

# L a fertilidad de las personas con una discapacidad física de origen neurológico.

**M. Luisa Curcoll Gallemí**

*Unidad de Sexualidad y Reproducción Asistida. Fundació Institut Guttmann.*

*Garcilaso, 57 - 080027 - Barcelona - Fax: 93 349 32 37*

## RESUMEN

Las personas con una discapacidad física pueden ver afectadas sus posibilidades de reproducción en distinta medida. Las nuevas tecnologías permiten acceder a un buen número de estas personas a la maternidad o paternidad deseadas. Durante el proceso de rehabilitación en un centro especializado deben poder atenderse las necesidades de educación, consejo y tratamiento reproductivo para dar respuesta a los derechos que toda persona tiene a la salud sexual y reproductiva. La orientación psicosexual debe formar parte de los programas de rehabilitación para las personas con discapacidad. En el Institut Guttmann de Barcelona se creó en 1996 la Unidad de Sexualidad y Reproducción Asistida (U.S.R.A.) para coordinar la tarea del equipo de rehabilitación en este campo.

## PALABRAS CLAVE

Discapacidad física, infertilidad, reproducción, maternidad y paternidad, rehabilitación psicológica

## RESUMEN

**Reproduction capabilities of physical disabled people can be affected in different ways. New technologies allow many of them to enjoy their desired motherhood or fatherhood. During the rehabilitation process in a specialized center, their needs of education, counseling and reproductive treatment should be attended to guarantee their rights of sexual and reproductive health. Psychosexual approach must be included in rehabilitation programs for physical disabled people. The Institut Guttmann in Barcelona created in 1996 the U.S.R.A. (Sexuality and Assisted Reproduction Unit) to coordinate the rehabilitation team's task in that field.**

## PALABRAS CLAVE

**Physical disabilities; infertility; reproductive technologies; motherhood and fatherhood; psychological rehabilitation.**

## I. FERTILIDAD Y DISCAPACIDAD

La población con una discapacidad física de origen neurológico ha visto, en los últimos años, incrementar de forma espectacular sus posibilidades de fertilidad gracias a los avances de la técnica y de sus aplicaciones al campo de la medicina de la reproducción. Ello no es sino un reflejo de éste mismo fenómeno en la población general.

Hay que tener en cuenta que no todas las personas con una discapacidad de origen neurológico, ni todas las patologías que cursan con una discapacidad, presentan los mismos problemas en la función reproductora. Nos centraremos en las lesiones de médula espinal a modo de ejemplo, considerando en primer lugar la diferente situación de las mujeres y de los hombres:

En el caso de la mujer con lesión medular y en edad reproductiva, su fertilidad puede verse afectada durante el periodo que sigue a la instauración de la lesión debido al shock inicial, que puede causar una amenorrea hipotalámica de unos meses de duración. Fuera de éste primer momento, la mujer es capaz de procrear aunque durante el embarazo pueden darse algunas complicaciones por lo que se requiere un control médico más estricto de lo habitual, llevado a cabo por un equipo conocedor del tema (Ver CUA-DRO I).

Cuadro I: Problemas médicos habituales en el embarazo de la mujer con lesión medular y su tratamiento

PROBLEMA	PREVENCIÓN y TRATAMIENTO
-Infección de orina y pielonefritis	-Utilización de sonda permanente -Antibioticoterapia
-Anemia severa	-Suplementos de hierro
-Incremento de la espasticidad	-Transfusión si es preciso (puede ser signo de parto pre término)
-Trombosis venosa	-No se aconseja anticoagulación profiláctica. -Heparina en caso necesario
-Ulceras por decúbito	-Vigilar el incremento de peso -Cambiar a una silla más grande -Exploración de la piel en las visitas prenatales
-Disminución de la función pulmonar	-Ventilación mecánica si es necesario
-Disreflexia autónoma	-Evitar estímulos desencadenantes -Tratamiento médico durante crisis -Evitar la hipotensión -Anestesia epidural previa a la manipulación intraparto
-Vejiga e intestino neurógenos	-Sonda permanente -Mayor uso de laxantes

