



Gobierno
Bolivariano
de Venezuela

Ministerio del Poder Popular
para la Salud

DIRECTRIZ TÉCNICA PARA LA ATENCIÓN EN **SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA** A **PERSONAS CON DISCAPACIDAD**



Fondo de Población
de las Naciones Unidas

LISTADO PROTOCOLAR

MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LA SALUD

Magaly Gutiérrez Viña
Ministra del Poder Popular para la Salud

Jesús M. Osteoicochea Suarce
Viceministro de Redes de Salud Colectiva

Yuliana A Ramos Tovar
Viceministra de Salud Integral

Joicymar Rivas Quintero
Viceministra de Redes de Atención Ambulatoria de Salud

Mayra Oviedo de Méndez
Viceministra de Hospitales

Jesús R. Brito Arévalos
Viceministro de Recursos, Tecnología y Regulación

José M García
Director General de Epidemiología

Luz E. Rodríguez Medina
Directora General de Programas de Salud

UNFPA

Jorge González-Caro
Representante Nacional

Participaron en la Revisión y Edición

MPPS
Luz E. Rodríguez Medina

CONAPDIS
Soraida Ramírez

UNFPA
Consultoras técnicas:
Mireya González Blanco
Ludyt Ramírez Pineda

Violencia basada en Género
Gioconda Mota-Gutiérrez
Salud Sexual y Reproductiva
Eugenia Sekler
Marisol Alvarado

Discapacidad
Sofía Belandria Herrera

Primera edición: mayo 2024
©Ministerio del Poder Popular para la
Salud-MPPS

Publicado con la colaboración y el apoyo de:
Fondo de Población de las Naciones Unidas
(UNFPA)

PRESENTACIÓN

La salud sexual y reproductiva (SSR) es un derecho humano fundamental que debe ser garantizado para todas las personas, sin discriminación alguna. Las personas con discapacidad, a menudo, se enfrentan a barreras significativas para acceder a servicios de SSR de calidad, lo que limita su autonomía, capacidad de decisión y bienestar general.

Las personas con discapacidad incluyen a aquellas personas que tienen limitaciones sensoriales, físicas, psicosociales, intelectuales o de otro tipo a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás.

Durante gran parte de la historia, las personas con discapacidad han enfrentado una exclusión sistemática en la sociedad, a menudo siendo consideradas como personas “incompletas” o “incapaces”. Erróneamente, se ha asumido que las personas con discapacidad carecen de deseos y necesidades sexuales, lo que ha llevado a su invisibilidad y a una falta de atención adecuada. El personal de salud desempeña un papel fundamental en la garantía de la efectividad y la accesibilidad real de los servicios de salud sexual y reproductiva para las personas con discapacidad.

La Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (1999) establece el derecho a la salud como un derecho fundamental. La Ley Orgánica de Salud (2011) también reconoce la importancia de la SSR y la necesidad de garantizar el acceso a estos servicios para todas las personas, incluyendo las personas con discapacidad.

La Norma Oficial para la Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva establece que en todos los centros de salud del Sistema Público Nacional se deben garantizar plenamente los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y los hombres, incluyendo información, educación, servicios, tratamiento con calidad y calidez, salvaguardando, su intimidad, confidencialidad, respeto y libre consentimiento, sin discriminación alguna, incluyendo a las personas con discapacidad.

La presente directriz tienen como objetivo principal mejorar la calidad de la atención en SSR para las personas con discapacidad en la República Bolivariana de Venezuela como extensión operativa de la Norma; incluye recomendaciones con enfoque de género, derechos humanos, diversidad e interculturalidad para abordar y erradicar las barreras sociales y ambientales que pueden enfrentar las personas con discapacidad en los centros de salud, para su aplicación en la Red de Atención Comunal de Salud, Ambulatoria Especializada, Hospitalaria y de Emergencia de manera transversal.

El Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS) reconoce la importancia de la participación de las personas con discapacidad en la elaboración e implementación de los lineamientos. Por ello, se ha realizado un proceso de consulta incluyendo organizaciones de mujeres con discapacidad, al Consejo Nacional de Personas con Discapacidad (CONAPDIS), personal de salud y expertos en SSR.

CONTENIDO

01 INTRODUCCIÓN	6
02 MARCO CONCEPTUAL	8
A. Concepto de discapacidad	8
B. Modelos sobre la discapacidad. Transformación del modelo médico rehabilitador al modelo social y de derecho	8
C. Barreras para acceder a la atención en servicios de salud sexual y reproductiva	9
03 CONTEXTO	10
04 SEXUALIDAD EN LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD	11
A. Derechos sexuales y reproductivos para personas con discapacidad	11
B. Mitos y creencias	12
05 MARCO LEGISLATIVO Y NORMATIVAS	13
A. Leyes y convenciones internacionales que promueven y garantizan la SSR	13
B. Leyes nacionales que promueven los derechos de personas con discapacidad	14
06 RECOMENDACIONES GENERALES DE ATENCIÓN EN SSR PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD	16
Principios de atención DAAC	16
07 RECOMENDACIONES GENERALES PARA SUPERAR BARRERAS DE ATENCIÓN	17
A. Recomendaciones para superar las barreras sociales	17
Recomendaciones generales aplicables a todas las situaciones de discapacidad	17
Recomendaciones relacionadas con la autonomía de las adolescentes y mujeres con discapacidad	20
Recomendaciones para el vínculo y trato con personas con discapacidad intelectual	21
Recomendaciones para el vínculo y trato con personas con discapacidad psicosocial	22
B. Recomendaciones para superar las barreras de infraestructuras y de entorno	23
Infraestructura	23
Recomendaciones para el vínculo y trato con personas con discapacidad físicomotora	23
Comunicacionales	25
08 RECOMENDACIONES POR LÍNEA DE ATENCIÓN DE SSR	28
A. Atención integral en las adolescentes con discapacidad	29
Atención integral en salud sexual y reproductiva para la población adolescente no embarazada	29
Atención integral en salud sexual y reproductiva para adolescentes embarazadas	29

B. Planificación familiar	30
C. Salud prenatal y perinatal	33
D. Lactancia materna	34
E. Atención ginecológica	35
F. Atención en el climaterio y la menopausia	35
G. Disfunciones sexuales	36
H. Pesquisa y tratamiento de infecciones de transmisión sexual	38
I. Prevención y tratamiento del cáncer ginecológico	38
J. Asesoría en violencia sexual en adolescentes y mujeres con discapacidad	39
10 GLOSARIO DE SIGLAS ACRÓNIMOS	40
11 LISTA DE CHEQUEO	41
A. Generales	41
B. Barreras sociales	42
C. Barreras de infraestructura y comunicacionales	42
D. Recomendaciones por línea de atención de SSR	43
REFERENCIAS	46

01

INTRODUCCIÓN

Durante gran parte de la historia, las personas con discapacidad han enfrentado una exclusión sistemática en la sociedad, siendo consideradas, a menudo, como personas “incompletas” o “incapaces”. Se han empleado términos peyorativos, como inválidas, minusválidas, discapacitadas, entre otros, para referirse a ellas. Esta discriminación no solo se ha manifestado en el ámbito público, sino también en su vida privada, como en el entorno familiar o al acceder a servicios sociales. Como resultado, han experimentado discriminación, exclusión, violencia y marginación, especialmente aquellas que viven en áreas rurales, pertenecen a comunidades indígenas o afrodescendientes, a la comunidad LGBTQ+ o están institucionalizadas. Esta exclusión ha tenido graves repercusiones en el área de la salud sexual y reproductiva (SSR) de las personas con discapacidad. **A menudo se les ha negado información esencial sobre su propio cuerpo, sus derechos sexuales y reproductivos, así como el acceso a métodos anticonceptivos, atención prenatal y planificación familiar.** Erróneamente, se ha asumido que las personas con discapacidad carecen de deseos y necesidades sexuales, lo que ha llevado a su invisibilidad y a una falta de atención adecuada. Aunque esto lo viven todas las personas con discapacidad, ocurre con mayor énfasis cuando se trata de personas con discapacidad intelectual o cuando existe discapacidad motora ocasionada por lesiones medulares que limitan la sensibilidad y movilidad de algunas partes del cuerpo (1).

Este trato discriminatorio ha tenido consecuencias significativas para la salud y el bienestar de las personas con discapacidad, en particular, adolescentes y mujeres, las cuales han experimentado tasas más altas de embarazos no deseados, infecciones de transmisión sexual (ITS), violencia sexual y prácticas médicas forzadas, como esterilizaciones, histerectomías, anticoncepción o abortos, sin su consentimiento. Se destaca que las acciones focalizadas en adolescentes y mujeres no desconocen los derechos de los hombres, sino que son medidas de acción afirmativa sobre poblaciones que tienen mayor impacto en problemáticas determinadas y le han sido vulnerados de forma más estructural y sistémica sus derechos, en ámbitos específicos, como los derechos sexuales y reproductivos (DSR). Esto no significa que los hombres con discapacidad no tengan mayores riesgos frente a la violencia basada en género (VBG) o la vulneración de sus DSR frente a sus pares, los hombres sin discapacidad.

A las adolescentes y mujeres con discapacidad se les ha negado el derecho a tomar decisiones informadas sobre su propia sexualidad y reproducción, lo que ha perpetuado su dependencia y falta de autonomía; no obstante, en los últimos años, ha habido avances significativos en la promoción de la inclusión y el reconocimiento de los DSR de las personas con discapacidad (2).

Tras la ratificación de la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD) en 2006, (3) se ha producido un cambio significativo en la percepción de la discapacidad, dando lugar a la adopción de un nuevo paradigma conocido como el “enfoque social de la discapacidad”. Este cambio ha promovido la igualdad de acceso a los derechos humanos, lo que ha tenido un impacto sustancial en la calidad de vida de las personas con discapacidad, sus familias y la sociedad en su conjunto (2).

El personal de salud desempeña un papel fundamental en la garantía de la efectividad y la accesibilidad real de los servicios de salud sexual y reproductiva para las personas con discapacidad. Por tanto, se desarrolla y presenta esta directriz que incluye recomendaciones con enfoque de género, derechos humanos, diversidad e interculturalidad para abordar y erradicar las barreras sociales y ambientales que enfrentan estas personas en los centros de salud. Esta directriz presta especial atención a las necesidades de las mujeres y adolescentes con discapacidad, con el objetivo de garantizar que tengan un acceso equitativo a los servicios de salud y promover la eliminación de las desigualdades de género existentes. Se presentan recomendaciones generales para derribar

barreras de atención, y recomendaciones específicas, por línea de atención de salud sexual y reproductiva, basadas en la Norma Oficial Para la Atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva (4), del Ministerio del Poder Popular para la Salud.

Las personas con discapacidad tienen los mismos derechos que cualquier otra persona a tomar decisiones informadas sobre su propia sexualidad y reproducción. Al respecto, la familia desempeña un papel crucial en el apoyo y el entendimiento de estas decisiones. Al empoderar a las familias con información precisa y recursos, se puede promover un ambiente de comprensión y apoyo. La familia debe ser un espacio donde las personas con discapacidad puedan hablar sobre sus

necesidades y sus preocupaciones en relación con su sexualidad. Numerosas investigaciones han demostrado que la **participación activa de la familia en la vida de las personas con discapacidad, incluyendo su salud sexual y reproductiva, conduce a mejores resultados en términos de bienestar y calidad de vida**. Es vital fomentar conversaciones abiertas y respetuosas en la familia sobre la salud sexual y reproductiva, ayudándoles a comprender que sus seres queridos merecen el mismo respeto y dignidad en este aspecto fundamental de la vida. Para ello, de ser necesario, el personal de salud debe estar dispuesto a brindar la información y el apoyo necesario para alcanzar tal fin (5).

MARCO CONCEPTUAL

A. Concepto de discapacidad

Desde 2006, con la aprobación de la CDPD por la Asamblea General de las Naciones Unidas (3), se ha incorporado el concepto de discapacidad como un tema transversal. Esto reconoce a todas las personas con discapacidad como titulares de derechos. **Las personas con discapacidad incluyen a aquellas personas que tienen limitaciones sensoriales, físicas, psicosociales, intelectuales o de otro tipo a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás. (6, 7).**

Las personas con discapacidad (PcD) constituyen un grupo diverso, donde se entrelazan diferentes tipos de discapacidad con identidades diversas (mujeres, indígenas, niñas, jóvenes, sexodiversidad, entre otras). Estas personas enfrentan barreras sociales y relacionadas con el entorno, ya que sus derechos se han desatendido en buena medida. A la exclusión y marginación de que suelen ser objeto puede sumarse la discriminación en razón de su identidad de género, edad, origen étnico, orientación sexual, ubicación geográfica, condición jurídica u otros motivos.

La CDPD reconoce y valora la diversidad de la experiencia humana, enfatizando la importancia de considerar las diferencias entre las personas.

La Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) de la Organización Mundial de la Salud (OMS) define la discapacidad como un término genérico que abarca las deficiencias, las limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación (8).

Es decir, la discapacidad es un fenómeno complejo que refleja una interacción entre las características del organismo humano y las características de la sociedad en la que vive.

Deficiencias: Son problemas en las funciones o estructuras corporales, como una desviación significativa o una pérdida.

Limitaciones de la actividad: Son dificultades para ejecutar acciones o tareas.

Restricciones de la participación: Son problemas para participar en situaciones vitales.

La CIF entiende la discapacidad como una experiencia universal humana y no solo como un problema de salud. Reconoce que cualquier persona puede experimentar una discapacidad en algún momento de su vida y que la discapacidad es un resultado de la interacción entre la salud de una persona y los factores contextuales, incluyendo factores ambientales y personales.

En resumen, la CIF ofrece una perspectiva biopsicosocial de la discapacidad, que considera no solo los aspectos médicos, sino también los factores sociales y ambientales que influyen en la vida de las personas con discapacidad.

B. Modelos sobre la discapacidad. Transformación del modelo médico rehabilitador al modelo social y de derecho

Hay tres modelos principales a través de los cuales la discapacidad ha sido vista e interpretada a lo largo de la historia:

Modelo de la prescindencia: En este enfoque, la discapacidad se interpretaba desde una perspectiva religiosa, considerando a las personas con discapacidad como víctimas de castigos divinos o poseídas por demonios. Esta creencia llevaba a su marginación, asesinato, encierro y burla pública. A menudo eran tratadas como atracciones de circo. Además, este modelo daba origen a la caridad desde una faceta negativa, donde se veía a estas personas como objetos de lástima, lo que perpetuaba su dependencia de la caridad y no reconocía su capacidad de agencia. La sociedad no asumía su responsabilidad en la eliminación de las barreras que limitaban la autonomía de las personas con discapacidad (9).

El modelo médico rehabilitador: Este modelo, que nace a principios del siglo XX, representa un cambio de paradigma. Surge como consecuencia de la primera guerra

mundial a raíz de lo que fue denominado “mutilados de guerra”, considerados héroes con derecho a ser reintegrados, recuperados y a volver a su estado anterior. Esta mirada tiene como objetivo clasificar y “curar” a la persona con discapacidad, o bien modificar su conducta con el fin de esconder la diferencia (9).

Modelo social: Coloca la perspectiva en lo social y considera que la persona con discapacidad tiene mucho para aportar a la comunidad. Así, asume a la sociedad como responsable de desarrollar y ofrecer servicios y oportunidades para que la población en condición de discapacidad ejerza una participación plena y efectiva en la sociedad. Este modelo inicia a finales de los años 60, y da origen a los primeros movimientos de personas con discapacidad que se concentraron en alcanzar cambios en la política social y en la legislación de los derechos humanos (9).

