



El sistema nervioso (SN) desempeña una función de primer orden en el control de la conducta de los individuos y en el desempeño sexual; el cerebro es el que, en última instancia, integra los impulsos sensoriales (tacto, visión, audición, olfato, gusto) y transforma los impulsos eléctricos que le transmiten las fibras nerviosas en percepciones de placer, dolor o emociones genuinas del ser humano. De forma pareja, los impulsos que el cerebro envía a otros órganos, entre ellos los genitales, transforman el deseo sexual en respuesta sexual, por lo que resulta evidente por qué muchas enfermedades o lesiones del SN acarrear alteraciones sexuales.

La secuela que un traumatismo o enfermedad provoca a una persona de manera

belo, núcleos grises de la base) y la porción de la médula espinal que se encuentra por debajo del segmento lesionado, con diferentes cuadros clínicos en dependencia del nivel de lesión:

Si es cervical, presentarán afectación total o parcial de la fuerza muscular y de la sensibilidad en las cuatro extremidades, lo cual definimos como cuadriplejía o cuadriparesia.

Si la lesión afecta a los segmentos dorsales, lumbares o la cola de caballo, el defecto neurológico se localizará en las extremidades inferiores y se define como paraplejía o paraparesia, en dependencia de si hay pérdida de la fuerza muscular o disminución de esta respectivamente. Ambos cuadros se asocian a trastornos esfinterianos, vesicales y rectales, disfun-

y brindar a la pareja una relación como la que hasta ese momento ofrecía, que asociada a otras complicaciones como las úlceras por presión, la espasticidad, las infecciones urinarias, hacen que la enfermedad se desencadene no sólo a nivel corporal, sino que abarca la personalidad toda, movilizandolos sentimientos desagradables como angustia, agresión, miedo, celos, envidia y rencor, que no encuentran canales de expresión.

Es necesario un profundo ajuste psicológico y una mayor comprensión, apoyo y conocimiento de la problemática de estos pacientes, por parte del medio familiar y social así como por el personal de la salud encargado de su atención, que debe ofrecer las orientaciones y recomendaciones necesarias para enfrentar adecuadamente

Aspectos bioéticos

LOS Discapacitados

La disfunción sexual por lesión de la médula espinal

Elizabeth Hernández González / Isabel Carabia Pubillones / Eduardo Leal Paez
Grupo de disfunción sexual del Centro Internacional de Restauración Neurológica.

permanente, trae como consecuencia una discapacidad, ocasionando una crisis vital que abarca al sujeto y al medio donde se desenvuelve; así tenemos que la caracterización de las personas que presentan lesiones de la médula espinal, sirve de modelo para comprender otras patologías que dejan secuelas invalidantes, ya que presentan alteraciones de tipo orgánico, psicológico y sobre la esfera sexual. La lesión medular es la separación de una parte de la médula espinal del resto del sistema nervioso central, perdiéndose en forma total o parcial la conexión de las vías nerviosas entre los centros superiores (cerebro, cere-

cción sexual y alteraciones disautonómicas. (1)

Los cambios más importantes en relación a la parte del cuerpo sano perdido, al rol perdido en la dinámica familiar y la pérdida de la intimidad traen como consecuencia una disminución de la autoestima, incrementando las disfunciones presentes, como son la dependencia desde el punto de vista motor (en relación con la marcha, las transferencias para las necesidades cotidianas: alimentación, aseó y vestimenta entre otras), la incontinencia esfinteriana vesical y defecatoria, así como la disfunción sexual, con imposibilidad de poder recibir

sus dudas en relación a su nueva condición, y sean capaces de desarrollar sus potencialidades como seres humanos, pues aunque parte de su cuerpo está afectada, la incapacidad no impide amar y ser amado, disfrutar y hacer disfrutar a plenitud la relación sexual, como tampoco implica la imposibilidad de vivir y recibir de la vida lo mejor. (2)

Las alteraciones sexuales que presentan las personas discapacitadas son motivadas directamente por la causa que originó la discapacidad o indirectamente cuando la constelación de cambios físicos, sensoriales o mentales que producen en el individuo

tos de la cúpula vaginal, celulitis pélvica, fístulas vésico-vaginales o recto-vaginales. Se puede imaginar lo temible que resulta la hemorragia vaginal provocada por el coito; es por ello necesario la participación masculina en los cuidados pre y post-operatorios de este tipo de cirugía, pues mediante un adecuado nivel de información se pueden mejorar los rendimientos sexuales después de la operación, que muchas veces están ensombrecidos por el desconocimiento, mitos y falacias que sobre este proceder tienen las parejas.

La reacción del compañero sexual de la mujer sometida a histerectomía es un factor determinante de gran importancia para la siguiente adecuación sexual de la pareja, pues los hombres que identifican la pérdida del útero con la pérdida de la feminidad o disminución de la libido, suelen comenzar a evitar la interacción con la pareja. Algunos que no conocen la anatomía y fisiología femenina y de los resultados funcionales de la operación, pueden mostrarse ansiosos o culpables respecto a la actividad sexual posterior al acto quirúrgico.