Adaptado de Salvador Alarcón, C. 1998

En el caso del varón afectado por una lesión medular el mecanismo de la eyaculación se verá influido en mayor o menor grado según las características de la lesión, aunque ésta no influye directamente en la producción de espermatozoides. Debemos tener en cuenta que menos de un 10% de los varones lesionados medulares consiguen eyacular durante la actividad sexual. La dificultad principal radica, pues, en conseguir depositar el semen en el cuello del cérvix de la mujer. Ello puede conseguirse mediante diversos métodos de obtención seminal y una posterior inseminación a la pareja. En algunos ca-

sos estas técnicas son simples (Inseminación Artificial Conyugal Paracervical), incluso se ha dado el caso de instruir a la misma pareja para llevarlas a cabo en la intimidad, observando simplemente precauciones higiénicas y una vez descartada por el médico la posible infección seminal que, de existir, debe ser tratada con antibióticos. En otros casos puede necesitarse la aplicación de técnicas más complejas que deben ser realizadas por un equipo experto que conozca las complicaciones que puede presentar el paciente a quien se aplican, debido al riesgo de disreflexia neurovegetativa especialmente en le-

siones por encima del sexto segmento neurológico dorsal (Ver CUADRO II). Una de las técnicas más utilizadas es la vibroestimulación, que consiste en la aplicación de un vibrador a nivel del glande, a una frecuencia y amplitud de onda determinadas, en aquellos lesionados medulares con el arco reflejo conservado. Otra técnica eficaz es la electroeyaculación que consiste en la obtención de semen a partir de una estimulación eléctrica, a través de una sonda anal, de las fibras mielínicas preganglionares del plexo hipogástrico.

En algunos casos pueden darse anomalías de los parámetros seminales a causa de la denervación, total o parcial, del epidídimo y deferentes o de otras disfunciones relacionadas más o menos directamente con la lesión medular. Estas anomalías requieren un estudio y manipulación seminal y la utilización de los métodos habituales en medicina de la reproducción (FIV, ICSI)

En cualquier caso, es importante el estudio previo de los dos miembros de la pareja para optimizar la relación costo / beneficio de las distintas técnicas (Ver CUADRO III).

## 2. - LA UNIDAD DE SEXUALIDAD Y REPRODUCCIÓN ASISTIDA (U.S.R.A.)

A mediados de los años 80 empezaron a popularizarse nuevas técnicas médicas para tratar la disfunción de la erección en el hombre lesionado medular así como para tratar los problemas de infertilidad. Para seguir la filosofía de la «Rehabilitación Integral», propugnada por el Institut Guttmann desde sus orígenes en 1965 y base de su tratamiento multidisciplinar de las personas con lesión medular, se inició en el año 1986 un programa de orientación sexual de amplio espectro del cual se me encargó su diseño. A partir de aquí se creó la Unidad de Sexualidad y Reproducción Asistida (U.S.R.A.), que es la unidad funcional que coordina este tema.

Cuadro II: Técnicas para la obtención de semen

- Masturbación
- Inyecciones intratecales de neostigmina y prostigmina
- Vibroestimulación
- Electroeyaculación
- Inyecciones subcutáneas de fisiostigmina + estimulación
- Combinado de fármacos con vibroestimulación y electroeyaculación
- Estimulación del plexo hipogástrico

Adaptado de Vidal, J. 1993

Cuadro III: Anomalías más habituales de los parámetros seminales en el hombre con lesión medular y su tratamiento

PROBLEMA	TRATAMIENTO
Disminución del volumen	I.A.C.P
Oligozoospermia	I.A.C.P. I.A.C.I. (con lavado y capacitación del semen)
Astenozoospermia	I.A.C.I. (con lavado y capacitación del semen)
Teratozoospermia	I.A.C.I (con lavado y capacitación del semen) F.I.V o I.C.S.I (si es severa)
Patologías asociadas (el caso más cuente)	La técnica a usar dependerá del grado de las anomalías seminales