El modelo social, propuesto por la CDPD, plantea que **la discapacidad es el resultado de la interacción entre la persona y un entorno que no reconoce ni valora la diversidad de esa persona.** Esta falta de reconocimiento obstaculiza la plena participación de la persona en la sociedad. **La desigualdad no proviene de la discapacidad en sí, sino de la incapacidad de la sociedad para eliminar las barreras que enfrentan las personas con discapacidad.** Este modelo se enfoca en la persona en lugar de centrarse en sus deficiencias, y reconoce los valores y derechos de las personas con discapacidad como elementos fundamentales de la sociedad. Bajo la perspectiva del modelo social, la discapacidad no es un “error” de la sociedad, sino un elemento que enriquece su diversidad. La discapacidad es una construcción social, resultado de la interacción entre factores personales y del entorno en la sociedad. De este modo, la discapacidad no se considera un problema individual, sino un reflejo de la organización deficiente de la sociedad.

C. Barreras para acceder a la atención en servicios de salud sexual y reproductiva

Entre las barreras a las que se enfrentan las PcD figuran las barreras sociales, los espacios de salud inaccesibles, mobiliario inaccesible, las barreras de comunicación, la falta de formación de las y los profesionales y los impedimentos financieros (7).

01 Barreras sociales: Suelen ser el origen de otros tipos de barreras, lo que abarca estereotipos, estigmas, prejuicios y discriminación.

En el ámbito de la SSR, algunas **creencias** arraigadas en torno a las personas con discapacidad incluyen la idea de que **son asexuales, hipersexuales o incapaces de reproducirse.** Estas concepciones se manifiestan de manera pronunciada en adolescentes y mujeres con discapacidad, **dando lugar a la discriminación, estigmatización, perpetuación de estereotipos y prejuicios** por parte de la comunidad, la familia, profesionales de la educación, la salud, el sistema de justicia, entre otros. Estos prejuicios representan una de las principales barreras en la atención médica en SSR (10).

Dentro del campo de la sexualidad, el personal de salud puede mostrar desaprobación hacia el desarrollo de la vida íntima de las personas con discapacidad, su deseo de disfrutar plenamente su sexualidad y de reproducirse. En ocasiones ignoran a las personas con discapacidad, brindando explicaciones u orientaciones relacionadas con la SSR a acompañantes y personas de apoyo, en lugar de dirigirse directamente a ellas. Esto puede resultar en la negación de información y orientación sobre prácticas de sexualidad responsable, segura y placentera. **La falta de confidencialidad y privacidad a menudo guía las interacciones, lo que puede llevar a la falta de acceso a servicios como la anticoncepción, profilaxis de ITS y otros cuidados médicos** (10).

02 Barreras del entorno e institucionales: El personal de salud, a menudo, carece de información acerca de cómo brindar una atención diferenciada a PcD, no tiene suficiente sensibilidad al respecto y no cuenta con herramientas técnicas ni protocolos de atención especializados para PcD. Los centros de salud muy pocas veces disponen de las adaptaciones necesarias para garantizar la accesibilidad, incluyendo mobiliario adecuado por tipo de discapacidad, particularmente para personas con discapacidades motoras. Además, se enfrentan a barreras de comunicación, como la falta de intérpretes de lengua de señas, material informativo accesible o audioguías, entre otros. La formación del personal de salud es insuficiente, y existen obstáculos financieros significativos. Por lo tanto, incluso si una PcD sensorial logra superar las barreras de accesibilidad existentes, se le dificulta expresar sus preocupaciones, plantear sus inquietudes y buscar respuestas a sus preguntas (7, 10).

La discapacidad en cifras

Según el Informe Mundial sobre la Discapacidad, de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), **alrededor del 15 % de la población vive con algún tipo de discapacidad (6). Se calcula que son alrededor de 1300 millones de personas (1 de cada 6 personas en el mundo) (7).** En total, se estima que **casi el 12 % de la población de América Latina y el Caribe vive con al menos una discapacidad**, lo que representa alrededor de 66 millones de personas. Esta cifra está aumentando debido al crecimiento de las enfermedades no transmisibles y a la mayor duración de la vida de las personas (6).

Las mujeres tienen más probabilidades de tener una discapacidad que los hombres y las personas mayores más que los jóvenes (6). En el ámbito laboral, las mujeres con discapacidad tienen una tasa de empleo del 19,6 %, en comparación con el 52,8 % para los hombres con discapacidad y el 29,9 % para las mujeres sin discapacidad (11). En América Latina y El Caribe, se estima que 8 millones de adolescentes menores de 14 años y 6,5 millones de adolescentes entre 14 y 19 años tienen alguna discapacidad (10).

Comparadas con las personas sin discapacidad, las PcD mueren hasta 20 años antes, tienen de 2 a 4 veces más probabilidades de morir en desastres y emergencias, tienen peor salud, con dos veces más riesgo de desarrollar afecciones como la depresión, el asma, la diabetes, el ictus, la obesidad o problemas de salud bucodental, y experimentan más limitaciones en su actividad cotidiana (6, 7).

En materia de SSR, 62 % de las mujeres con discapacidades, menores de 50 años, han sufrido violencia desde los 15 años, y **las mujeres con discapacidad han experimentado violencia sexual a una tasa tres veces mayor que las personas sin discapacidad.** Las niñas con discapacidades tienen menos conocimiento

03

CONTEXTO

sobre sus DSR que sus compañeros varones y no usan anticonceptivos, aumentando el riesgo de ITS y embarazo no deseado. A las mujeres jóvenes con discapacidades se les niega el acceso a la planificación familiar y otros servicios de salud sexual y reproductiva. Las mujeres jóvenes que viven dentro de instituciones, son más propensas a presentar abortos forzados, esterilizaciones forzadas, ITS y violencia sexual (11).

Los establecimientos de salud inaccesibles suponen una dificultad hasta 6 veces mayor para las PcD. Los medios de transporte inaccesibles suponen una dificultad 15 veces mayor (7)

En **Venezuela, en el XIV Censo Nacional de Población y Vivienda (12)**, realizado en 2011, al evaluar la distribución porcentual de la población según discapacidad, **6,4 % dijeron tener una discapacidad**, entre ellas, 1,7 % de la población empadronada declaró padecer de discapacidad visual; 1,1 % de discapacidad cardiovascular y 0,9 % de discapacidad músculoesquelética.

04

SEXUALIDAD EN LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD

A. Derechos sexuales y reproductivos para personas con discapacidad

Todas las personas tienen el derecho al goce de una vida sexual plena y libre, y esto lo garantizan los DSR. Estos derechos están arraigados en los principios fundamentales de los derechos humanos y constituyen un componente esencial de los mismos. **Los DSR son de naturaleza universal y se aplican sin restricciones a las PcD.** Es fundamental garantizar su pleno cumplimiento (13).

A pesar de que el Plan de Acción de la Conferencia de El Cairo (14) subraya la importancia de invertir en mujeres y niñas, así como la relevancia de la SSR, que abarca la planificación familiar y la salud sexual de las PcD, y la eliminación de la discriminación que puedan enfrentar en cuanto a sus derechos reproductivos, es necesario destacar que la CDPD (3) se convierte en el primer instrumento jurídico vinculante que reconoce la salud sexual y reproductiva como un derecho humano dentro del contexto de las personas con discapacidad (2).

Las PcD en general, y las adolescentes y mujeres con discapacidad, en particular, **tienen derecho a tener**

hijos e hijas y formar una familia, inclusive, si una familia requiere algún apoyo para ejercer el rol de madre o padre, es obligación del Estado garantizarlo. En ningún caso se separará a un niño o niña de sus padres o madres, por motivo de la discapacidad (3).

La sexualidad es un aspecto fundamental de la vida del ser humano, incluyendo adolescentes y mujeres con discapacidad, y posee dimensiones importantes físicas, psicológicas, sociales y culturales, por lo tanto, exige información y educación al respecto. Toda PcD tiene derecho a controlar su salud, su cuerpo y el derecho a no padecer tortura, experimentos o tratamientos médicos no consentidos. Prácticas forzadas de esterilizaciones, histerectomías, abortos, embarazos o aplicación de métodos anti-conceptivos son violaciones a los derechos humanos (3). El personal de la salud tiene un gran compromiso de unificar criterios, derrumbar la idea de que la discapacidad es un problema y garantizar un espacio humanizado donde se ponga la mirada en el derecho que tienen las personas con discapacidad a disfrutar plenamente de sus DSR.

B. Mitos y creencias

La mayor parte de los conflictos y dificultades en la sexualidad de las PcD no derivan de su discapacidad sino de los mitos, prejuicios y temores que aún anidan en la sociedad. Estos estereotipos y prejuicios generan conductas discriminatorias que vulneran sus DSR y representan una barrera muy concreta en su acceso a los programas de educación integral de la sexualidad, prevención de violencia e ITS, incluyendo la infección por virus de inmunodeficiencia humana (VIH), y maternidad saludable, entre otros. La deconstrucción de estos estereotipos es necesaria para que las PcD puedan vivir de manera digna su sexualidad, simplificando el acceso a su ejercicio en condiciones seguras y de acuerdo a sus deseos (2).

La percepción errónea de considerar a las PcD, asexuadas, infantilizadas y dependientes, es uno de los factores clave que contribuyen a la violación de sus DSR. Entre los mitos más extendidos se incluyen:

- 01 **La creencia de que son personas asexuadas, sin deseos ni fantasías sexuales**
- 02 **La idea de que no necesitan mantener relaciones sexuales, solo requieren afecto**
- 03 **La concepción de que son como niños o niñas, ingenuas**
- 04 **La percepción de que tienen una sexualidad incontrolable**
- 05 **La suposición de que no son personas autónomas y no pueden mantener "relaciones normales"**
- 06 **La creencia de que no pueden o no deben tener hijos e hijas (2).**

La invisibilización y negación de la sexualidad de las PcD a menudo conduce a que practiquen la sexualidad de manera precaria y secreta, desprovistas de información y cargadas de sentimientos de culpa, lo que puede poner en peligro su salud tanto física como mental. Esto demuestra la falta de acceso a información sobre prácticas seguras y placenteras, así como la ausencia de opciones anticonceptivas y atención médica adecuada, que puede exponer a las PcD a riesgos innecesarios. Además, debido a la creencia generalizada de que las adolescentes y mujeres con discapacidad carecen de la autonomía necesaria para tomar decisiones sobre su vida sexual, hay una falta de citas médicas, la omisión de exámenes preventivos como mamografías o citologías, la negación de condones u otros métodos anticonceptivos y la ausencia de información y asesora-

ramiento en salud sexual y reproductiva en los servicios de salud. Además, es frecuente que las familias nieguen y repriman las necesidades y deseos sexuales de sus hijos e hijas con discapacidad, ejerciendo un control excesivo sobre sus actividades cotidianas y limitando su autonomía (2).

En este contexto, lamentablemente, se tienden a normalizar actitudes abusivas y manipuladoras, y con frecuencia, se menosprecia a las PcD cuando denuncian situaciones de abuso o violación sexual. Muchas personas con discapacidad, a menudo invisibles para los programas y servicios de SSR, se desenvuelven en un entorno familiar y social, que con frecuencia ignora sus derechos fundamentales. Como resultado, las PcD se ven excluidas de recursos vitales para una sexualidad segura y saludable.

En este sentido:

- 01 Carecen de información básica sobre sus derechos sexuales y reproductivos;
- 02 Se le niega el acceso a una educación sexual integral con un enfoque diferenciado por tipo de discapacidad;
- 03 Permanecen invisibles en las campañas preventivas, que rara vez consideran los criterios de accesibilidad.

Muchas jóvenes con discapacidad llegan a la adolescencia sin haber recibido información esencial sobre su cuerpo, menstruación, entre otros. Tampoco han adquirido las herramientas necesarias para cuidarse y relacionarse con sus pares. Frecuentemente, se les priva de la autonomía necesaria para atender sus necesidades diarias, como la alimentación, la higiene y la protección de su intimidad, lo que las coloca en situaciones de vulnerabilidad ante la violencia, el abuso y la manipulación sexual (2). Es importante destacar que a algunas se les priva el desarrollo de esta autonomía y otras no tienen esta autonomía por la propia condición de discapacidad. Ambas situaciones, incrementan los riesgos.

A este respecto, es importante destacar que **el abuso sexual ocurre con relativa frecuencia en las niñas, adolescentes y mujeres con discapacidad, en forma preponderante cuando existe discapacidad intelectual** y puede darse especialmente de dos maneras: sin contacto (acoso, ejercicio o exposición involuntaria a pornografía, entre otros) y con contacto (tocamientos, masturbación, penetración). Este abuso puede ocurrir dentro del ámbito familiar, de sus cuidadores o cuidadoras o quienes tienen contacto directo con estas PcD (15).

MARCO LEGISLATIVO Y NORMATIVAS

A. Leyes y convenciones internacionales que promueven y garantizan la SSR

Fecha	Documento	Principal Logro
13/12/2006	Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD) (3)	<p>Primer tratado de derechos humanos desarrollado por PcD, para PcD.</p> <p>Promover, proteger y garantizar el disfrute pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales por todas las PcD, y promover el respeto de su dignidad inherente, incorporando la perspectiva de género</p> <p>Garantías de acceso a la misma atención de salud gratuita o a precios asequibles y de la misma variedad y calidad para las PcD.</p> <p>Reconoce el derecho de las PcD a decidir libremente y de manera responsable el número de hijos e hijas y a tener acceso a información, educación sobre reproducción y planificación familiar apropiados para su edad.</p>
24/05/2021	Resolución WHA74.8 de la Asamblea Mundial de la Salud sobre el más alto nivel posible de salud para las PcD (16)	<p>Servicios de salud eficaces como parte de la cobertura sanitaria universal; igual protección ante las emergencias; y acceso igualitario a las intervenciones de salud pública.</p> <p>Perspectiva integradora de género y discapacidad, con consultas con PcD y con las organizaciones que las representan, y buscando su participación en el diseño de programas.</p> <p>Determinar los obstáculos y barreras actitudinales, del entorno e institucionales, con miras a eliminarlos, que impiden a las PcD acceder a la salud, en particular a los servicios de SSR.</p> <p>Fomentar la accesibilidad de los servicios de salud, ofreciendo formación a los profesionales pertinentes sobre derechos humanos, dignidad, autonomía y necesidades de las PcD.</p>