Si los profesionales de la salud se toman el tiempo suficiente para aclarar dudas y temores que rodean a tal intervención y proporcionan información sobre los hechos, tanto la mujer como su pareja sufrirán menos las dificultades que aparezcan después de la intervención. Tales consejos médicos deben constituir una parte cotidiana de los cuidados pre y post-operatorios de la intervención y su seguimiento. (1)

Objetivos:

General: Reseñar el funcionamiento sexual femenino después de la histerectomía vaginal o abdominal.

Específicos: - Describir algunas características psico-biológicas de la población en estudio.

- Identificar características y posibles modificaciones de la función sexual, después de la operación.
- Describir la repercusión afectiva de la intervención en las mujeres en estudio.

Material y método:

Se realizó un estudio descriptivo prospectivo sobre el funcionamiento sexual femenino después de haber sido operadas de histerectomía a un grupo de 85 mujeres las cuales constituyeron nuestro universo y muestra de estudio. Su inclusión tuvo como condición imprescindible haber sido operadas de histerectomía sin importar la causa de la misma, ni el tiempo que hacía que se realizó la intervención.

A estas pacientes se les aplicó un cuestionario explicándoles que sus respuestas servirían para un estudio.

El dato primario se procesó manualmente por el método de los palotes y con auxilio de calculadora de mesa Sharp Compect 365 p. La información se presenta en tablas simples resumidas mediante porcentajes.

Para dar cumplimiento a los objetivos propuestos:

- Se describió algunas características de las mujeres en estudio, tales como edad actual, edad en que fueron operadas, así como causas que motivaron la intervención, su recuperación, tipo de operación y repercusión de la cirugía en el estado psíquico.
- Se identificaron posibles cambios en la función sexual femenina, tales como modificaciones de la libido, reinicio de relaciones sexuales, características de las mismas, cambios en la lubricación vaginal y otras.
- Se conoció los estados emocionales de las mujeres después de la intervención quirúrgica y como se comportó la comunicación afectiva de la pareja pasado el acto quirúrgico.

Análisis y discusión de los resultados.

- Se puede apreciar que la mayoría de las mujeres en el momento del estudio tenían entre los 41-50 años (el 64.7%) siguiéndole en orden las de 31-40 años (el 23.5%) y por último, entre 51-60 años para un 11.7%.
- El 51.1 % (43 casos) tenían entre 41-45 años cuando les fue realizada la histerectomía, edad promedio encontrada por otros autores donde el predominio fue a los 45 años (3), le siguen, en orden de frecuencia, 46-50 años (18 casos) para un 21.1% y de 36-40 años, el 20% (17 mujeres). Los demás grupos etáreos se comportaron de forma similar. Se desprende de estos hallazgos que tal proceder quirúrgico se les realiza a las mujeres en plena edad reproductiva lo cual puede traer aparejado cambios importantes en su esfera conductual-sexual.
- Las causas que motivaron el proceder quirúrgico en orden de frecuencia son los Miomas en primer lugar con un 52.9% (45 casos) lo que concuerda con la literatura revisada (5) pues los fibromas uterinos son altamente frecuente en la población femenina y en número importante es necesario tratamiento quirúrgico. Le siguen el Prolapso Genital con 17.6% (15 casos) entidad que viene dada en la mayoría de los casos al aumentar la edad, asociada a la multiparidad y traumas obstétricos; así mismo, resultó la Metropatía Disfuncional el 12.9% (11 casos) la cual necesitó esta intervención para poder poner fin a un sangramiento rebelde a todo tipo de tratamiento médico; la Sepsis Genital con 11.7% (11 casos) y, por último, 4.7% (4 casos) a las que se le realizó histerectomía por Neo ginecológica; estas pacientes tuvieron Carcinoma In Situ (Cuello del Utero).
- En nuestro estudio el 76.4% (65 casos) tuvieron una recuperación después de la intervención rápida y benigna; el 11.7% (10 casos) lenta y tortuosa. Cuando analizamos esto en profundidad se pudo apreciar que todos los casos tuvieron un componente psicológico por el impacto que la operación resultó para ellas. En la misma frecuencia 11.7% (10 casos) presentaron secuelas después de la histerectomía tales como Fístulas vesi-

prepara al individuo para una vida sexual más plena, evitar afecciones y estados médicos relacionados con la conducta sexual como las enfermedades de transmisión sexual, el embarazo en la adolescencia, el manejo de los trastornos relacionados con la conducta sexual (disfunciones sexuales), la infertilidad, y otros.

