipski, 2001). Se trata de 251 participantes estadounidenses, de los cuales 88 eran madres con lesión medular, 46 eran sus parejas, siendo el resto parejas de padres sin lesión medular, que formaron parte en este estudio del que se destaca que en las familias en las que la madre tenía lesión medular, las tareas de cuidados de los niños y distribución de las labores del hogar estaban repartidas más equitativamente que en las familias de madre sin lesión medular. Las parejas de las madres con lesión medular no percibían la discapacidad como un problema y las consideraban más que capaces de llevar a cabo las tareas propias de la maternidad.

- Efectos de la lesión medular en la excitación sexual y orgasmo de la mujer (Sipski, Alexander y Rosen, 2001). En este estudio participaron 68 mujeres con lesión medular y 21 sin ella, de quienes se recogió la respuesta automática subjetiva y genital a estímulos eróticos audiovisuales acompañados de autoestimulación, así como su capacidad de sentir un orgasmo. Se concluyó que menos del 50% de mujeres con lesión medular eran capaces de tener un orgasmo comparado con el 100% del otro grupo. El tiempo para percibir éste fue mayor en las mujeres con lesión, pero no hubo diferencias en la descripción subjetiva del orgasmo entre los dos grupos, información importante a ser utilizada cuando se asesore a la mujer sobre su disfunción medular y su potencial sexual.

- Fisioterapeutas y Terapeutas Ocupacionales como transmisores de la información sobre sexualidad a las personas con lesión medular (Le Postollec, 2001). En Estados Unidos se propone que estos profesionales deben estar preparados para proporcionar información sobre sexualidad y fertilidad, ya que son los profesionales que más tiempo pasan con ellos durante su período de rehabilitación.

- Investigaciones en Estados Unidos versan sobre el efecto de Sildenafil en el deseo sexual de la mujer con lesión medular (The Miami Project to Cure Paralysis).

- Como trabajo de campo del proyecto de investigación "*Sexualidad y fertilidad en personas con lesión medular*" (Campo y Jenaro, 2001) se llevó a cabo un pequeño estudio en el que se analizaron diferentes aspectos relacionados con la sexualidad y la paternidad. Se recogieron datos sobre el nivel de información y utilización de tratamientos, así como la importancia que los participantes daban, tanto a las relaciones sexuales como a la posibilidad de ser padres, antes y después de haber adquirido la lesión. Una parte del estudio versaba sobre cambios pre-post lesión, en cuanto al interés, actividad y satisfacción sexual, encontrándose un mantenimiento del interés, una reducción de su actividad, así como una disminución de la satisfacción. Comparando hombres y mujeres, no se encontraron diferencias en la importancia otorgada a la sexualidad ni en la satisfacción sexual. Sin embargo, los hombres decían experimentar una reducción mayor en su satisfacción sexual después de haber adquirido la lesión.

## ***Conclusiones***

Las alteraciones de la sexualidad pueden provocar un efecto negativo en el proceso de integración y mermar la calidad de vida de las mujeres con lesión medular, sin olvidar que su actitud puede ser determinante.

Una discapacidad física no elimina los sentimientos sexuales o el deseo sexual. Las personas con lesión medular experimentan los mismos sentimientos sexuales que el resto de la población. Creer que las personas con lesión medular son individuos sin posibilidades de comunicación sexual o ‘seres asexuados’, es un concepto erróneo.

La sexualidad es una parte importante en la vida de cualquier mujer y una prueba de ello es el reciente desarrollo de un sistema de clasificación internacional de las disfunciones sexuales femeninas (Sipski, 2001).