B. Leyes nacionales que promueven los derechos de personas con discapacidad

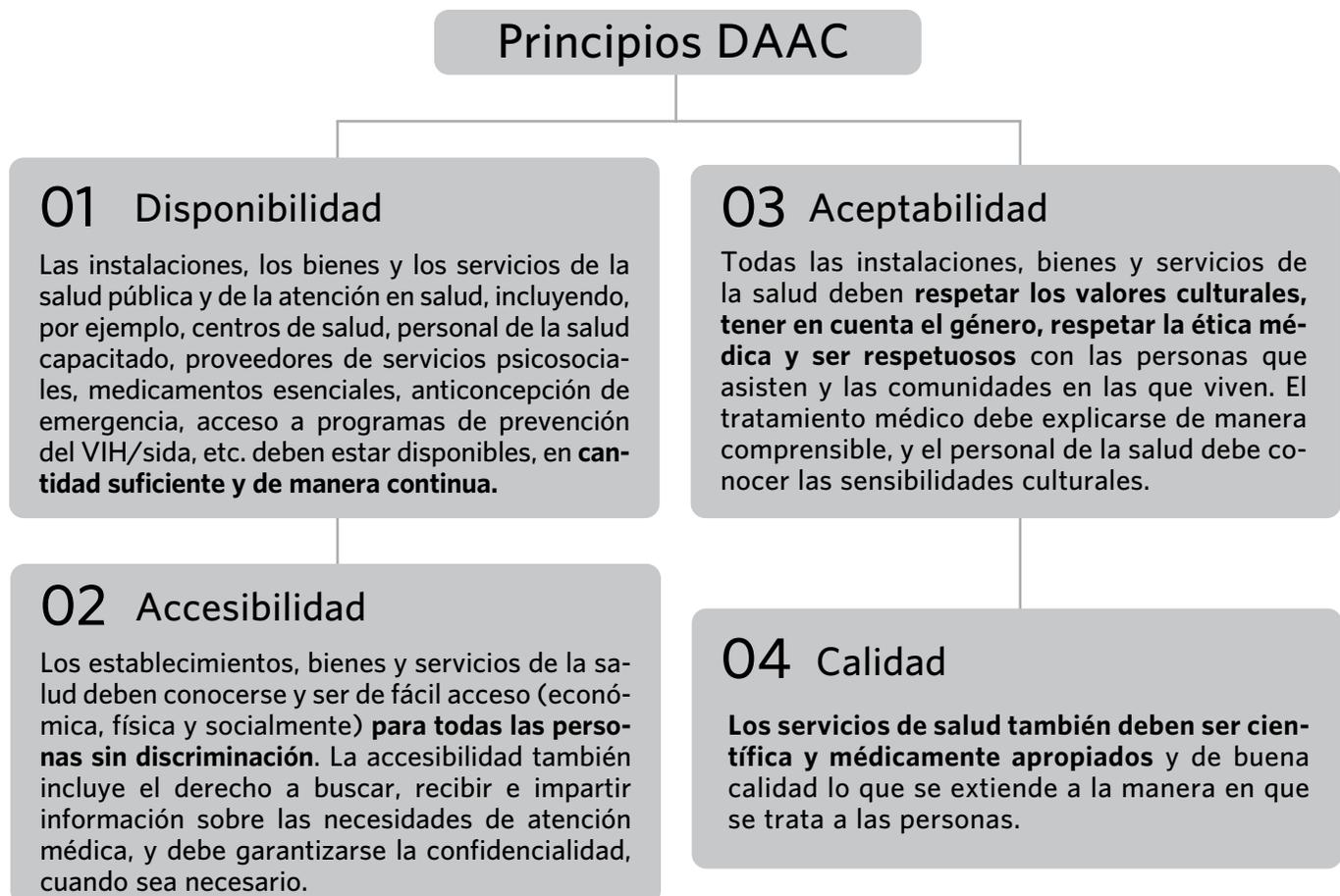
Fecha	Documento	Principal Logro
1999	Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (17)	<p>Toda persona con discapacidad tiene derecho al ejercicio pleno y autónomo de sus capacidades y a su integración familiar y comunitaria, seguridad social y educación integral.</p> <p>Se les reconoce a las personas sordas o mudas el derecho a expresarse y comunicarse a través de la lengua de señas venezolana.</p> <p>El Estado garantizará a toda persona, conforme al principio de progresividad y sin discriminación alguna, el goce y ejercicio irrenunciable, indivisible e interdependiente de los derechos humanos.</p>
05/01/2007	Ley para las Personas con Discapacidad (18)	<p>Garantiza el desarrollo integral de las PcD de manera plena y autónoma, de acuerdo con sus capacidades, el disfrute de los derechos humanos y la integración a la vida familiar y comunitaria.</p> <p>La certificación de la condición de persona con discapacidad, a los efectos de la mencionada Ley, corresponde al Consejo Nacional para Personas con Discapacidad (CONAPDIS).</p>
10/12/2007	Ley Orgánica para la Protección de Niños, Niñas y Adolescentes (19)	<p>Los niños, niñas y adolescentes en condición de discapacidad mental ejercerán sus derechos hasta el máximo de sus facultades</p>
23/04/2007	Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (20); Reforma 2014 (21); reforma 2021 (22).	<p>Se amparan las mujeres y adolescentes con discapacidad.</p> <p>Atención especial para mujeres con una discapacidad reconocida oficialmente que les impida u obstaculice el acceso al empleo.</p> <p>Incluye a la condición de discapacidad dentro de las razones que concurren en la violencia multicausal, y considera como un agravante en el delito de violencia sexual, cuando se tratare de una víctima con discapacidad física o intelectual.</p>

Fecha	Documento	Principal Logro
2012	Ley Orgánica del Trabajo, los Trabajadores y las Trabajadoras (23).	Destaca la declaración del derecho y protección del trabajo para las personas con discapacidad
2023	Ley Especial para las Trabajadoras y Trabajadores con Discapacidad (24)	Tiene por objeto proteger, defender y asegurar a todas las personas con discapacidad el disfrute y ejercicio efectivo de sus derechos laborales en igualdad de oportunidades y condiciones con las demás personas, garantizando su desarrollo integral e integración al proceso social de trabajo, de acuerdo a sus capacidades y habilidades, fomentando su autonomía e inclusión
2023	Ley para la Atención Integral a las Personas con Trastorno del Espectro Autista (25)	Garantiza la atención integral a las personas con trastorno del espectro autista, complementando las normas existentes en la materia, de conformidad con los derechos consagrados en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela y en los tratados, pactos y convenciones internacionales relativos a los derechos humanos, suscritos y ratificados por la República

RECOMENDACIONES GENERALES DE ATENCIÓN EN SSR PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Principios de atención DAAC

En la Observación general N° 14 de Naciones Unidas sobre el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (26), se establecen cuatro criterios, conocidos como el marco DAAC, que proporcionan principios basados en derechos humanos a través de los cuales los Estados y proveedores de servicios de salud deben garantizar que estén disponibles, que sean accesibles, aceptables y de buena calidad.



Este marco de principios se aplica a todos los servicios de salud, incluyendo los de SSR, sin discriminación por género, edad, orientación sexual, identidad de género, origen étnico o condición de discapacidad; sin embargo, hay una serie de recomendaciones que facilitan la eliminación de barreras sociales y del entorno en la atención a PcD y especialmente a adolescentes y mujeres con discapacidad.

RECOMENDACIONES GENERALES PARA SUPERAR BARRERAS DE ATENCIÓN

A. Recomendaciones para superar barreras sociales

Recomendaciones generales aplicables a todas las situaciones de discapacidad

Para instituciones

- 01 Establecer como prioridad la atención** de aquellas personas que, por diversas razones, pueden experimentar **dificultades en los tiempos de espera**, ya que esto podría impactar en los resultados de los exámenes médicos.
- 02 Implementar procesos de recopilación de datos sobre las personas con discapacidad que asisten y sus necesidades particulares** para adaptar y flexibilizar las opciones de atención, así como la ampliación de los horarios de consulta.
- 03 Involucrar a las organizaciones de personas con discapacidad** que puedan sumarse a la revisión y aportes constantes para la mejora del servicio.
- 04 Instalar carteleras con información pertinente:** mapa indicando ubicación (Ud. está aquí), horarios de atención, ubicación de los servicios u oficinas a las que debe dirigirse. Estas deben estar ubicadas a alturas adecuadas para todas las personas. Utilizar fuentes de tamaño legible y con alto contraste para personas con discapacidad visual. Debe usarse el lenguaje más sencillo posible, especialmente considerando a las personas con discapacidad intelectual.

Para el personal de salud

Definir estrategias para mejorar la calidad de atención a las Personas con Discapacidad iniciando por:

- 01 La sensibilización y formación del personal, comunicación inclusiva, fomentar la participación, la evaluación continua y no discriminativa.
- 02 Colocar en primer lugar a la persona y no a su condición. **Llamar a la persona por su nombre.**
- 03 Reconocer y abordar las limitaciones personales en la interacción con PcD, priorizando la búsqueda de **capacitación adicional para mejorar la calidad de la atención** brindada.
- 04 No pretender comprender si no se ha captado la información; en caso necesario, solicitar una repetición de la información.
- 05 **En ningún caso se deben pronunciar frases compasivas sobre el estado de la usuaria**, ni preguntar la causa de la discapacidad, a no ser que la información sea necesaria o parte del proceso de atención o investigación. **No utilice un lenguaje estigmatizante o discriminatorio como: minusválida o discapacitada.** No emita juicios de valor con respecto a su situación de discapacidad.
- 06 Es crucial **dedicar tiempo a la consulta** y evitar cualquier sensación de apuro. Cuando se trabaja con PcD, es probable que necesiten más tiempo para comprender los procedimientos, plantear preguntas y expresar sus inquietudes. Programe citas más largas y ajuste el tiempo necesario para brindar una atención completa y satisfactoria. Es importante adaptarse al ritmo de las personas que requieren la atención en diversos servicios, lo que no solo **transmitirá una sensación de calma y amabilidad a la persona atendida**, sino también al profesional de la salud que brinda la información.
- 07 **Antes de ofrecer asistencia a una persona con discapacidad, pregunte si la necesita o si está interesada en recibirla.** Es importante recordar que muchas personas con discapacidad prefieren llevar a cabo ciertas actividades de manera independiente. No se debe asumir automáticamente que todas las personas con discapacidad requieren ayuda en todo momento y en todas las situaciones. En caso de que no se esté seguro de cómo brindar asistencia de manera apropiada, **siempre se debe preguntar a la persona cómo se puede ayudar.** Si se ofrece ayuda, debe hacerse con discreción, manteniendo en todo momento una actitud respetuosa y paciente. Escuchar y respetar las indicaciones y preferencias de la persona es fundamental. Reconocer y valorar su autonomía es esencial. Se debe limitar la asistencia a lo estrictamente necesario, fomentando la independencia de la persona.
- 08 **No hacer uso inadecuado de las ayudas técnicas** (por ejemplo, bastón de rastreo, silla de ruedas, entre otras) de la persona con discapacidad y **siempre permitir que las mantengan cerca**, debe tener presente que la ayuda técnica es una extensión del cuerpo de la persona que la usa o requiere. Por tal razón, se debe evitar tocarla si no ha solicitado permiso.
- 09 Es imprescindible mantener una **comunicación directa con la persona que busca atención médica, sin dirigirse al acompañante.** No debemos dar por sentado que la persona con discapacidad está desconectada de la interacción, incluso si requiere asistencia para comunicarse o se encuentra acompañada. Todas las preguntas y respuestas deben dirigirse a la persona que busca atención médica, ya que es ella quien está consultando sobre su salud.

- 10 Se recomienda mantener **contacto visual adecuado** durante la comunicación para mostrar interés y respeto. Sin embargo, puede que, en algún caso, la usuaria tenga dificultades visuales u otra condición y prefiera una comunicación sin contacto visual constante; evalúe la situación y proceda acorde a dicha evaluación.
- 11 La entrevista y la consejería en salud sexual y reproductiva deben ser transparentes y llenas de respeto. El personal de salud no debe presuponer que la usuaria no tiene una vida sexual activa; es preferible **hacer preguntas directas para evitar malentendidos**. En términos generales, la **entrevista debería abordarse con las mismas consideraciones que se aplicarían a personas sin discapacidad**. Esto incluye explorar aspectos como la menarquia, el inicio de la actividad sexual, el número de parejas sexuales, experiencias de embarazo, frecuencia de las relaciones sexuales, satisfacción sexual, orgasmos, uso de métodos anticonceptivos y preocupaciones sobre infecciones de transmisión sexual.
- 12 El personal de salud no debe presuponer que las PcD no entenderán lo que se les indique. Salvo que existan condiciones de dificultad en la comprensión, las personas con discapacidad entienden perfectamente lo que se les dice; sin embargo, se recomienda utilizar un **lenguaje sencillo y claro**, sin jergas médicas o terminología técnica complicada. Use frases cortas, claras, concisas y directas para facilitar su comprensión. Puede usar ejemplos, analogías y modelos anatómicos para explicar conceptos médicos de manera más accesible.
- 13 El personal de salud debe **respetar la privacidad y confidencialidad de la PcD** que asiste a su servicio. Asegurarse de que se sienta segura y protegida al compartir información personal y médica, y mantener su privacidad durante los exámenes y procedimientos.
- 14 Es conveniente preguntar al final de la consulta sobre dudas o preguntas y mostrar interés en aclararlas. Escúchela con detenimiento, respeto, calidez y cordialidad.
- 15 Elaborar **material informativo para todas y todos**, de fácil comprensión y visualización, con textos claros y lenguaje sencillo. Asegurarse de que incluya letras de tamaño considerable en relieve y considerar la disponibilidad de material en sistema Braille. Además, se deben proporcionar formatos sencillos que contengan ilustraciones o imágenes y que utilicen letra grande y espaciado amplio. Este material debe incluir información relevante sobre la planificación familiar y la prevención de infecciones de transmisión sexual. Disponer de una guía accesible que contenga información acerca de los principales recursos e instituciones relacionados con la discapacidad, destinada a ser utilizada tanto por el personal de salud como por las usuarias.
- 16 **Brindar apoyo para el desplazamiento** de las adolescentes y mujeres con discapacidad **y su ubicación en la camilla ginecológica**. Incluso para las mujeres sin discapacidad, adoptar esta posición puede ser desafiante, y para aquellas con discapacidad, aún más. Se requiere una actitud empática y flexibilidad para abordar estas dificultades de posicionamiento de manera adecuada.
- 17 **Detallar de manera minuciosa el procedimiento que se está llevando a cabo**, incluyendo los instrumentos médicos utilizados y proporcionando una explicación clara acerca de su propósito y la razón del examen que se está realizando.
- 18 **Reconocer y abordar las necesidades emocionales y psicológicas** de el/la usuaria durante la consulta. Debe tener en cuenta la posible ansiedad, temor o experiencias negativas previas. Por ello debe tratar de brindar un entorno de apoyo y comprensión.
- 19 Es importante considerar la posible necesidad de derivación a otros profesionales de la salud especializados como: terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas o trabajadores y trabajadoras sociales para asegurar una atención integral.
- 20 Es necesario, que más allá de la edad de la persona, se le indique en detalle las características del trámite, del formulario que deben completar, el estudio a realizarse, entre otros. Se trata de acompañar, no de sustituir en la tarea. De esta forma contribuirá a que la persona, progresivamente, gane confianza en sí misma y vaya desprendiéndose de la ayuda de otros a medida que obtiene con éxito sus gestiones.

Recomendaciones relacionadas con la autonomía de las adolescentes y mujeres con discapacidad

En respeto a la autonomía de la adolescente y mujer con discapacidad, obtenga siempre el consentimiento informado de las usuarias de la consulta de salud sexual y reproductiva.