Adaptado de Brassesco, M, 1998

En esta Unidad participan diversos profesionales, que están coordinados actualmente por un médico especialista en neurorrehabilitación (J.Vidal) y una psicóloga clínica especialista en sexología (M.LL. Curcoll). A partir de su creación, la USRA ha ido incorporando nuevos procedimientos y técnicas para dar respuesta a la, cada vez mayor, demanda y ha ampliado su ámbito de intervención para dar cabida a otros colectivos de personas afectadas por diversos tipos de discapacidades físicas motoras tales como Traumatismo Cráneo Encefálico, Distrofia Muscular, Accidente Vascular Cerebral, Esclerosis Múltiple, etc.

Los objetivos primordiales de la U.S.R.A. son:

- a) **PROMOCIÓN** de la salud sexual, facilitando la expresión de sentimientos, dudas y preocupaciones referentes a todos los aspectos relacionados con la sexualidad y fertilidad y favoreciendo el respeto a la intimidad y peculiaridades de cada persona atendida.
- b) **EDUCACIÓN** sexual, informando de forma colectiva e individual de las consecuencias de la discapacidad en la respuesta sexual, en la planificación de la natalidad y en las relaciones de pareja. Se informa asimismo de las alternativas y programas de rehabilitación y tratamiento disponibles.

c) **ORIENTACIÓN** y asesoramiento personalizado, en aquellos casos y momento en los que se considera oportuno, para ayudar en la toma de decisiones al individuo y a las parejas que lo desean.

d) **TRATAMIENTO** y rehabilitación de aquellas disfunciones susceptibles de mejorar, directa o indirectamente, capacitando en habilidades y recursos a la persona interesada y, en su caso, a la pareja mediante programas terapéuticos multidisciplinarios.

res específicos que se adecuen a las necesidades de cada caso.

### 3. ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE EL PROCESO DE ADAPTACIÓN A LA DISCAPACIDAD

Tal como hemos mencionado, la USRA se creó en el contexto de un centro dedicado a la rehabilitación integral de la discapacidad de origen neurológico, en este sentido siempre hemos considerado los aspectos sexuales y reproductivos como parte de un todo, basándonos en la concepción de la persona como una unidad en la que se combinan estructural y dinámicamente lo biológico, lo psicológico, lo social y lo cultural. Ello es así especialmente en el caso de aquellas personas que son atendidas durante el periodo de rehabilitación inicial después de la instauración de su discapacidad. La premisa fundamental de la rehabilitación es la utilización máxima del potencial y recursos disponibles con el objetivo de conseguir el funcionamiento óptimo del

Cuadro IV: Fases de la rehabilitación e intervención desde la U.S.R.A.

FASE	TIPO DE INTERVENCIÓN
Fase aguda	-Facilitar expresión sentimientos y preocupaciones -Inclusión de preguntas clave en la historia médica -Información progresiva de las secuelas
Fase de rehabilitación funcional	-Grupos psicoeducativos -Información escrita -Orientación y apoyo personalizado
Fase de reintegración social	-Facilitar acceso a los recursos normalizados -Análisis de la información recibida y corrección de los posibles errores -Consejo reproductivo y/o anticoncepción -Entrenamiento en técnicas para conseguir la erección y/o eyaculación.
Después del alta	-Revisión periódicas -Revisión ginecológica anual -Tratamiento de las disfunciones que se puedan presentar.

Curcoll, M.LI. 2000

## DOSSIER

individuo como ser humano, centrándose en los aspectos positivos de la salud tanto o más que en el tratamiento de la patología de un sistema orgánico determinado.