Si preguntáramos a mil personas sobre su sexualidad, encontraríamos mil formas diferentes de vivirla. Por lo tanto, cada persona con lesión medular tiene su propio modelo de sexualidad. Bien a nivel individual o con su pareja, debe buscar y descubrir qué es lo que más le gusta hacer y cómo pueden encontrar la forma en que la relación sea lo más gratificante posible, sin complejos ni prejuicios que les impidan desarrollar plenamente sus necesidades de relación y comunicación sexual. Las personas que tienen afectada la sensibilidad o movilidad, pueden buscar otras alternativas para satisfacer sus necesidades sexuales, si ésta es su opción. Las relaciones sexuales implican mucho más que la genitalidad, ya que nuestro cuerpo está cubierto de piel a la que llegan millones de terminaciones nerviosas preparadas para recibir estimulaciones placenteras.

La mujer con lesión medular, debe intentar asumir su nueva situación, su nueva imagen, que su autoestima no baje, tener relaciones sociales, afectivas, sexuales y si ella quiere, considerar la maternidad como opción de desarrollo personal.

Con toda esta información nos atrevemos a sugerir la realización de estudios e investigaciones, así como la puesta en marcha de programas de reeducación sexual.

## ***Sugerencias***

Existe la necesidad de crear *programas de reeducación sexual* para mujeres con lesión medular. Se deben enfrentar a su “nuevo modelo de sexualidad” con recursos e información. Los programas y el asesoramiento deben potenciar aspectos como la *autoestima*, la *autoimagen* y el *autoconcepto*. Tienen que aprender a aceptar su nueva imagen y darse cuenta de los atractivos que pueden ayudarles a encontrar pareja. Debemos convencerles de que puede haber personas que se sientan atraídas por ellas, consiguiendo relaciones sexuales placenteras (Hammond y Burns, 2000).

La manera en que la persona se perciba a sí misma y la vivencia que tenga de su sexualidad, posibilita una mejor adaptación a su nuevo estilo de vida, repercutiendo en forma global (Hiriart, 1999).

## ***Propuestas de investigación***

Creemos que en nuestro país existe la necesidad de investigar sobre muchos aspectos relacionados con los tratados en este artículo. Como ejemplo, no disponemos de datos ni estadísticas sobre mujeres con lesión medular y maternidad.

Existen otros temas interesantes sobre las relaciones afectivas y de pareja que tampoco se han investigado: la duración de la pareja, ¿se rompen con más frecuencia las parejas en las que la mujer tiene lesión medular, que las de mujeres sin lesión?, ¿qué ocurre cuando el miembro de la pareja que tiene lesión medular es el varón?; los abusos sexuales y el maltrato; la prostitución; incluso un fenómeno denominado “Devotees”, personas que dicen sentirse atraídas por mujeres con discapacidad y que entran en Internet para ver fotografías y estar en contacto con ellas.

En éste, el *Año Europeo de la Discapacidad*, se han celebrado en España el I Congreso Internacional de Mujer y Discapacidad y el I Congreso Europeo sobre Vida Independiente, circunstancias que deben ayudar a que los profesionales involucrados en el mundo de la discapacidad extiendan e incrementen las líneas de investigación en esta materia, siendo la única forma de aumentar el conocimiento de todas y cada una de las diferentes discapacidades.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alexander, C. J., Hwang, K., & Sipski, M. (2001) Mothers with Spinal Cord Injuries: Impact on family division of Labor, Family Decision Making and Rearing of Children. *Top Spinal Cord Injury Rehabilitation*, 7 (1), 25-36.
- Byzek, J. (2001) Seven getaways for renewing hearts. *New Mobility*. 12 (53), 38-42.
- Campo, M. y Jenaro, C. (2001) Sexualidad y fertilidad en personas con lesión medular. Proyecto de investigación. Máster en Integración de Personas con Discapacidad. INICOUniversidad de Salamanca
- Comfort, A. (1972). *The Joy of Sex*. New York: Simons Schuster
- Ducharme, S. y Gill, K. (1996). *Sexuality after Spinal Cord Injury: Answers to Your Questions*. Baltimore, MD: Brookes Publishing Co.
- Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud, 1999.
- <http://www.ine.es/discapa/discapamenu.htm> (11 ene 2003)
- Hale, G. (1989) *Manual para minusválidos. Guía ilustrada para hacer la vida más fácil e independiente a los impedidos físicos, sus familias y amigos*. Barcelona: Blume.
- Hammond, M.C. y Burns, S.C. (2000). *Yes, You Can! A Guide to Self-Care for Persons with Spinal Cord Injury*. Third Edition. Washington, DC: Paralyzed Veterans of America (PVA).
- Haseltine, S., Cole, S. y Gray, D. (1997). *Reproductive Issues for Persons with Physical Disabilities*. Baltimore, MD: Brookes Publishing Co.
- Krotoski, D., Nosek, M. y Turk, M. (1996). *Achieving and Maintaining Health and Well-Being*. Baltimore, MD: Brookes Publishing Co.
- Le Postellec, M. (2001). *Sexuality and fertility after SCI*. *Advance for Physical Therapists and OT Assistants*. Agosto, 8-10.
- López, F. (2002). *Sexo y afecto en personas con discapacidad*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Martínez, E., Broseta, E., Ruiz, J.L., Server, G., Santos, M., Forner, J.V. y Giménez, J.F. (1989). *Limitaciones de la Sexualidad en la Paraplejía*. En: *VIII Jornadas de información sobre lesionados medulares*. Valencia: ASPAYM-Valencia
- Masters, W.H. & Johnson V.E. (1998) *Los mundos de la sexualidad*. Barcelona: Ed. Grijalbo