- 01 **Ofrezca la información más completa posible, en términos sencillos y claros.** Sea paciente y muestre empatía. Permítale tomar su tiempo para responder o comunicar sus respuestas. Escuche y respete sus puntos de vista.
- 02 **Pregunte** a la usuaria si requiere **algún tipo de apoyo adicional** para ayudarle a dar su consentimiento informado.
- 03 Cuando la usuaria no esté en condiciones de dar su consentimiento informado, involucre a una persona de confianza de la usuaria, que podría ser su persona cuidadora, familiar o acompañante.
- 04 Legalmente, el padre, la madre, representantes o responsables tienen el deber y el derecho de orientar a los niños, niñas y adolescentes en el ejercicio progresivo de sus derechos y garantías, así como en el cumplimiento de sus deberes, de forma que contribuya a su desarrollo integral y a su incorporación a la ciudadanía activa (artículo 13, parágrafo primero de la Ley Orgánica para la Protección de Niños, Niñas y Adolescentes - LOPNNA) (19). **Los niños, niñas y adolescentes en condición de discapacidad mental ejercerán sus derechos hasta el máximo de sus facultades** (artículo 13, parágrafo segundo de la LOPNNA) (19).
- 05 Tenga presente que, el Estado, con la activa participación de la sociedad, debe garantizar servicios y programas de atención de salud sexual y reproductiva a todos los niños, niñas y adolescentes. Estos servicios y programas deben ser accesibles económicamente, confidenciales, resguardar el derecho a la vida privada de los niños, niñas y adolescentes y respetar su libre consentimiento, basado en una información oportuna y veraz. **Los y las adolescentes mayores de catorce años de edad tienen derecho a solicitar por sí mismos y a recibir estos servicios (artículo 50; LOPNNA)** (19).
- 06 En niños, niñas o adolescentes **menores de 14 años**, el consentimiento lo firman los padres, madres o responsables, pero se debe insistir en obtener **el asentimiento** de niños, niñas o adolescentes. En el acta del consentimiento debe quedar expresa la cualidad de cuidadora (legal o, de hecho) o progenitor(a) en ejercicio de la patria potestad
- 07 En el caso de atender a una adolescente o mujer con ausencia o limitaciones en manos y brazos, sin capacidad para firmar, establezca otras alternativas como el uso de huellas de los pies. No niegue u obstaculice el trámite por imposibilidad de firma.
- 08 En los casos de solicitud de **esterilización quirúrgica** para adolescentes y mujeres con discapacidad, esta debe emplearse **solo cuando es el método elegido consciente y voluntariamente por una persona con discapacidad sin limitaciones para dar su consentimiento**. Esto implica una elección libre, voluntaria e informada de la usuaria. En estos casos, es de gran importancia insistir en obtener el consentimiento informado, y asegurarse de que la usuaria lo está firmando voluntariamente y comprendiendo plenamente lo relativo a la irreversibilidad del método.
- 09 **En caso de adolescentes y mujeres con discapacidad que no tienen capacidad de consentir, debe evitarse la esterilización quirúrgica y la anticoncepción.** Si la adolescente o mujer, por su tipo de discapacidad no puede decidir por sí misma sobre un procedimiento médico relacionado con anticoncepción o esterilización, tal procedimiento no debe llevarse a cabo, ya que esta sería una esterilización o anticoncepción forzada, establecida en los artículos 19 (numeral 14), 67 y 84 de la Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (22).

Recomendaciones para el vínculo y trato con personas con discapacidad intelectual

Pregunte si la adolescente o mujer con discapacidad intelectual es portadora de algún informe sobre su situación. Si es así, considere si la discapacidad es leve/moderada, o grave/profunda, según dicho informe. En caso de que no posea tal informe, trate de establecer durante la entrevista el nivel de comprensión sobre la consulta.

Leve a moderada

- 01 **Trate a la PcD intelectual leve a moderada según su edad cronológica** y teniendo en cuenta el principio de autonomía progresiva de niños, niñas y adolescentes. **No use diminutivos o actitudes infantilizadoras.**
- 02 Si por alguna razón, el personal de salud no obtiene toda la información que requiere y quien acompaña a la adolescente o mujer con discapacidad intelectual de leve a moderada es quien ejerce la tutoría o los cuidados, se puede procurar obtener información adicional sobre la historia de salud de la usuaria a través de esta persona, siempre y cuando la usuaria lo autorice y confirme lo que informa.
- 03 Ajuste el ritmo de su explicación según el nivel de comprensión de la persona, empleando recursos visuales y escritos claros, como lectura fácil y pictogramas. Permita que las PcD intelectual leve a moderada procesen la información y respondan. Brinde apoyo emocional, ya que es posible que sientan ansiedad o miedo durante la consulta. Puede utilizar técnicas de distracción o relajación para reducir el estrés. Se recomienda **repetir información importante y darle a la usuaria la oportunidad de confirmar que ha comprendido lo que se le ha dicho.**
- 04 Respete las decisiones de la PcD intelectual leve a moderada.
- 05 Realice **entrevistas cortas o dé espacios de descanso.**
- 06 Con el fin de evitar consentimientos ambiguos o poco claros, es esencial realizar verificaciones para asegurarse de que la PcD haya comprendido adecuadamente lo que se le ha explicado. Puede lograrse mediante preguntas como: ¿Puedes expresar con tus propias palabras lo que te he explicado?".

Grave y/o profunda

- 01 Es esencial **prestar una atención especial a las reacciones, expresiones, gestos y movimientos** de la PcD intelectual grave o profunda en relación con su persona cuidadora.
- 02 **No pase por alto su presencia o existencia, no la haga sentir invisible.** Aunque deba comunicarse principalmente con la persona cuidadora, es fundamental que la PcD sienta que usted la reconoce y valora. Sea amable y cortés, brinde un trato digno.
- 03 Use materiales visuales para explicar cualquier información. Asegúrese de explicar cada paso del proceso y permita que la persona participe en la medida de sus capacidades.
- 04 De considerarlo necesario, realice la intervención o entrevista con el apoyo de personal profesional del área de psicología, docencia en educación especial o trabajador(a) social.
- 05 Contemple que las personas cuidadoras de PcD intelectual generalmente están sometidas a situaciones y circunstancias que generan mucho estrés y desgaste emocional, por lo cual se debe adecuar la entrevista o intervención en términos de comunicación asertiva y amable, dando oportunidad para que la persona cuidadora aclare sus dudas e inquietudes.
- 06 Asegúrese de que esta persona entendió los procedimientos a seguir para garantizar la protección de la PcD. Recuerde que en estos casos la persona cuidadora es garante de dar continuidad a los procedimientos

Recomendaciones para el vínculo y trato con personas con discapacidad psicosocial

(Condiciones como la esquizofrenia, psicosis, trastorno bipolar, trastorno obsesivo compulsivo, trastornos alimenticios, trastorno por déficit de atención e hiperactividad y trastorno del espectro autista):

- 01 Si la persona tiene dificultades en el relacionamiento personal, tenga en cuenta eso y evite situaciones que puedan generar discusiones o violencia.
- 02 La figura del/la acompañante es muy importante para estas personas. Por ello, el respeto con el cual también sea atendida esa persona acompañante generará en la usuaria en situación de discapacidad psicosocial, mayor confianza y seguridad en el servicio o la institución sanitaria en la que está consultando. **Permita la presencia de la persona cuidadora. Si es necesario, solicite su ayuda para facilitar la interacción con la usuaria.**
- 03 En situaciones de nerviosismo o desconcierto, **es esencial mantener la calma.** Si se enfrenta a una descompensación o una crisis en una PcD psicosocial, como alucinaciones visuales o auditivas, evite críticas o discusiones sobre lo que ve, siente u oye, y explíquele que usted no lo percibe. Mantenga un tono de voz tranquilo y cambie la conversación a otros temas para redirigir la atención.
- 04 Respete los silencios y espacio vital de la PcD psicosocial.
- 05 **Escúchela sin juzgarla.** Acompáñela aun cuando no la comprenda o no esté de acuerdo, y acepte las diferencias. Crea en su relato.
- 06 En caso de que se requiera brindar atención preferencial, es fundamental hacerlo de manera discreta, evitando exponerles frente a las demás personas que están esperando ser atendidas.
- 07 En algunas situaciones, es importante encontrar un entorno más propicio y tranquilo para proporcionar a la persona la información necesaria o ayudarla en el proceso o consulta que necesita realizar.
- 08 En caso de ser necesario, busque la colaboración de instituciones o profesionales con especialidad en el área.

B. Recomendaciones para superar las barreras de infraestructura y del entorno

Infraestructura

Recomendaciones para el vínculo y trato con personas con discapacidad físicomotora

El Diseño Universal en la planificación de espacios, basado en la CIF (Organización Mundial de la Salud, 2001), es crucial para la accesibilidad. Este enfoque busca crear entornos utilizables por todas las personas, eliminando barreras y ofreciendo flexibilidad, promoviendo así la autonomía, participación e igualdad de oportunidades. La accesibilidad universal, que implica que entornos, productos y servicios sean comprensibles y utilizables por todos en condiciones de seguridad y comodidad, se logra mediante la estrategia de “diseño para todos”, la cual considera la diversidad de habilidades humanas sin necesidad de adaptaciones especializadas. De esta manera se diseñan productos y servicios que puedan ser utilizados por el mayor número posible de personas, considerando que existe una amplia variedad de habilidades humanas y no una habilidad media, sin necesidad de llevar a cabo una adaptación o diseño especializado, simplificando la vida de todas las personas, con independencia de su edad, talla o capacidad.

Para las instituciones

- 01 Realizar una **señalización adecuada** (gráficos, táctiles, luminosos o audibles) desde la parada más próxima a la institución con indicaciones claras que guíen a las personas con discapacidad hacia las instalaciones.
- 02 Una vez que una persona ingrese a la institución, es fundamental **proporcionar información detallada sobre la ubicación de las áreas y cómo pueden acceder a ellas**. Los centros deben contar con indicaciones visuales, táctiles, auditivas o luminosas que guíen y brinden información a las personas, permitiéndoles llegar y utilizar los diferentes espacios y recursos disponibles.
- 03 Gestionar la construcción de **rampas de acceso** con la pendiente adecuada, colocación de pasamanos y despeje de pasillos para facilitar el tránsito.
- 04 Asegurar **espacios de estacionamiento debidamente señalizados** para personas con discapacidad lo más cercanos posible a los sitios de atención.
- 05 Cuando no sea posible proporcionar un acceso sin obstáculos, es esencial implementar adaptaciones funcionales o, al menos, ajustes razonables que garanticen que las PcD puedan acceder a las instalaciones. En estos casos, se debe contar con personal de apoyo disponible para ayudarles a desplazarse hasta su lugar de atención. Estas adaptaciones incluyen la **eliminación de obstáculos** como mace-tas, carteles y sillas, así como **la apertura completa de puertas dobles en lugar de solo una hoja**. Además, es importante evitar el uso de puertas con mecanismos de cierre automático en las áreas de servicio, corregir y señalar desniveles, escaleras y baldosas rotas que puedan dificultar la movilidad, **y cubrir los pisos deslizantes con superficies antideslizantes**. También se debe instalar **mostradores a alturas adecuadas** para atender a todas las personas de manera cómoda y accesible.
- 06 Asegurar la disponibilidad de ascensores que cuenten con señales audibles, táctiles y visuales para garantizar la accesibilidad. Estas señales deben indicar claramente las direcciones de subida, bajada y el piso de llegada, proporcionando información tanto a través de sonidos audibles como mediante señales táctiles y visuales.

- 07 Asegurar salas de espera bien diseñadas con espacio suficiente, señalización clara y asientos accesibles. Implementar **sistemas de aviso de turnos visuales y auditivos en estas áreas, utilizando letreros digitales para mostrar de manera destacada el número de turno y la ubicación del puesto o consultorio**. Además, proporcionar esta información en formato sonoro para garantizar la accesibilidad auditiva. Asimismo, instalar mostradores a alturas adecuadas para atender a todas las personas de manera cómoda y accesible.
- 08 Garantizar la presencia de salidas de emergencia debidamente señalizadas y fácilmente identificables.
- 09 Asegurar que se cuente con instalaciones de **baños completamente accesibles**, que incluyan barras de apoyo, espacio adecuado para maniobrar sillas de ruedas, sanitarios a la altura apropiada, lavabos de fácil acceso y espejos inclinados, entre otros aspectos que promuevan la autonomía.
- 10 Organizar el mobiliario de las áreas comunes y consultorios de modo que no se restrinja la movilidad ni se reduzca el espacio disponible.
- 11 Reemplazar las camillas ginecológicas fijas por aquellas que sean ajustables en altura.
- 12 **Centralizar en una única oficina la gestión** de ciertos trámites, evitando que la persona deba desplazarse de una oficina o área a otra.

Para el personal de salud

- 01 **Cuando se comunique con una persona en silla de ruedas**, colóquese frente a ella y, en la medida de lo posible, **a la misma altura**.
- 02 En caso de no saber cómo utilizar una silla de ruedas u otra asistencia técnica (como andaderas o bastones), no dude en consultar a la persona que la utiliza.
- 03 Cuando una usuaria en silla de ruedas asista sola a la consulta o con alguien que no puede ayudarla, considere brindar asistencia durante la transferencia de la silla de ruedas a la camilla ginecológica o en cualquier otra parte de la evaluación. Asegúrese de contar con el apoyo adecuado, ya sea un asistente o equipo adicional, para realizar estas transferencias de manera segura y respetuosa de su dignidad.
- 04 No se apoye en la silla de ruedas de la persona, ya que esta forma parte de su espacio personal.

Comunicacionales

Recomendaciones para el vínculo y trato con personas con discapacidad auditiva

- 01 Antes de la conversación, es clave conocer la modalidad comunicativa de la PcD auditiva.
- 02 Según el tipo y nivel de discapacidad auditiva, estas mujeres pueden disponer de los siguientes tipos de apoyo:
 - 2.1 **Intérprete de lengua de señas venezolano (LSV).** En casos donde no haya un intérprete disponible durante la consulta, las instituciones deben establecer vínculos o coordinar con intérpretes que puedan asistir según sea necesario.
 - 2.2 Guía intérprete para personas con sordoceguera. Este profesional ofrece información tanto visual como auditiva a través de tres componentes completamente integrados: interpretación del habla, descripción del entorno y asistencia física.
 - 2.3 Si la PcD auditiva no va acompañada de intérprete de lengua de señas venezolana, pero sí de familiares, facilite también su acceso para que la comunicación pueda llegar correctamente, siempre previa autorización y consentimiento de la PcD auditiva.
- 03 Se debe ofrecer métodos de comunicación alternativa (**papel y bolígrafo, tableta, aplicación texto-voz en tableta o en teléfono móvil, pizarra, entre otros**). Uso de cartillas con dibujos y letras grandes, en relieve, modelos anatómicos, hablar despacio y facilitar la lectura de labios, uso de LSV. Recordar que las PcD auditiva no siempre pueden leer lo que está escrito.
- 04 Si la persona realiza lectura **labial, mírela** directamente y hable de manera natural y clara.
 - 4.1 Evite la comunicación a más de 1 metro de ella.
 - 4.2 Dirija la conversación hacia ella.
 - 4.3 No empiece a hablar sin que la usuaria esté mirando. Llame su atención con una discreta señal antes de hablar; de no conseguirlo con un movimiento muy suave toque el hombro, siempre estando dentro de su campo visual (evitar tocar a la persona cuando esté de espalda).
 - 4.4 Facilite la lectura labial poniéndose directamente frente a ella en un lugar bien iluminado.
 - 4.5 Sitúese a su altura.
 - 4.6 Evite giros a mitad de la frase.
 - 4.7 Evite hablar de forma infantil o expresiones exageradas.
 - 4.8 Sea expresiva o expresivo o al hablar ya que los movimientos faciales y de todo el cuerpo ayudarán a la persona a comprenderle. Ayude a la comunicación con gestos naturales que le sirvan de apoyo, o bien con alguna palabra escrita.
 - 4.9 Evite poner manos o cualquier objeto delante de la cara.
 - 4.10 Vocalice bien, hable siempre despacio y con claridad, no exagere, ni grite. Hable con naturalidad, ni deprisa, ni demasiado despacio.
- 05 No debe descartar la posibilidad de que se presente una PcD auditiva que no maneje lengua de señas ni lenguaje oral. Ante esa situación es muy importante tener paciencia y permitir que la usuaria tenga tiempo para procesar y responder. Trate de utilizar apoyos como imágenes, gráficos, modelos anatómicos, entre otros, que puedan ayudarla a procesar y responder mejor la información que se le está dando o solicitando.
- 06 Llame a la persona por su nombre y en formato visual desde el consultorio (un hablador donde la persona pueda ver su nombre escrito).
- 07 Evite ambientes ruidosos. Pídale que sugiera estrategias para mejorar la comunicación, como hablarle hacia el oído que tenga mejor audición, moverse a una zona bien iluminada, usar mensajes de texto, correos electrónicos, entre otros.