A grandes rasgos podemos dividir el proceso de rehabilitación en tres fases: fase aguda o de crisis, fase de rehabilitación funcional y fase de integración social. Sin duda esta distinción es arbitraria, su duración es variable y sus características dependen en gran manera del contexto ecológico e institucional en el que se da la rehabilitación. En la práctica las distintas fases se superponen, sin embargo pensamos que su distinción contribuye a organizar y estructurar mejor la asistencia y orientación (Ver CUADRO IV).

**Fase aguda:**

La instauración de una discapacidad, bien sea de origen traumático o por enfermedad y especialmente en el caso de instauración súbita, puede provocar una importante reacción psicológica congruente con la amenaza percibida por el sujeto a su propia integridad y supervivencia. Es posible que en este momento inicial, una vez pasado el peligro vital y cuando se va constatando la posibilidad de secuelas permanentes importantes, la persona afectada y su entorno próximo, padres o pareja, empiecen a preguntarse por las repercusiones sobre la sexualidad y fertilidad. Especialmente entre las parejas jóvenes con proyectos inmediatos de paternidad o maternidad, este tema puede ser uno de los iniciales a preguntar al médico, quizá antes que otros aspectos como el andar o la reintegración laboral, por ejemplo. En otros casos, este tema se evita hasta pasado un tiempo en el que hay más seguridad sobre el mantenimiento de la salud.

En esta fase inicial los diversos profesionales del equipo asistencial incluyen en la anamnesis y exploración los aspectos relativos a la sexualidad y reproducción y van respondiendo de forma paulatina a las preguntas que se les va haciendo, informando al mismo tiem-

po que existe la Unidad de Sexualidad y Reproducción a la que podrán acudir cuando lo deseen.

**Fase de rehabilitación funcional:**

El tratamiento de rehabilitación puede conceptualizarse como un proceso de aprendizaje en el que, junto con el importante trabajo emocional necesario para asimilar la nueva situación, se imponen cambios en el estilo de vida, en la imagen corporal y en las relaciones con los demás, y en bastantes ocasiones cambios importantes en los roles familiares y en el estatus laboral. Todo ello supondrá con toda probabilidad un cambio en el sistema de creencias y de valores.

---

***La sexualidad y la fertilidad se incluye de forma cada vez menos excepcional como un aspecto a rehabilitar dentro del modelo integral de la rehabilitación,***

---

La sexualidad y la fertilidad se incluye de forma cada vez menos excepcional como un aspecto a rehabilitar dentro del modelo integral de la rehabilitación, considerándose un derecho dentro del colectivo de personas con necesidades físicas especiales. El sentimiento de adecuación sexual y el placer y autoestima derivados de ello contribuyen a contrarrestar las emociones negativas centradas en las pérdidas y carencias. En esta fase intermedia de la rehabilitación se proporciona información genérica a todas las personas ingresadas, a través de su participación voluntaria en grupos psicoeducativos y mediante infor-

mación adicional por escrito. Al mismo tiempo se les motiva para solicitar visita a los profesionales de la USRA para personalizar la información.

Aparte de las cuestiones relacionadas con los aspectos orgánicos de la reproducción, las parejas suelen precisar apoyo encaminado a permitir que expresen y clarifiquen sus deseos y temores relacionados con el miedo infundado de un mayor riesgo de malformaciones en el feto y con las posibilidades de desempeñar satisfactoriamente el papel de madre o padre a pesar de tener una discapacidad, lo que por otra parte se ha demostrado que es perfectamente compatible.