Sin embargo existen varios mitos y estereotipos en torno a la sexualidad de las personas minusválidas, que son capaces de mermar drásticamente e innecesariamente la expresión sexual de los discapacitados por lesión de la médula espinal y por otras afecciones neurológicas (4), que son esencialmente los siguientes:

1. Los minusválidos son asexuales.
2. Los minusválidos dependen de los demás y son como niños, por lo que necesitan que se les proteja.
3. La incapacidad física genera incapacidad física.
4. Los minusválidos deberían hacer su vida y casarse con personas como ellos.
5. Los padres de los niños disminuidos físicamente no desean darles educación sexual.
6. La relación sexual que culmina con el orgasmo es esencial para el goce sexual.
7. Si un disminuido físico padece un trastorno sexual, casi siempre se debe a su condición de minusválido.
8. Si una persona no minusválida mantiene relaciones sexuales con un disminuido físico, hombre o mujer, es porque no puede atraer a individuos normales.

Estas fábulas y lugares comunes demuestran lo incómoda que se siente nuestra sociedad ante la idea de considerar a los minusválidos como seres con impulsos sexuales. Sin expresarlo abiertamente, muchas personas piensan que los discapacitados físicos deberían preocuparse de cuestiones más importantes en su vida y desentenderse de una parte que a todas luces sólo abarca a quienes gozan de buena salud; en fin, a las personas "normales". Por fortuna, muchos discapacitados no se han

dejado acobardar por estos esquemas mentales y han aunado esfuerzos con numerosos profesionales dentro del campo de la salud, para lograr que se dispense más atención a las necesidades sexuales y a los sentimientos de las personas aquejadas con una u otra forma de incapacidad física.

En la práctica, este movimiento ha culminado en la redacción de una "carta de derechos sexuales" a favor de los minusválidos, que contiene las siguientes reivindicaciones:

1. Derecho a la expresión sexual.
2. Derechos a la intimidad.
3. Derecho a ser informado.
4. Derecho a poder acceder a los servicios necesarios, como son el asesoramiento sobre anticonceptivos, atención médica, asesoramiento genético y sexualidad.
5. Derecho a escoger el estado civil que más le convenga.
6. Derecho a tener o no una prole.
7. Derecho a tomar las decisiones que afecten a la vida de cada uno.
8. Derecho a intentar el desarrollo de todo el potencial del individuo.

Una sexualidad normal da un impulso vital, esencial para el desarrollo y ajuste de la personalidad y constituye un importante medio de comunicación interpersonal; la sexualidad nace y muere con la persona, está determinada por el proceso de socialización de una cultura, la cual puede estimularla o reprimirla, con las consecuencias que ello acarrea. (1)

Los discapacitados por lesión medular están cada vez más interesados por la sexualidad y pueden albergar sentimientos sexuales y compartirlos con otros individuos, son muchas veces los prejuicios de los seres sin minusvalías físicas los que han impuesto la imagen asexual que se les atribuye, que equivale a escamotearles la esencia misma de su humanidad. (4)

Aunque en algunos países no ha llegado la época en que los discapacitados puedan hacer valer todos sus derechos con total

libertad, ha habido grandes progresos en las últimas décadas, y a medida que cambian las actitudes hacia los minusválidos y se acepta la sexualidad como un aspecto positivo que enriquece la vida de todos los ciudadanos, asistiremos un día a la desaparición de todos los mitos comunes y se abrirá paso un criterio más tolerante y más franco del que existe en la actualidad.

Conclusiones

1. Los pacientes con lesiones de la médula espinal tienen la misma necesidad de expresión sexual que las personas sanas, y el buen ejercicio de la sexualidad, contribuye a incrementar su autoestima y su calidad de vida.
2. La comunidad científica debe brindar toda la información y apoyo necesarios, basados en nuestros principios de la ética médica y apoyados en nuestro sistema de Salud, acerca del manejo por parte de los pacientes y su pareja así como de los familiares respecto a la disfunción sexual en discapacitados □

BIBLIOGRAFÍA

1. POSEE, F.; VERDERGUER, S.: *La sexualidad de las personas discapacitadas*. Mar del Plata: Ed. Arte, 1991.
2. CASTILLO, J.J.; MENA, O. Q.: *Disfunciones sexuales en los discapacitados físico-motores*. *Sexología y Sociedad*. 1995; 1 (3), 34-35.
3. CASTILLO, J.J.; MENA, O.: *Disfunción sexual en los discapacitados*. *Sexología y Sociedad*. 1995; 1(2), 22-23.
4. MASTER, W.H., JOHNSON, V.E., KOLODNY, R.C.: *La sexualidad humana*. La Habana, Edic. Revolucionaria, 1987.
5. ALONSO, D., SMITH, V.V.; RAMÍREZ, A. ET AL.: *Ética y deontología médica*. La Habana, edic. Pueblo y Educación, 1987.
6. ACOSTA, J. R., GONZÁLEZ, M.C.: *El escenario post-moderno de la bioética en: Bioética desde una perspectiva cubana*. La Habana, 1ra. edic. 1997:17-21.
7. PÉREZ, J.: *Ética y educación sexual*. *Sexología y Sociedad*. 3 (7):8-9, 1997.
8. BLANCO, J. A.: *Ética y civilización: apuntes para el tercer milenio en: Bioética desde una perspectiva cubana*. La Habana: 1ra. edic. 1997, 321-326.