Recomendaciones para el vínculo y trato con personas con discapacidad en el lenguaje oral

- 01 Tenga presente que el tiempo, el ritmo y la pronunciación son distintos. **Si no comprende lo que le dicen, hágalo saber para que le repitan o se lo comuniquen de una forma alternativa.**
- 02 Escuche con atención y permita que tenga suficiente tiempo para procesar la comunicación y responder.
- 03 Verifique lo que se ha dicho o escrito consultándole antes de continuar.
- 04 Haga preguntas de confirmación de la información que la usuaria pueda responder con sí, o no a respuestas cortas para validar

Recomendaciones para el vínculo y trato con personas con discapacidad visual

- 01 Identifíquese siempre al dirigirse a una persona en situación de discapacidad visual.
- 02 Si se le ofrece o indica alguna cosa, explique de qué se trata y en qué lugar exacto se encuentra.
- 03 Cuando la persona requiera asistencia para la movilidad, ofrézcale su brazo como apoyo. Pregúntele de qué lado prefiere tomarle, ya sea el derecho o el izquierdo, para que se sienta cómoda y segura durante el traslado.
 - 3.1 La persona seguirá los movimientos de su cuerpo, caminando a su lado, ligeramente detrás de quien la guía.
 - 3.2 Quien guía mantiene el brazo junto a su tronco, quedando el codo en un ángulo de noventa grados. En algunos casos, la persona puede preferir tomarse del hombro de su guía.
 - 3.3 Siempre quien guía deberá prestar mucha atención a que la persona en situación de discapacidad visual no se le adelante, advirtiéndole de cualquier posible obstáculo.
 - 3.4 Quien guía deberá adaptar su paso a la velocidad del paso de la persona guiada, sin embargo, si la ocasión lo requiere, podrá aumentar o disminuir la velocidad, advirtiéndole antes a la persona guiada, si es posible.
 - 3.5 El uso de perros guía, además del bastón, es otra opción para el desplazamiento. Estos perros deben ser legalmente aceptados en cualquier lugar siempre que estén debidamente certificados para este propósito, según lo establecido en el artículo 34 de la Ley para las Personas con Discapacidad.
- 04 Cuando deba dar alguna indicación para ubicar a la PcD visual use palabras como: arriba, abajo, delante de, atrás de, a tu derecha, a tu izquierda.
- 05 Es fundamental identificarse al entrar o salir de la habitación, y asegurarse de actualizar esta información cada vez que alguien entre o salga. Además, es importante ayudar a la usuaria a situarse en el tiempo y espacio.

- 06 Para indicarle un asiento, tome su mano hábil o dominante, y póngala sobre el respaldo de la silla o sobre el brazo del sillón y ella sabrá tomar asiento por sus propios medios. Informe si delante existe una mesa.
- 07 **Diríjase siempre a la PcD visual y diga constantemente lo que se va a hacer, de forma concreta.** Use explicaciones descriptivas. Evite hacer movimientos o toques sorpresivos que puedan generar incomodidad o ansiedad.
- 08 Si le entrega algún material a leer, la persona puede requerir que esta información se encuentre en formato digital o en caracteres ampliados (tamaño de letra grande).
- 09 Si necesita solicitarle que firme algún documento que revista importancia, intente que sea una persona de su confianza que lea el texto, de no contar con esta posibilidad, brinde los datos de la persona responsable que le leerá dicho documento. Lleve el dedo índice de la mano no hábil hasta el principio de la línea en donde se debe firmar, para que ella pueda orientarse y realizar su firma.
- 10 Al guiar a la persona hasta un baño, indique dónde se encuentran el inodoro, si existe algún accesorio donde colgar una ropa o cartera, dónde se encuentra el papel higiénico, el lavamanos y si hay toallas de papel o seca manos.
- 11 En caso de que la usuaria tenga un resto visual funcional, entonces procure colocarse siempre en un lugar donde ella pueda verle.

08

RECOMENDACIONES POR LÍNEA DE ATENCIÓN DE SSR

En forma general, cada una de las consultas o evaluaciones que se describirán para personas con discapacidad debe desarrollarse igual a la consulta en salud sexual y reproductiva, por lo que se invita a revisar la Norma Oficial Para la Atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva (4). En este documento se incluirán aspectos específicos que deben tomarse en cuenta en adolescentes y mujeres con discapacidad.

Es recomendable hacer registros o formularios previos para identificar necesidades particulares antes de la consulta o enviar guías o material educativo y comunicativo sobre los procesos médicos a transitar durante la consulta. La comunidad puede ser de ayuda en esta práctica.

A. Atención integral en las adolescentes con discapacidad

La atención integral de la adolescente con discapacidad incluye:

Atención integral en salud sexual y reproductiva para la población adolescente no embarazada

Concentración

Si la adolescente con discapacidad es de bajo riesgo, se recomiendan 2 consultas al año por adolescente. En caso de ser de alto riesgo, se debe cumplir el número de consultas necesarias de acuerdo al riesgo.

Rendimiento

Dadas las dificultades propias de cada adolescente, según su discapacidad, se reduce el número de usuarias a ser evaluadas por hora-médico o médica de contratación, tanto para bajo como para alto riesgo. Se sugiere dos consultas por hora-médico o médica de contratación, independientemente de si se trate de consulta de primera vez o control.

Es esencial que las consultas destinadas a adolescentes con discapacidad en materia de salud sexual y reproductiva se realicen con la misma atención y enfoque que para aquellas sin discapacidad. Se recomienda insistir en la asesoría proporcionada por un equipo capacitado e interdisciplinario, abordando temas fundamentales como sexualidad, anticoncepción, proyectos de vida, prevención de VIH/sida y otras infecciones de transmisión sexual (ITS), así como la entrega de información detallada sobre los derechos sociales y jurídicos, de acuerdo con la normativa vigente.

Es imperativo realizar un esfuerzo adicional para desmitificar y contrarrestar los prejuicios que rodean la sexualidad de las personas con discapacidad. Este enfoque contribuirá a crear un entorno de atención inclusivo y respetuoso, garantizando que **cada adolescente, independientemente de su discapacidad, reciba la información y el apoyo necesarios para tomar decisiones informadas sobre su salud sexual y reproductiva.**

Atención integral en salud sexual y reproductiva para adolescentes embarazadas

Concentración

En bajo riesgo, mínimo 6 consultas. En alto riesgo, el número de consultas necesarias de acuerdo al riesgo.

Rendimiento

En la adolescente embarazada, igualmente se reduce el número de gestantes vistas por hora-médico o médica de contratación. Para bajo riesgo se recomiendan dos consultas. Si son de alto riesgo, 1 consulta por hora-médico o médica de contratación.

En el desarrollo de la consulta se debe incluir todas las actividades tanto de la consulta de primera vez como las sucesivas, según el cronograma general de control prenatal.

B. Planificación familiar

Concentración por consulta/año

En bajo riesgo: dos consultas por año, el primer año y una consulta anual en los siguientes controles. En alto riesgo: Las consultas necesarias de acuerdo con el método seleccionado y al tipo de complicaciones que presente la usuaria.

Rendimiento

Dos usuarias por hora/médico o médica, distribuidos en una nueva usuaria y un control.

En planificación familiar, considere las preferencias individuales, las características de la discapacidad y las particularidades de cada método anticonceptivo. En cada situación, es fundamental tomar decisiones respaldadas por una orientación completa y la información necesaria para asegurar la mejor atención y adecuación a las necesidades específicas de cada persona.

Los métodos LARC (anticoncepción hormonal prolongada reversible) son una excelente alternativa que no requiere la participación diaria de la usuaria, como la toma de una píldora. Son de particular utilidad para anticoncepción pos evento obstétrico.

La anticoncepción hormonal tiene elevada eficacia, pero pueden no ser la opción más apropiada para personas con alteración de la circulación o inmovilidad de extremidades por el riesgo de enfermedad tromboembólica:

- 01 La asociación entre anticonceptivos orales combinados y tromboembolismo venoso (TEV) ha sido reconocida y confirmada en varios estudios (27).
- 02 En comparación con las no usuarias, el uso de anticonceptivos orales combinados se asocia con aumento de tres a cuatro veces del riesgo de TEV.
- 03 Las reducciones en la dosis de etinilestradiol (EE) de 50 mcg o menos se asocian con una reducción del riesgo de tromboembolismo, (nivel de evidencia alto), sin embargo, no hay pruebas sólidas de que una dosis de 20 microgramos o menos de EE reduzca aún más el riesgo de TEV; así como en cuanto a los diferentes tipos de estrógenos (28).
- 04 Se debe recordar siempre el sinergismo entre los factores de riesgo y la anticoncepción hormonal (27).

05 El riesgo de TEV asociado con anticoncepción hormonal combinada parenteral (parches, inyecciones y anillos), parece ser similar al de los anticonceptivos orales combinados, por lo cual, la contraindicación aplica de la misma manera para la vía parenteral.

06 Dado que el principal temor de la anticoncepción es el riesgo de TEV y otros eventos cardiovasculares, se describe que este riesgo puede ser reducido por el uso de progestágenos solos (oral, dispositivo intrauterino, implante).

07 El uso de anticonceptivos orales de solo progestágenos no está asociado con un riesgo aumentado de TEV (nivel de evidencia moderado), sin embargo, hay evidencia limitada donde se asocia el uso de acetato de medroxiprogesterona de depósito con aumento del riesgo de TEV y del sistema liberador de levonorgestrel (SIU-LNG) con una disminución del riesgo (nivel de evidencia bajo) (28). Otra recomendación es el uso de anticoncepción no hormonal.

08 En personas con dificultades en la comprensión o psicosocial, es recomendable la indicación de los LARC. La anticoncepción oral requiere la toma diaria de una píldora lo que podría ser de difícil cumplimiento para ellas.

09 En los casos con discapacidad sensorial visual y/o auditiva y uso de anticoncepción hormonal, se debe insistir en identificar la etiología de la discapacidad sensorial, así como el consumo de tratamientos por parte de la adolescente y mujer con discapacidad, particularmente aquellas con dificultades en la comprensión y psicosocial, quienes suelen recibir medicación con psicofármacos que podrían tener interacción con los anticonceptivos hormonales y afectar su efectividad.

10 En general, para todas las personas, se recomienda precaución con el uso de estrógenos a muy largo plazo. Los estrógenos protegen contra el glaucoma, pero administrados a muy largo plazo, pueden provocar una cierta predisposición al glaucoma crónico de ángulo abierto (29).

En resumen:

- 01** Evite la anticoncepción hormonal combinada (oral o parenteral) en personas con alteración de la circulación o inmovilidad de extremidades por el riesgo de enfermedad tromboembólica.
- gestágenos solos (oral, dispositivo intrauterino, implante). No indique acetato de medroxiprogesterona en estos casos.
- 02** En personas con alteración de la circulación o inmovilidad de extremidades por el riesgo de enfermedad tromboembólica, prefiera el uso de pro-
- 03** En usuarias con limitación de la movilidad, puede indicar anticoncepción no hormonal.

Uso de anticoncepción hormonal en usuarias de anticonvulsivantes (27).

Efecto sobre el metabolismo hepático	Riesgo	Recomendación
Fenobarbital, fenitoína, carbamazepina, oxcarbazepina, primidona, felbamato y topiramato.	Incrementan el efecto sobre la actividad enzimática (sistema CYP 3A4/metabolismo hepático) y disminuyen el efecto anticonceptivo.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Usar anticonceptivos con mayor potencia estrogénica (dosis de etinilestradiol de 50 g) y progestagénica (equivalente a 0,150 mg de levonorgestrel) ▪ No se recomienda el uso de implantes subdérmicos de levonorgestrel o etonorgestrel, parches o anillos vaginales porque se han reportado fallas ▪ Alternativa: Uso de acetato de medroxiprogesterona de depósito (AMPD) ▪ Anticoncepción no hormonal ▪ Puede usarse el sistema intrauterino liberador de levonorgestrel (SIU-LNG), debido a que su efecto anticonceptivo es a nivel local. ▪ Anticoncepción de emergencia: duplicar la dosis ▪ El uso de carbamazepina, fenitoína, primidona y ácido valproico se asocia con disminución de la densidad mineral ósea, por lo que es necesario dar suplementos de vitamina D y tener precaución con el uso concomitante de AMPD
Ácido valproico, lamotrigina, levetiracetam, tiagabina, vigabatrina, zonisamida, benzodiazepinas, etosuximida, pregabalina y gabapentina.	No disminuyen la efectividad de los anticonceptivos hormonales.	Pueden asociarse al uso de anticoncepción hormonal
Aumento del metabolismo hepático de lamotrigina.	Los niveles séricos pueden disminuir en pacientes que usan anticoncepción hormonal.	Es necesario ajustar los niveles séricos o administrar conjuntamente ácido valproico, para evitar empeoramiento de las convulsiones en estas pacientes.

En conclusión:

No hay contraindicación para el uso de anticoncepción hormonal en adolescentes y mujeres con discapacidad, pero se debe tener precaución en aquellas que reciben tratamiento anticonvulsivante inductor de las enzimas hepáticas y en las que tienen limitación a la movilidad de las extremidades inferiores, en quienes se prefiere el uso de anticoncepción con solo progestágenos o anticoncepción no hormonal (27, 28).

Los métodos de barrera, bajo condiciones habituales de uso, brindan protección anticonceptiva entre 85 % y 97 %. Están indicados en personas con vida sexual activa, como apoyo a otros métodos anticonceptivos, en personas con actividad sexual esporádica, como apoyo durante las primeras 25 eyaculaciones posteriores a la realización de la vasectomía y cuando hay riesgo de exposición a infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH/sida. La efectividad de estos métodos está directamente ligada a su correcta utilización, lo cual puede presentar desafíos en el caso de PcD intelectual y psicosocial.