**Fase de reintegración social:**

El objetivo final de la rehabilitación es la integración social, ésta se viene preparando desde el primer momento y la vuelta a casa será la piedra de toque de todo el proceso. Siguiendo con el modelo del aprendizaje que hemos propuesto, las conductas aprendidas durante la fase de rehabilitación activa deben poder generalizarse en un contexto normalizado. Ello se facilita con un régimen de visitas amplio, pases de salida de los pacientes durante sus horas libres y fines de semana, además de promover la utilización de los recursos del entorno siempre que sea posible. A pesar de todos estos preparativos, la vuelta al entorno social y familiar es a la vez deseado y temido. El alta hospitalaria representa una evidencia de la ruptura entre el antes y el después, un cambio drástico en el estilo de vida, especialmente en aquellos casos en los que se da una dependencia de terceras personas. En estos casos puede darse un problema adicional cuando la persona que facilitará los cuidados una vez en casa sea un miembro de la familia, debido a la dificultad de separar los múltiples papeles que éste debe desempeñar. Por ejemplo en el caso del cónyuge, éste puede tener que desempeñar papeles «maternales» (alimentar, vestir, bañar...), «sanitarios» (sondar, dar

medicación...) y conyugales (apoyo mutuo, relaciones sexuales...). Se hace necesario un abordaje psicológico de estos temas, junto con una correcta información y orientación sobre las alternativas disponibles (contratar una tercera persona, régimen de prestaciones sociales, etc.)

La posibilidad de experimentar el entorno doméstico y social previamente al alta hospitalaria, facilita la aproximación paulatina a las relaciones interpersonales y sexuales normalizadas. Ello permite que las consultas a los profesionales se hagan sobre una base más práctica en esta última fase de la rehabilitación, en lugar de las cuestiones teóricas que se planteaban inicialmente.

Se aprovechan las entrevistas profesionales antes del alta definitiva para hacer un balance general sobre lo aprendido durante todo el proceso de rehabilitación, para dar información y sugerencias adicionales y ofrecer la posibilidad de consulta posterior en caso necesario.

#### Después del alta:

A menudo, el tratamiento propiamente dicho de las disfunciones sexuales y reproductivas se da con posterioridad al alta médica. Es entonces cuando la persona y su pareja toman mayor conciencia de sus posibilidades y dificultades y pueden articular su demanda de forma más concreta. Ello está propiciado por las revisiones periódicas que, con una frecuencia anual, pasan todas las personas que han estado ingresadas en nuestro centro para su tratamiento inicial de rehabilitación. Durante estas revisiones por parte del equipo multidisciplinar, que duran una mañana, se detectan las necesidades de atención específicas, para las que se ofrece orientación y posibilidad de tratamiento posterior.

#### 4. EL DESEO DE TENER HIJOS

Actualmente la posibilidad de planificar la natalidad hace que las parejas

contemplen innumerables pros y contras al plantearse seriamente la posibilidad de tener un hijo. Aunque probablemente el deseo de tener un hijo obedece más bien a un impulso vital y a poderosos motivos inconscientes que poco tienen que ver con la razón, la decisión de llevar o no a cabo este deseo sí que debe basarse en un planteamiento responsable y consciente. Para decidirnos a tener hijos debemos sentirnos ante todo capacitados para ello.

Esta capacidad de la pareja para hacer frente a las demandas físicas y emocionales de la paternidad o maternidad y de la crianza y educación de los hijos se ve seriamente cuestionada durante el tiempo que sigue a la instauración de una discapacidad física importante. Nuevamente las motivaciones conscientes e inconscientes se entrecruzan y además de las dudas lógicas y razonables ante las dificultades prácticas, aparecen los temores sobre la propia capacidad de ejercer el rol de madre o padre basados en dificultades de integración de la propia autoimagen y autoestima. Difícilmente una persona que está bajo el efecto de un trastorno adaptativo, con ansiedad o depresión, se considerará capaz de tener un hijo, a veces incluso puede no considerarse «digna» de ello. El proceso de adaptación emocional requiere tiempo, ayuda de las personas que mantienen lazos afectivos con la persona afectada y, a menudo, ayuda específica por parte de un profesional de la psicología. Así, poco a poco la persona afectada recupera su propia estima y con ello puede descentrar su foco de atención del funcionamiento de su cuerpo y de las pérdidas sufridas, para volver a encarar su futuro con esperanza, reorganizando su estilo de vida y reorientando su proyecto vital que había quedado en entredicho durante los meses, a veces años, anteriores.