Mazaira, J., col. (1999) Epidemiología de la lesión medular en 8 CC.AA. (1974-1993). *Rehabilitación*, 32, 365-372.

Ruano, A. (1978) Orientaciones a los lesionados medulares sobre su vida sexual. Madrid: MAFRE.

Sánchez Ramos, A. y De Pinto Benito, A. (2000). Lesión Medular: Sexualidad y Fertilidad. Madrid: Global Pharma Press.

Sánchez Ramos, A., De Pinto Benito, A. y González, A. L. (1996) Disfunción eyaculatoria y fertilidad en la lesión medular. *Revista Medula Espinal*. 2 (4), 204-209.

Sarmiento, A. y Cano, A. Lesión Medular y Embarazo: lo que el obstetra debe conocer.

<http://www.encolombia.com/gine-50-1-lesion-medular.htm> (15 may 2003)

Servicio de Información sobre Discapacidad. <http://sid.usal.es> (17 mar 2003)

Sipski, M. L. (2001) Sexual function in women with neurologic disorders. *Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North America*. 12 (1).

Sipski, M. L. (2000) Future options for improving sexual satisfaction in persons with spinal cord injuries. *The Spinal Cord in Rehabil*, 6, 148-154.

Sipski, M. L. (1991) Spinal cord injury: What is the effect on sexual response. *Journal of the American Paraplegia Society*, 14, 40-43.

Sipski, M. L., Alexander, C. J., & Rosen, R. (2001). Sexual arousal and orgasm in women: effects of spinal cord injury. *Ann Neurol*, 49, 35-44.

Sipski, M. L., Alexander, C. J., & Rosen, R. C. (1995). Orgasm in women with spinal cord injuries: A laboratory-based assessment, *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 76, 10, 97-102.

Sipski, M. L., & Alexander, C. J. (1992). Sexual function and dysfunction after spinal cord injury. En: G. H. Kraft, W. E. Staas, & J. F. Ditunno (eds.), *Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North America* (pp. 811-828). Philadelphia: W. B. Saunders.

Slater, L. (1999) Does it work with spinal cord injury? *New Mobility*. 10 (65), 45-47.

Spinal Cord Injury. <http://www.sexualhealth.com> (7 abr 2003)

The Miami Project to Cure Paralysis. <http://www.miamiproject.miami.edu/> (7 abr 2003)

**Campo, M. y Sánchez Ramos, A. (2003). *La mujer con lesión medular: sexualidad y maternidad. Terapia sexual y de pareja*, Vol. 16, pp. 4-18**