Con relación a la esterilización quirúrgica, es un procedimiento invasivo e irreversible que debe emplearse solo cuando es el método elegido consciente y voluntariamente por una persona con discapacidad sin limitaciones en su capacidad de dar su consentimiento. Esto implica una elección libre, voluntaria e informada de la usuaria. En estos casos, se debe insistir en obtener el consentimiento informado, y asegurarse de que la usuaria lo está firmando voluntariamente y comprendiendo plenamente lo relativo a la irreversibilidad del método. **En caso de adolescentes y mujeres con discapacidad que no tienen capacidad de consentir, debe evitarse la esterilización quirúrgica.**

En aquellos casos en los que la persona no manifieste su voluntad sobre la decisión de que se le practique un procedimiento de esterilización, una vez se le hayan otorgado todos los apoyos y salvaguardas para que lo haga, el procedimiento no debe practicarse. Si la adolescente o mujer, por su tipo de discapacidad no puede decidir por sí misma sobre un procedimiento médico relacionado con anticoncepción o esterilización, tal procedimiento no es necesario y, por ende, no debe llevarse a cabo, ya que esta sería una esterilización forzada.

A este respecto, **la Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (LOSDM-VLV) establece como esterilización forzada, realizar o causar intencionalmente a la mujer, sin brindarle la debida información, sin su consentimiento voluntario e informado y sin que la misma haya tenido justificación, un tratamiento médico o quirúrgico u otro acto que tenga como resultado su esterilización o la privación de su capacidad biológica y reproductiva** (artículo 19, numeral 14). La esterilización forzada es considerada un delito (Capítulo VII, artículo 67 de la LOSDMVLV), en los siguientes términos: Quien intencionalmente priva a una mujer de su capacidad reproductiva, sin brindarle la debida información, ni obtener su consentimiento expreso, voluntario e informado, no existiendo razón médica o quirúrgica debidamente comprobada que lo justifique, será sancionada o sancionado con prisión de diez a quince años y suspensión del ejercicio profesional por un tiempo de diez a quince años. Adicionalmente, se consideran circunstancias agravantes de los delitos previstos en esta Ley, las que se detallan a continuación, dando lugar a un incremento de pena de un tercio a la mitad: ... Perpetrarlo en perjuicio de personas especialmente vulnerables, con discapacidad física o mental (artículo 84, numeral 7) (22).

C. Salud prenatal y perinatal

Es importante tener presente que las características del control prenatal de las adolescentes y mujeres con discapacidad son las mismas que para la población general. El control prenatal debe ser precoz (inicio antes de las 13 semanas), periódico (según el riesgo), completo (fomento, protección, recuperación y rehabilitación de la salud) y de amplia cobertura (mayor sea el porcentaje de embarazadas controladas, mayor será el impacto positivo sobre la morbilidad y mortalidad materna y perinatal) (4).

Concentración

En gestantes de bajo riesgo: seis (6) consultas como mínimo. En alto riesgo, el número de consultas de acuerdo al riesgo de la usuaria.

Rendimiento

Gestantes de bajo o alto riesgo con discapacidad, dos (2) embarazadas por hora-médico o médica, independientemente de que sea de primera vez o sucesiva.

Según los Protocolos de Atención. Cuidados Prenatales y Atención Obstétrica de Emergencia, las mujeres de 19 años o menos son consideradas de alto riesgo tipo I. Así mismo, las personas con discapacidad intelectual o con trastornos neurológicos periféricos, son clasificadas como alto riesgo tipo II (30). Aparte de estas condiciones específicas, el riesgo prenatal se establece según la condición socioeconómica o de salud individual de cada gestante.

- 01 Considere que **las mujeres con discapacidades tienen un mayor riesgo de complicaciones en el embarazo, como parto prematuro, trastornos hipertensivos durante el embarazo, diabetes gestacional y parto por cesárea** (31, 32).
- 02 Las mujeres con discapacidades físicas, sensoriales, intelectuales y del desarrollo pueden tener un mayor riesgo de presentar varias complicaciones en el embarazo, el parto y el posparto en comparación con las mujeres sin estas discapacidades.
- 03 Es imprescindible tomar en cuenta el deseo y las necesidades de las mujeres en tomar decisiones sobre su propio cuerpo, específicamente aquellas relacionadas con el parto, sin embargo, el hallazgo más sólido se relaciona con la necesidad de la cesárea, en la que los análisis agrupados demostraron que las mujeres con cualquier discapacidad y aquellas con discapacidades físicas tenían un mayor riesgo de cesárea.
- 04 Las mujeres con alguna discapacidad intelectual y del desarrollo tienen un mayor riesgo de trastornos hipertensivos del embarazo (32).
- 05 Las mujeres con discapacidades físicas, intelectuales y sensoriales tienen un riesgo elevado de casi todos los resultados del embarazo, el trabajo de parto, el parto y el posparto inmediato, incluida la muerte materna y la morbilidad materna grave.
- 06 El aumento del riesgo puede ser el resultado de una combinación de factores de riesgo independientes, incluida la tasa más alta de intervención obstétrica por cesárea, el reconocimiento insuficiente de las mujeres con discapacidad como una población con embarazos de mayor riesgo y la falta de conocimiento o comodidad de las y los profesionales de la salud en el manejo de los embarazos entre las mujeres con discapacidad (31).
- 07 Considere estos riesgos durante el control prenatal y durante la atención del parto, pero evite intervenciones innecesarias. Maneje las situaciones inesperadas, como hemorragias, rotura uterina, trastorno hipertensivo del embarazo con signos de gravedad, igual que si la mujer no tuviera una discapacidad.
- 08 **Indique una cesárea solo cuando exista una condición obstétrica que la justifique.**
- 09 Tenga presente los criterios de atención de parto respetado y las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud para una experiencia de parto positiva. Finalmente, **estimule el apego precoz**, independientemente de la discapacidad de la mujer. La o el bebé debe ser entregado a su madre al nacer, a no ser que existan condiciones médicas que lo contraindiquen.
- 10 En caso de que el embarazo no evolucione satisfactoriamente y se presente un aborto, asegure la atención inmediata a la paciente, brindando un trato humanizado; confirme el diagnóstico y trátela según la situación obstétrica, con diligencia y empatía. Ofrezca anticoncepción posaborto, según los deseos de la mujer. Es fundamental asegurar que cada paso se lleve a cabo con celeridad y sensibilidad, reconociendo la importancia de la atención integral y respetuosa en estos momentos críticos.

D. Lactancia materna

La mayoría de las mujeres con discapacidad tienen partos por cesárea, aunque no exista indicación obstétrica, lo que podría dificultar la lactancia materna exclusiva de sus bebés. Además de los obstáculos inherentes a la discapacidad, algunos profesionales de la salud, lamentablemente, desaconsejan esta práctica, lo cual es incorrecto y constituye una mala praxis (33). Es imperativo **reconocer y promover los beneficios fundamentales de la lactancia tanto para la o el bebé como para la madre, alentando activamente el apego precoz y la participación en la lactancia materna.**

Las mujeres con discapacidad intelectual enfrentan una menor probabilidad de practicar la lactancia materna en comparación con otras mujeres. Requieren mayor orientación para comprender o aprender técnicas de alimentación, así como para conocer las diversas opciones disponibles.

- 01 Proporcione la información necesaria para que puedan tomar decisiones informadas sobre la alimentación infantil. Se requiere un enfoque personalizado que apoye a estas mujeres en la toma de decisiones e integrarlas plenamente en una red de apoyo (34).
- 02 En el caso de mujeres con discapacidad motora, enfatice la recomendación del uso de accesorios como almohadas para simplificar el proceso. Estos no solo mejoran la posición de la o el bebé, sino que también brindan un apoyo para la mujer.
- 03 Fomente la participación activa de la pareja, familiares o acompañantes en el proceso de amamantamiento.
- 04 Muestre diversas posiciones y permita que la mujer elija la que le resulte más cómoda. Si bien la cama puede ser adecuada, no es la única opción. Algunas mujeres con discapacidad motora prefieren amamantar en la silla de ruedas para mantener su movilidad.

05 La clave está en empoderar a cada mujer para que tome decisiones informadas y cómodas en su proceso de lactancia (35).

06 En mujeres con discapacidad intelectual, no está contraindicada la lactancia materna, debe prepararse a la madre, incluso desde el embarazo, incluyendo destrezas sociales para ayudar a la persona a desempeñarse de la manera más autónoma posible. Estas personas solo requieren un nivel de apoyo adicional para poder alcanzar esta meta.

La Organización Mundial de la Salud recomienda que la lactancia materna debe ser la norma en todas las mujeres, incluso en las madres epilépticas que toman fármacos antiepilépticos, a las cuales debe prestarse siempre especial atención para vigilar la aparición de efectos adversos en la o el lactante, evitando siempre el destete brusco para evitar el síndrome de abstinencia. Son muy pocos los fármacos antiepilépticos incompatibles con la lactancia materna. La decisión de amamantar debe tener en cuenta no solo el fármaco, sino su número, la dosis, los niveles séricos, los porcentajes de transmisión y eliminación en el lactante, y las condiciones de la recién nacida o recién nacido. **La etosuximida y el felbamato presentan un riesgo alto y son incompatibles con la lactancia materna. La lamotrigina, el fenobarbital, la pregabalina, la primidona, la tiagabina, la eslicarbacepina, el brivaracetam, el perampanel, la zonisamida, la lacosamida o el uso puntual y en bajas dosis de benzodiazepinas se consideran bastante seguros, con riesgo bajo para la lactancia. El resto de los fármacos antiepilépticos presenta muy bajo riesgo para la lactancia materna** (36).

E. Atención ginecológica

Concentración

Las mujeres con discapacidad y bajo riesgo ginecológico, deben recibir un control ginecológico al año. Para las mujeres de alto riesgo, el número de consultas necesarias de acuerdo al riesgo.

Siga las pautas de la Norma Oficial para la Atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva (4) y considere todas las recomendaciones establecidas para la atención gene-

ral de adolescentes y mujeres con discapacidad. Incluya todos los procedimientos necesarios para las pesquisas respectivas según los grupos de edad. No omita ninguna evaluación en razón de la limitación de la usuaria, explique la importancia de los procedimientos en forma sencilla y clara. Puede acordar con la mujer diferir algún procedimiento para un momento más conveniente. Respete siempre las decisiones de la usuaria.

F. Atención en el climaterio y la menopausia

La atención de la mujer en el climaterio y la menopausia forma parte de la atención ginecológica periódica. Recuerde que los riesgos son independientes de la presencia de la discapacidad, y van más allá del área ginecológica, por lo que debe insistir en brindar información, explicando la importancia de los estudios a realizar.

- 01 Las pesquisas a tener en cuenta son la patología endometrial, las lesiones mamarias, las alteraciones cardiovasculares y los trastornos metabólicos, el síndrome urogenital de la menopausia, los síntomas vasomotores, las alteraciones neurovegetativas y las disfunciones sexuales (4).
- 02 Las indicaciones de la terapia hormonal son individuales y deben considerar la sintomatología y su intensidad, los factores de riesgo, la historia personal y familiar, los efectos beneficiosos de la misma, los efectos adversos, y los deseos de la paciente (37).
- 03 Adicionalmente, considere las interacciones medicamentosas, tal como se describió en la sección de anticoncepción.

- 04 La terapia hormonal de la menopausia está asociada con un pequeño, pero significativo, incremento de tromboembolismo venoso (TEV) de 2 a 4 veces, comparado con placebo, sobretodo en el primer año de uso, por lo que se deben descartar los factores de riesgo para TEV que incluyen: historia previa personal o familiar, trombofilias, edad superior a 60 años, cirugía mayor, obesidad, cáncer, inmovilidad, embarazo, respuesta inflamatoria sistémica y tabaquismo.
- 05 La terapia transdérmica (en cualquiera de sus presentaciones), tiene poco o ningún efecto en la elevación de sustancias protrombóticas a nivel hepático, y más bien ejerce un efecto benéfico sobre marcadores proinflamatorios como proteína C reactiva, péptido activador de protrombina y la actividad de la antitrombina.
- 06 En el caso de terapia estrogénica local, tampoco se ha observado incremento de los casos de TEV (38).

G. Disfunciones sexuales

A pesar de que existen causas orgánicas evidentes que pueden alterar la función sexual en las personas con discapacidad, hay una serie de factores psicosociales que influyen negativamente en la sexualidad de estas personas. La disfunción sexual en presencia o ausencia de condiciones de discapacidad tiene muchas causas. Es necesario tener en cuenta los problemas orgánicos/estructurales, psicológicos o de relación, independientemente del diagnóstico de la discapacidad subyacente (39).

- 01 Los problemas estructurales que pueden contribuir a la disfunción varían ampliamente; pueden afectar al sistema circulatorio o nervioso o pueden estar asociados a anomalías en la columna vertebral que afectan a esos sistemas. El dolor o la limitación del movimiento debido a las lesiones pueden deprimir el interés en el sexo o el rendimiento sexual. La disfunción también puede ser de origen psicológico.
- 02 El tipo de disfunción sexual determina la intervención necesaria. Las causas orgánicas y psicológicas de la disfunción sexual incluyen las siguientes: a) enfermedad vascular; b) trastornos endocrinos; c) trastornos musculoesqueléticos; d) trastornos neurológicos; e) trastornos psicógenos (39).

En el ámbito de la sexualidad de adolescentes y mujeres con discapacidad, existe una serie de tabúes y prejuicios que las colocan en una posición más vulnerable ante trastornos psicosexuales, algunos de estos conceptos erróneos incluyen la creencia de que las personas con discapacidad son asexuales, deberían limitarse a tener experiencias sexuales con personas en situaciones similares, que el orgasmo es imprescindible para el disfrute sexual, y que cualquier disfunción sexual en personas con discapacidad está casi siempre vinculada a su condición. Además, persiste la idea errónea de que la educación sexual no debería impartirse a personas con discapacidad, entre otros mitos. Es fundamental reconocer que la consulta ginecológica se presenta como una oportunidad invaluable para dismantelar estos prejuicios y construir un entendimiento más justo y equitativo de la sexualidad en este contexto (40).

- 01 Recuerde que las disfunciones sexuales pueden ser predominantemente orgánicas o predominantemente psicógena.
 - 1.1 Entre las afecciones que pueden producir disfunción sexual predominantemente orgánica se encuentran: lesiones medulares, lesiones de nervios periféricos, lesiones cerebrales, alteraciones hormonales.
 - 1.2 Entre las que pueden producir disfunción sexual predominantemente psicógena, se encuentran las afectaciones del sistema musculoesquelético, trastornos sensoriales (visuales y auditivos), psicosociales y discapacidad intelectual (40).

- 02 Converse con la usuaria con naturalidad y respeto sobre su sexualidad. Si piensa que puede haber una disfunción sexual, no la atribuya a la discapacidad; aplique los cuestionarios para confirmar el diagnóstico y organice la referencia para un centro con capacidad para el manejo.

- 03 Entre las disfunciones más frecuentes en las adolescentes y mujeres con discapacidad se encuentran las siguientes:

- 3.1 el trastorno de la excitación sexual femenina que se asocia con la incapacidad de alcanzar o mantener una respuesta suficiente de lubricación/hinchazón;
- 3.2 la disfunción neurológica, que incluye problemas con el sistema nervioso autónomo, central o periférico;
- 3.3 efectos adversos de medicamentos;
- 3.4 disfunción sexual secundaria a amputaciones (39).