A veces el deseo de tener un hijo puede responder a la necesidad de «normalizar» una situación que se vive como «diferente». Hemos visto situaciones en las que el hijo supone, para

la dinámica intrapsíquica de la persona con discapacidad, una especie de sobrecompensación de su deficiencia en lugar de ser una consecuencia de la superación de ésta. Otras veces vemos que el hijo juega un papel de transacción entre la pareja; el varón con una gran discapacidad y dependiente de los cuidados de su esposa puede desear «darle un hijo» como compensación de sus esfuerzos y en otros casos como un intento de reforzar el vínculo de la pareja.

Es importante detectar estas situaciones y otras que se puedan dar, para hacer tomar conciencia a la pareja de las expectativas puestas en este hijo, evitar en lo posible su triangulación entre los conflictos no resueltos de la pareja y aconsejar en la toma de decisiones sobre la mejor alternativa a seguir en caso de que surjan dificultades: acudir al banco de semen, iniciar un proceso de adopción o decidir no proseguir con el tratamiento.

Cada miembro de la pareja debe poder expresar libremente sus sentimientos durante todo el proceso, escuchar y atender los sentimientos de su pareja y estar seguros de que en cualquier caso la decisión que tomen va a ser apoyada y respetada y se les va a prestar la ayuda necesaria en cualquier momento que lo necesiten aunque evitando interferencias profesionales innecesarias.

#### 5. EL HIJO COMO PROYECTO VITAL

Una pareja en la que alguno de sus componentes tiene una discapacidad física participa de las mismas ansiedades, temores y dudas que cualquier pareja novata, pero con una preocupación suplementaria en lo referente al grado de responsabilidad que puede aceptar.

Una limitación física, por importante que ésta sea, no es por sí misma un obstáculo para ser un buen padre o una buena madre y solamente la pareja

DOSSIER

puede tomar la decisión de llevar adelante su proyecto. Tal vez antes necesitarán asesoramiento médico y psicosocial para poder tomar la decisión de la forma más adecuada y responsable.

Según el tipo de discapacidad la primera duda será la capacidad de ser fértiles y en el caso de la mujer la posibilidad de llevar a buen término el embarazo y el parto sin riesgos excesivos para la propia salud o la del bebé.

Debemos pensar, sin embargo, que la función de padre o madre va mucho más allá de la función biológica, de hecho apenas empieza con la biología. La crianza, la socialización, el apoyo y refugio frente a las tensiones externas, el vínculo afectivo básico..., estos lazos familiares adquiridos por la convivencia son los que perduran toda la vida, constituyen la propia identidad del hijo (y a veces de los padres) a través de intrincadas relaciones con la biología inicial. De hecho no queremos a los hijos porque los hemos hecho sino porque los hemos vivido. Esta experiencia puede considerarse una de las más plenas de la vida.

Otro punto será prever buena parte de las dificultades prácticas iniciales: ¿qué tareas del cuidado del bebé podrán compartir los futuros padres?, ¿qué equipamiento y adaptaciones se necesitarán para que el padre o la madre con discapacidad puedan disfrutar del contacto directo con el recién nacido?, ¿se necesitará una ayuda extrafamiliar?, etc.