- 04 Las afecciones neurológicas, como la lesión de la médula espinal, la lesión cerebral traumática, el accidente cerebrovascular y la esclerosis múltiple, presentan desafíos similares. Desde un punto de vista fisiológico, ciertas disfunciones sexuales pueden explicarse sobre la base de qué partes del sistema nervioso han sido dañadas. Los problemas en el sistema nervioso central pueden estar asociados con ciertos síntomas que dependen del nivel de afectación del cerebro, la médula espinal o los nervios periféricos y pueden incluir los siguientes:

- 4.1 espasticidad,
- 4.2 incontinencia,
- 4.3 fatiga/debilidad,
- 4.4 cambios sensoriales,
- 4.5 cambios cognitivos/perceptivos (39).

- 05** La disfunción autonómica resultante de una lesión cerebral o de la médula espinal puede afectar las etapas del ciclo de respuesta sexual. Con el aumento del tono simpático, es común una constricción excesiva del flujo sanguíneo, lo que reduce la congestión de los órganos sexuales y el orgasmo. Pueden existir múltiples niveles de disfunción. El traumatismo craneoencefálico, por ejemplo, puede ir acompañado de otras lesiones (columna vertebral, lesiones de tejidos blandos, fracturas). El intestino y la vejiga neurogénicos también pueden presentar dificultades para una función sexual exitosa (39).
- 06** Ciertos medicamentos pueden provocar reacciones cruzadas entre medicamentos o un aumento de la sedación; además, la espasticidad que interfiere con el movimiento y la relajación puede reducirse con medicamentos. Los medicamentos antidepresivos pueden ayudar con la depresión que puede resultar después de una lesión traumática. En algunos pacientes, sin embargo, puede ocurrir disfunción sexual como un efecto adverso de estos medicamentos. Muchos de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, por ejemplo, pueden causar retraso en el orgasmo o disfunción eréctil (39).
- 07** Aunque la amputación de una extremidad es una causa directa poco frecuente de disfunción sexual, estas personas informan de una reducción de la libido después de la amputación. El lugar de la amputación y la etiología tienen un impacto insignificante en la sexualidad. Debido a que se preserva la función sexual en estas personas, la mayor parte de la educación y el asesoramiento en ellos involucran problemas psicológicos en lugar de deterioro neurológico (39).
- 08** Realice un examen físico completo e implemente un enfoque de equipo coordinado para evaluar posibles afecciones médicas acompañantes (fisiatras, urólogos, ginecólogos, internistas, psicólogos y terapeutas sexuales certificados). Realice una historia clínica completa de ambos miembros de la pareja y un examen físico completo, incluido un examen genitourinario. Solicite exámenes básicos de laboratorio para descartar desequilibrios hormonales o metabólicos. Revise la medicación para descartar efectos secundarios intolerables o reacciones cruzadas (39).
- 09** La consejería sexual puede ayudar a la persona a aprender a comunicar sus necesidades y sentimientos con respecto a los temas sexuales. La implementación de soluciones estratégicas puede requerir la asistencia de la pareja. A la PcD le puede resultar difícil admitir la disfunción sexual y pedir ayuda. La inclusión de los antecedentes sexuales como parte del proceso de evaluación y tratamiento valida o da permiso al paciente para incluir el funcionamiento sexual saludable como parte de los objetivos funcionales generales.
- 10** Cuando sea posible, en caso que la PcD tenga pareja estable, pida a ambos miembros de la pareja que compartan información sobre el estado funcional sexual antes y después de la discapacidad. Necesitan pensar en términos de cambios físicos y mentales y trabajar juntos, posiblemente con un consejero, para idear soluciones o estrategias óptimas de afrontamiento para esos problemas. Se anima a las parejas a utilizar un enfoque de desensibilización, regresando gradualmente a través de cada etapa del ciclo de respuesta sexual. Se aconseja que primero se acostumbren a dormir juntos de nuevo. Después de un tiempo, deben practicar una intimidad mínima, como besos, caricias y abrazos. Discuta cómo fue eso y, cuando estén listos, pídale que continúen con cada paso posterior. Esto elimina la mentalidad de tener que alcanzar el orgasmo cada vez, al tiempo que permite una mejora de la calidad de la interacción que es cómoda para ambos participantes (39).
- 11** Una vez que se identifiquen áreas específicas de disfunción, haga sugerencias para abordar esas disfunciones. Por ejemplo, el dolor y la limitación del movimiento pueden reducir el interés o afectar negativamente el rendimiento. El masaje relajante se puede incorporar a los juegos previos para reducir el dolor, los espasmos y la ansiedad. A veces se toleran mejor las posiciones acostadas de lado. La colocación estratégica de cojines o almohadas puede mejorar la experiencia de ambos miembros de la pareja. Elegir momentos más apropiados para la actividad sexual, como la mañana o después de una ducha o baño caliente, puede minimizar los factores que alientan a uno de los miembros de la pareja a evitar el contacto físico (39).

12 Las parejas necesitan comunicarse sobre los cambios sensoriales. Lo que antes era placentero puede ser irritante, y viceversa. La reducción de la sensibilidad puede ser un problema en algunas partes del cuerpo; por lo tanto, aconseje que las actividades de juegos previos se dirijan a las áreas con mejor sensación. La discusión entre los miembros de la pareja de manera relajada sobre lo que ha cambiado y el trabajo conjunto de manera creativa para optimizar el potencial restante puede conducir a mejores relaciones físicas (39).

13 Las PcD y sus parejas tienen derecho a conocer todos los aspectos de su cuerpo, los cambios que se han producido y las soluciones útiles para superar esos cambios. El personal de salud debe hacer preguntas abiertas y estar preparados para discutir parte de la fisiopatología de las disfunciones sexuales con el fin de educar y tranquilizar a ambos miembros de la pareja (39).

H. Pesquisa y tratamiento de infecciones de transmisión sexual

Ante cualquier episodio de infecciones de transmisión sexual, evalúe el riesgo de que la adolescente o mujer con discapacidad haya sido víctima de violencia sexual. Aplique las pautas generales establecidas (41).

I. Prevención y tratamiento del cáncer ginecológico

Proceda con la realización de las pesquisas ginecológicas según el riesgo y las pautas establecidas para la población general (42).

J. Asesoría en violencia sexual en adolescentes y mujeres con discapacidad

La respuesta a cada incidente de violencia sexual incluirá:

- 01 Protección, la seguridad física de la persona agredida debe ser garantizada.
- 02 Atención médica, cuyos elementos más importantes son: asegurar que personal de salud de su mismo sexo esté presente en cada examen médico y brindarle confianza, privacidad y confidencialidad, realizar un examen físico y una historia médica completa, realizar prueba de embarazo, sífilis, VIH e indicar el tratamiento que sea necesario, si la prueba de VIH es negativa debe repetirse a las 4 semanas, luego a los tres meses y después a los 6 meses, proveer consejería y contracepción de emergencia con el consentimiento informado y brindar atención médica de control.
- 03 Ayuda psicológica orientada a ayudar a la persona para entender lo que han experimentado, superar el sentimiento de culpa, estimularla para que exteriorice su rabia, ayudarla a entender que ella no es responsable del ataque, hacerles sentir que no están solas en esto, ofrecerles información sobre grupos de ayuda y otros servicios (4). En estos casos se debe **seguir el Protocolo de Manejo Clínico de Violencia Sexual del Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS)** (43).

GLOSARIO DE SIGLAS Y ACRÓNIMOS

AMPD: Acetato de medroxiprogesterona de depósito

CDPD: Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad

CONAPDIS: Consejo Nacional para las Personas con Discapacidad

DAAC: Servicios de salud que estén disponibles, que sean accesibles, aceptables y de buena calidad

DSR: Derechos sexuales y derechos reproductivos

EE: Etinilestradiol

ITS: Infecciones de transmisión sexual

LARC: Anticoncepción hormonal prolongada reversible

LGBTIQ+: Lesbiana, gay, bisexual, transgénero, transexual, travesti, intersexual, queer y otros colectivos no incluidos en las siglas

LOPNNA: Ley Orgánica para la Protección de Niños, Niñas y Adolescentes

LOSDMVLV: Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia

LSV: Lengua de señas venezolana

OPS: Organización Panamericana de la Salud

PcD: Personas con discapacidad

SIU-LNG: Sistema intrauterino liberador de levonorgestrel

SSR: Salud sexual y reproductiva

TEV: Tromboembolismo venoso

VBG: Violencia basada en género

VIH: Virus de inmunodeficiencia humana

WHA74,8: Resolución de la Asamblea Mundial de la Salud sobre el más alto nivel posible de salud para las PcD

LISTA DE CHEQUEO

A. Generales

01. Comunicación

Llamó a la persona por su nombre, se comunicó de manera respetuosa dedicando el tiempo suficiente, dirigiéndose directamente a la usuaria, evitó frases compasivas, se aseguró que comprendió la información usando un lenguaje claro y adaptado a ella. **Apoyo funcional:** preguntó a la usuaria si necesita ayuda y si la respuesta es positiva consultó sus preferencias para recibirla, solicitó permiso para manipular las ayudas técnicas (bastón, silla de ruedas, otros).

02. Ambiente

Garantizó la confidencialidad, hay acceso a los diferentes espacios incluyendo baños, el mobiliario médico permite adaptaciones, ej camilla ginecológica.

03. Atención específica SSR

Durante la entrevista abarcó los mismos temas que se abordan para usuarias sin discapacidad, incluyendo la esfera sexual. Ofreció y dispensó, si así lo quiso la usuaria, los servicios que forman parte de la atención rutinaria (ej. citología, planificación familiar, exámenes paraclínicos, asesoría preconcepcional, prevención ITS, etc.), realizó el examen físico incluyendo examen ginecológico según los requerimientos usuales. Explicó claramente los procedimientos y siguientes pasos al terminar la consulta.

04. Consentimiento informado

Para procedimientos que así lo requieren, como por ej. dispensación de métodos anticonceptivos, la usuaria comprendió el consentimiento informado, se le permitió consultar dudas y lo firmó de manera autónoma.

Tomó en cuenta Artículo 50 LOPNNA a partir de los 14 años las adolescentes tienen derecho a consentir sin requerir de un/a adulto/a.

05. Información para la usuaria

Tiene disponible material edu-comunicativo sobre temas claves en SSR adaptados para mujeres con discapacidad y para diferentes barreras. Dispone de información clara y específica sobre servicios a los que podría ser referida la usuaria. (ej. psicología, órganos de protección, especialidades médicas, otros).

06. Educación

Incluyó contenidos para desmitificar y contrarrestar los prejuicios que rodean la sexualidad de las personas con discapacidad.

B. Barreras sociales

Discapacidad intelectual

Evaluó mediante informe, entrevista, u otro, el grado de discapacidad:

- 01** Discapacidad intelectual leve a moderada:
 - 1.1** Se dirigió a la usuaria usando un lenguaje acorde a su edad cronológica.
 - 1.2** Las decisiones sobre si atención fueron tomadas por la usuaria.
- 02** Discapacidad intelectual grave:
 - 2.1** Tomó en cuenta a la usuaria evaluando sus reacciones, vinculación con la persona cuidadora, la tomó en cuenta como parte de la entrevista adaptando las formas de comunicación.
 - 2.2** La persona cuidadora comprendió completamente las indicaciones y hallazgos de la consulta.

Discapacidad psicosocial

01 Comunicación:

Mantuvo la calma, usó un tono de voz tranquilo, no expresó juicios de valor, utilizó técnicas para manejar situaciones de estrés, como por ej. cambiar el tema de la conversación; respetó las pausas necesarias para la usuaria.

02 Acompañante:

Tomó en cuenta al acompañante y le permitió participar en la entrevista de manera respetuosa y cordial.

C. Barreras de infraestructura y comunicacionales

Discapacidad motora

- 01** Con una persona en silla de ruedas para la entrevista se colocó, frente a ella y a la misma la misma altura.

Discapacidad auditiva

- 01** Identificó la modalidad comunicativa de la usuaria (lenguaje de señas venezolano, a través de familiar, interprete, lecto escritura) y procuró la disponibilidad de la misma.
- 02** Utilizó diferentes recursos para lograr la comprensión de la usuaria: ambiente sin mucho ruido, gesticulación, recursos escritos o gráficos, posición según el oído de mejor audición, otros.
- 03** Para usuarias con lectura labial:
 - 3.1** Se situó a menos de 1 metro.
 - 3.2** Se dirigió a ella de frente en un espacio bien iluminado, a su altura y evitando tapar su boca con la mano u objeto.
 - 3.3** Esperó a que la usuaria lo/la mirara o llamo su atención discretamente antes de hablarle.
 - 3.4** Vocalizó adecuadamente, sin lenguaje infantil, a una velocidad normal (no muy rápida o lenta).
- 04** Ayudó a la comunicación con gestos naturales que le sirvan de apoyo, o bien con alguna palabra escrita.

Discapacidad visual

- 01 Se identificó claramente, describió el ambiente de manera detallada, incluyendo el baño cuando sea pertinente, explicó planes y procedimientos.
- 02 En caso de requerir ayuda para la movilidad, le consultó específicamente cómo la quiere recibir, ej. ofreciéndole su brazo como apoyo.
- 03 Dio indicaciones especificando: arriba, abajo, delante, detrás, a tu derecha, a tu izquierda, etc., manteniendo comunicación constante que aseguró a la usuaria seguridad y control de la situación.
- 04 Preguntó a la persona si tiene restos de visión y de ser así se adaptó para tener el máximo de su beneficio, por ej. situándose en el lugar más visible para la usuaria.

D. Recomendaciones por línea de atención de SSR

Atención integral en las adolescentes con discapacidad, embarazada o no

- 01 **Trató a la adolescente como sujeta de derecho acorde a la ley, igual que a adolescentes sin discapacidad, incluyendo asesoría y atención para diagnóstico y prevención de ITS, violencia sexual, planificación familiar, etc.**

Planificación familiar

- 01 **Consideró las preferencias individuales, las características de la discapacidad y las particularidades de cada método anticonceptivo**
- 02 **Consideró como opción a los métodos LARC (anticoncepción prolongada reversible) de particular utilidad para anticoncepción pos evento obstétrico y para PcD sensorial, intelectual o psicosocial.**
- 03 **Para mujeres con alteración de la circulación o inmovilidad de extremidades, consideró evitar anticonceptivos hormonales con estrógenos (combinados) por el riesgo de enfermedad tromboembólica.**
- 04 **Revisó las interacciones entre anticoncepción hormonal y cualquier fármaco que la usuaria con discapacidad esté recibiendo, incluyendo tratamiento anticonvulsivante inductor de las enzimas hepáticas.**
- 05 **Asesoró sobre el uso de preservativos como anticonceptivo doble protección.**
- 06 **Para dispensar un anticonceptivo o realizar una esterilización quirúrgica, la usuaria, de manera autónoma, firmó un consentimiento informado, después de entender y tener espacio para preguntar y aclarar todas sus dudas.**

Salud prenatal y perinatal para adolescentes y mujeres con discapacidad

- 01 **Consideró que, según la discapacidad hay mayor riesgo de complicaciones, de muerte materna y de morbilidad materna grave, en comparación con las mujeres sin estas discapacidades.**
- 02 **Manejó las situaciones inesperadas igual que si la mujer no tuviera una discapacidad.**
- 03 **Tomó en cuenta los criterios de atención de parto respetado y las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud para una experiencia de parto positiva.**
- 04 **Para realizar una cesárea tomó en cuenta indicaciones obstétricas y no la condición de discapacidad por sí misma.**

Lactancia materna para adolescentes y mujeres con discapacidad

- 01 **Hizo promoción de lactancia materna igual que para mujeres sin discapacidad, incluyendo a mujeres con discapacidad intelectual, dando información adaptada a cada una.**
- 02 **En el caso de mujeres con discapacidad motora, hizo recomendaciones como uso de accesorios como almohadas para simplificar el proceso, posibilidad, si es su preferencia, de amamantar en la silla de ruedas.**
- 03 **Fomentó la participación activa de la pareja, familiares o acompañantes en el proceso de amamantamiento.**
- 04 **Tomó en cuenta posibles interacciones de medicamentos (la etosuximida y el felbamaato presentan un riesgo alto y son incompatibles con la lactancia materna). Lamotrigina, el fenobarbital, la pregabalina, la primidona, la tiagabina, la eslicarbacepina, el brivaracetam, el perampanel, la zonisamida, la lacosamida o el uso puntual y en bajas dosis de benzodiacepinas se consideran bastante seguros, con riesgo bajo para la lactancia. El resto de los fármacos antiepilépticos presenta muy bajo riesgo para la lactancia materna.**

Atención ginecológica para mujeres con discapacidad

- 01 Consideró todas las recomendaciones establecidas para la atención general de adolescentes y mujeres con discapacidad. Incluyó todos los procedimientos necesarios para las pesquisas respectivas según los grupos de edad

Atención en el climaterio y la menopausia para mujeres con discapacidad

- 01 Consideró todas las recomendaciones establecidas para la atención general de mujeres con discapacidad. Incluyó todos los procedimientos necesarios para las pesquisas respectivas y asesoría de síntomas.
- 02 Para indicar terapia hormonal de la menopausia descartó los factores de riesgo para tromboembolismo venoso que incluyen: historia previa personal o familiar, trombofilias, edad superior a 60 años, cirugía mayor, obesidad, cáncer, inmovilidad, embarazo, respuesta inflamatoria sistémica y tabaquismo.