Otra de las dudas que la persona con discapacidad suele plantearse es si podrá cumplir con su papel de padre o madre de forma satisfactoria, a pesar de todo el esfuerzo, cansancio, tiempo e imaginación que esté dispuesta a dedicar al tema. Frente a ello debemos pensar que la función de padre o madre tiene muchos elementos simbólicos que trascienden a la simple capacidad de realizar una actividad física: escuchar a su hijo, compartir sentimientos, promover su autonomía, alentar sus éxitos y ayudarle a aprender de sus

fracasos, puede no requerir una gran destreza motora, aunque sí requiere grandes dosis de dedicación, paciencia y sensibilidad, lo que por cierto se aprende con el ejercicio cotidiano. Debemos tener en cuenta que necesitar ayuda práctica no significa renunciar al papel de padre o madre, significa delegar algunas funciones en otra persona en quien se confía o sobre la que se ejerce control, organizando sus tareas, por ejemplo. Es cierto sin embargo que si las dificultades prácticas son insalvables, por no disponer de ayuda o alternativas adecuadas, y la seguridad física del niño o sus necesidades básicas no estuvieran garantizadas, el proyecto se convertiría en temerario.

Otro de los motivos de preocupación suele ser si el niño cuando crezca tendrá problemas distintos a los otros niños, derivados del hecho de que uno de sus padres tenga una discapacidad. Es obvio que el estilo de vida y condiciones familiares influyen en el desarrollo y personalidad de todos sus integrantes, y especialmente de los niños en su etapa de formación. Sin embargo ello forma parte del mismo proceso de crianza y evolución y no tiene por que ser especialmente problemático. De hecho el recién nacido acepta automáticamente la forma en que lo cuidan y se adapta a ella. Aprende rápidamente a cooperar agarrándose a su madre si no se siente bien sujeto, o apoyándose contra su padre cuando éste lo lleva sentado en sus rodillas mientras empuja su silla de ruedas. Los niños cuyos padres han tenido la discapacidad cuando ellos ya son un poco mayores también suelen adaptarse rápidamente a la nueva situación, en éste sentido son más flexibles que las personas adultas y su actitud suele responder a la actitud de sus padres.

Es cierto que el tener, criar y educar hijos no es una tarea fácil y para la persona con una discapacidad física importante puede serlo menos todavía; sin embargo quien se decide a esta aventura probablemente tendrá una razón más para vivir y un reto más para bus-

car y compartir las pocas o muchas satisfacciones que la vida nos va ofreciendo.

REFERENCIAS  
BIBLIOGRÁFICAS

**Cabello Santamaría, F.** (1996). *Sexualidad y discapacidad física*. Cuadernos de Sexología I. Institut de Sexologia de Barcelona. Instituto de Sexología y Psicoterapia Espill de Valencia.

**Carol Collins, M.A.** (1999). *Reproductive Technologies for Women with Physical Disabilities*. *Sexuality and Disability*, Vol. 17, N.º 4, 1999.

**Chigier, E.** (1993). Conferencia Magistral en las III Jornades Aspym Catalunya «Sexualitat i Paternitat». Sant Cugat del Vallés 1993.

**Curcoll, M.L. Vidal, J.** (dir.) (1992). *Sexualidad y Lesión Medular*. Blocs 3. Barcelona. Fundació Institut Guttmann

**Curcoll Gallemí, M.L.L.** (1998). *El reto de la maternidad o paternidad*. Sobre Ruedas N.º 41. Fundació Institut Guttmann. Barcelona 1998.

**Curcoll Gallemí, M.L.L.** (1999). *Lesiones medulares y rehabilitación*. EN: Ruano A., Muñoz Céspedes J.M. Y Cid, C. *Psicología de la Rehabilitación*. Fundación MAPFRE Medicina. Madrid 1999.

**Salvador Alarcón, C.** (1998). *La maternidad en la mujer con lesión medular*. Sobre Ruedas N.º 41. Fundació Institut Guttmann. Barcelona 1998.

**Vidal J, Cairó O, Brassesco A, Lafuente P, Brassesco M.** (1997). *Embarazo de ICSI con espermatozoides obtenidos por vibroestimulación y por electroeyaculación en el lesionado medular*. VIII Congreso Nacional de Andrología. Sevilla, 1997.

**Westgren, N. Levi, R.** (1997). *Motherhood after traumatic spinal cord injury*. *Sexuality and Disability: Proceedings of The International Seminar on Women and Disability*. 1997.