Disfunciones sexuales en personas adolescentes y personas con discapacidad

- 01 Conversó con la usuaria con naturalidad y respeto sobre su sexualidad. Si hay una disfunción sexual, no la atribuyó a la discapacidad; aplicó los cuestionarios para confirmar el diagnóstico y organizó la referencia para un centro con capacidad para el manejo.
- 02 Evitó tabúes y prejuicios en el ámbito de la sexualidad de adolescentes y mujeres con discapacidad.
- 03 Realizó una historia clínica completa de ambos miembros de la pareja (si tiene pareja la usuaria) y un examen físico completo, incluido un examen genitourinario.
- 04 Revisó la medicación para descartar efectos secundarios intolerables o reacciones cruzadas.

Violencia sexual en adolescentes y mujeres con discapacidad

- 01 Tomó en cuenta la posibilidad de violencia sexual al atender a la mujer con discapacidad
- 02 Si hizo un diagnóstico de violencia sexual, actuó acorde al Protocolo Nacional de Manejo Clínico de Violencia Sexual
- 03 Conoce los principios para brindar primeros auxilios psicológicos.

REFERENCIAS

1. Mogollón ME. Cuerpos diferentes. Sexualidad y reproducción en mujeres con discapacidad [Internet]. Ciudad de México: Universidad Autónoma de México; s/f [consultado noviembre de 2023]. Disponible en: <http://catedra-laicidad.unam.mx/sites/default/files/Cuerposdiferentes.pdf>
2. Visibilizar, incluir, participar estrategia vip orientaciones para promover los derechos de las personas con discapacidad en el trabajo del Fondo de Población de las Naciones Unidas en América latina y el caribe 2019 - 2021 [Internet]. Nueva York: UNFPA, 2019 [consultado 23 de julio de 2023]. Disponible en: <https://lac.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/UNFPA-Info-Discapacidad%200304%20%281%29.pdf>
3. Naciones Unidas. Convención Sobre Los Derechos De Las Personas Con Discapacidad [Internet]. 2006 [consultado 23 de julio de 2023]. Disponible en: <https://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>
4. Norma Oficial Para la Atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva [Internet]. Caracas: Ministerio del Poder Popular para la Salud; UNICEF; OPS; UNFPA; 2013 [consultado 1 de noviembre de 2023]. Disponible en: https://venezuela.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/NormaOficial%20SSR%202013_1.pdf
5. Polanco L, Martín JL. Conocimientos, actitudes y prácticas de familias de adolescentes con discapacidad cognitiva en sexualidad y afectividad. *Divers: Perspect Psicol*. 2017; 13(2). DOI: 10.15332/s1794-9998.2017.0002.04
6. Organización Panamericana de la Salud [Internet]. Nueva York: Discapacidad; s/f [consultado 21/7/23]. Disponible en: <https://acortar.link/gLP60z>
7. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Ginebra: Discapacidad; 2023 [actualizado 7/3/23; consultado 21/7/23]. Disponible en: <https://acortar.link/ICILv>
8. Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud. Versión abreviada Organización Mundial de la Salud 2001-Edita: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). Consultado 26 diciembre 2024. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/43360/9241545445_spa.pdf
9. Directrices para una comunicación inclusiva de la discapacidad [Internet]. Nueva York: Naciones Unidas; 2022 [consultado 10 de octubre de 2023]. Disponible en: https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/2204195_s_undis_communication_guidelines.pdf
10. UNFPA; CONAPDIS. InVisibles: Guía de orientaciones para acciones de prevención y respuesta a la violencia basada en género contra adolescentes y mujeres con discapacidad [Internet]. Caracas: Fondo de Población de las Naciones Unidas; Consejo Nacional para Personas con Discapacidad; 2022. Disponible en: https://venezuela.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/guia_visibles_prevencion_vbg_pcd.pdf
11. Fondo de Poblaciones de Naciones Unidas [Internet]. Nueva York: Cinco cosas que no sabías sobre la discapacidad y la violencia sexual; 2018 [consultado 10 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.unfpa.org/es/news/cinco-cosas-que-no-sabias-sobre-la-discapacidad-y-la-violencia-sexual>
12. Censo de Población y Vivienda 2011 [Internet]. Caracas: Instituto Nacional de Estadística República Bolivariana de Venezuela; 2014 [consultado 6 diciembre de 2023]. Disponible en: http://www.ine.gov.ve/index.php?option=com_content&view=category&id=95&Itemid=26
13. Pérez De Gregorio R. Derechos sexuales y reproductivos. *Rev Obstet Ginecol Venez* [Internet]. 2014 [consultado 22 de julio de 2023];74(2):73-77. Disponible en: https://www.sogvzla.org/wp-content/uploads/2023/03/2014_vol74_num2_2.pdf

14. Fondo de Poblaciones de Naciones Unidas [Internet]. Nueva York: Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo [consultado 8 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.unfpa.org/es>
15. Losada AV, Muñiz AM. Sexualidad en sujetos con discapacidad intelectual. Mitos y prejuicios como factores de riesgo y vulnerabilidad al abuso sexual. *Rev Dig Prospect Psicol.* 2019;3(2). Disponible en: <https://repositorio.uca.edu.ar/bitstream/123456789/12792/1/sexualidad-sujetos-discapacidad.pdf>
16. World Health Organization [Internet]. Ginebra: 74a Asamblea Mundial de la Salud. WHA74.8. El más alto nivel posible de salud para las personas con discapacidad. 2021 [actualizado 31/5/2021; consultado 21/7/23]. Disponible en: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA74/A74_R8-sp.pdf
17. Constitución de la República Bolivariana de Venezuela [Internet]. Gaceta Oficial Extraordinaria de la República Bolivariana de Venezuela 36.860 (30 de diciembre de 1999) [consultado 23 de julio de 2023]. Disponible en: https://www.oas.org/dil/esp/constitucion_venezuela.pdf
18. Ley Para Las Personas Con Discapacidad [Internet]. Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela Número 38 598 (5 de enero de 2007) [consultado 23 de julio de 2023]. Disponible en: <https://acortar.link/v8t2vQ>
19. Ley Orgánica Para la Protección de Niños, Niñas y Adolescentes [Internet]. Gaceta Oficial Extraordinaria de la República Bolivariana de Venezuela 5 859 (10 de diciembre de 2007). [consultado 10 de julio de 2022]. Disponible en: <https://acortar.link/IDjWLD>
20. Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia [Internet]. Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela 38 668 (23 de abril de 2007) [consultado 10 de julio de 2022]. Disponible en: <http://historico.tsj.gob.ve/gaceta/abril/230407/230407-38668-02.html>
21. Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia [Internet]. Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela 40 548 (25 de noviembre de 2014) [consultado 10 de julio de 2022]. Disponible en: <http://www.tsj.gob.ve/gaceta-oficial>
22. Ley Orgánica de Reforma a la Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia [Internet]. Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela 6667 (16 de diciembre de 2021) [consultado 10 de julio de 2022]. Disponible en: <http://www.tsj.gob.ve/gaceta-oficial>
23. Ley Orgánica del Trabajo, los Trabajadores y las Trabajadoras [Internet] Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela Número 6 076 Extraordinaria (7 de mayo de 2012) [consultado 23 de julio de 2023]. Disponible en: https://oig.cepal.org/sites/default/files/2012_leyorgtrabajo_ven.pdf
24. Ley Especial para las Trabajadoras y Trabajadores con Discapacidad [Internet] Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela Número 6 735 Extraordinaria (27 de enero de 2023) [consultado 16 de septiembre de 2023]. Disponible en: <http://www.tsj.gob.ve/gaceta-oficial>
25. Ley para la Atención Integral a las Personas con Trastorno del Espectro Autista [Internet] Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela Número 6 744 Extraordinaria (24 de abril de 2023) [consultado 23 de julio de 2023]. Disponible en: <http://www.tsj.gob.ve/gaceta-oficial>
26. Jensen SLB, Donald K. Haciendo realidad los derechos humanos a través de los Objetivos de Desarrollo Sostenible: el papel de las instituciones nacionales de derechos humanos [Internet]. Center for Economic and Social Rights; 2015 [consultado 10 de octubre de 2023]. Disponible en: https://www.humanrights.dk/sites/humanrights.dk/files/media/migrated/nhri_briefing_paper_spanish.pdf
27. Pérez Monteverde A, Cortiñas P, Fuenmayor Y, Fung L, López JL, García Mac Gregor E. Situaciones especiales en medicina interna. En: Bajares de Lilue M, Pizzi La Veglia R, editoras. *Consenso: Anticoncepción hormonal 2013*. Caracas: Editorial Ateproca; 2013. p.53-76.
28. Bajares de Lilue M, González Blanco M, Pizzi La Veglia R. *Consenso Venezolano de Anticoncepción Hormonal: Actualización 2023*. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 2024; 84 (sup 1): 1-144. DOI: 10.51288/00845100
29. Moreno-Arrones JP, Nuñez V. *Glaucoma y mujer* [Internet]. Madrid: Asociación de glaucoma para afectados y familiares; 2019 [consultado 1 de noviembre de 2023]. Disponible en: <https://www.esvision.es/wp-content/uploads/2019/07/Documento-Glaucoma-y-Mujer.pdf>

30. Castellanos D, Toro Merlo J, González Blanco M. Protocolos de atención. Cuidados prenatales y atención obstétrica de emergencia [Internet]. Caracas: Ministerio del Poder Popular para la Salud; UNICEF; OPS; UNFPA; 2013 [consultado 1 de noviembre de 2023]. Disponible en: <https://venezuela.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Protocolo%20Atencion%20Obstetrica.pdf>
31. Gleason JL, Grewal J, Chen Z, Cernich AN, Grantz KL. Risk of Adverse Maternal Outcomes in Pregnant Women with Disabilities. *JAMA Netw Open*. 2021;4(12):e2138414. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2021.38414.
32. Tarasoff LA, Ravindran S, Malik H, Salaeva D, Brown HK. Maternal disability and risk for pregnancy, delivery, and postpartum complications: a systematic review and meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol*. 2020;222(1):27.e1-27.e32. DOI: 10.1016/j.ajog.2019.07.015.
33. Buor D, Obosu RA, Agyemang S. Exploring the Challenges Facing Women with Disabilities in Exclusive Breastfeeding, in a Metropolitan Area in Ghana: A Qualitative Study. *Matern Child Health J*. 2022;26(9):1854-1860. DOI: 10.1007/s10995-022-03478-3.
34. Dowling S, Douglass E, Lucas G, Johnson C. Supporting women with learning disabilities in infant feeding decisions: UK health care professionals' experiences. *Matern Child Nutr*. 2023;19(1):e13432. DOI: 10.1111/mcn.13432.
35. Warkentin T, Hermann S, Berndt A. Breastfeeding positions and techniques used by Canadians with physical disabilities. *Disabil Health J*. 2021;14(4):101151. DOI: 10.1016/j.dhjo.2021.101151.
36. Cabo I, Canneti B, Puy A. Epilepsia y lactancia materna: del mito a la realidad. *Neurol*. 2019; 69(2):68-76. DOI: 10.33588/rn.6902.2019037.
37. Bajares de Lilue M, Pizzi La Veglia R. Consenso menopausia. Pautas para el tratamiento. *Rev Obstet Ginecol Venez* [Internet]. 2018 [consultado 1 de noviembre de 2023];78(Supl 1): S13 - S26. Disponible en: https://www.sogvzla.org/wp-content/uploads/2023/03/2018_vol78_num1_5.pdf
38. Feijó J, Fernández J, Pizzi R. Consenso menopausia. Enfermedad cardiovascular y terapia hormonal. *Rev Obstet Ginecol Venez* [Internet]. 2018 [consultado 10 de enero de 2024];78(Supl 1): S27 - S39. Disponible en: https://www.sogvzla.org/wp-content/uploads/2023/03/2018_vol78_num1_6.pdf
39. Klein MJ. *Sexuality and Disability*. Newark NJ: Medscape: Drugs and Diseases; 2023 [actualizado 7 de marzo de 2023; consultado 10 de enero de 2024]. Disponible en: <https://emedicine.medscape.com/article/319119-overview?form=fpf#a2>
40. Castillo JJ, Mena Quiñones O. Disfunciones sexuales de los discapacitados. *Sex y Soc* [Internet]. 1995 [consultado 1 de noviembre de 2023]; 1(2):22-23. Disponible en: <https://revsexologiaysociedad.sld.cu/index.php/sexologiaysociedad/article/download/57/106>
41. Workowski KA, Bachmann LH, Chan PA, Johnston CM, Muzny CA, Park I, et al. Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines, 2021. *MMWR Recomm Rep*. 2021 Jul 23;70(4):1-187. DOI: 10.15585/mmwr.rr7004a1.
42. Saslow D, Solomon D, Lawson HW, Killackey M, Kulasingam SL, Cain J, et al; American Cancer Society; American Society for Colposcopy and Cervical Pathology; American Society for Clinical Pathology. American Cancer Society, American Society for Colposcopy and Cervical Pathology, and American Society for Clinical Pathology screening guidelines for the prevention and early detection of cervical cancer. *Am J Clin Pathol*. 2012 Apr;137(4):516-42. DOI: 10.1309/AJCPTG-D94EVRJCG.
43. Ministerio del Poder Popular para la Salud. Protocolo para el Manejo Clínico de la Violencia Sexual [Internet]. Caracas: MPPS; Fondo de Poblaciones de Naciones Unidas (UNFPA); Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA); 2020 [consultado 10 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://venezuela.unfpa.org/es/publications/protocolo-nacional-para-el-manejo-cl%C3%ADnico-de-la-violencia-sexual>