

Disfunciones sexuales de los discapacitados

Dr. José Julián Castillo Cuello

Especialista en Medicina Física y Rehabilitación, Hospital Clínico Quirúrgico Docente «Joaquín Albarrán»

Dr. Orlando Mena Quiñones

Especialista en Medicina Física y Rehabilitación, Hospital de Rehabilitación «Julio Díaz»

Durante el proceso de rehabilitación y en la posterior incorporación plena del discapacitado a la sociedad, es olvidado frecuentemente —de forma involuntaria o no— el problema sexual del mismo, a pesar de que la sexualidad se ve afectada en la mayoría de estos pacientes. En este trabajo abordaremos algunos problemas relacionados con la sexualidad del discapacitado, que hemos constatado durante nuestro trabajo con ellos.

Las alteraciones sexuales que presentan estas personas pueden ser originadas directamente por la causa que ocasionó la discapacidad, o indirectamente cuando la constelación de cambios (físicos, sensoriales o mentales) que se producen en el individuo, no deja que el mismo exprese sus sentimientos y deseos sexuales de una forma adecuada.

De acuerdo a lo anterior, las disfunciones sexuales en los discapacitados (como en el resto de la población) se pueden clasificar de dos tipos:

1. *Disfunción sexual predominantemente orgánica:* Existe una lesión en los centros u órganos que intervienen en la respuesta sexual con la consecuencia alteración de la función sexual.
2. *Disfunción sexual predominantemente psicógena:* No puede demostrarse una lesión en los centros u órganos que intervienen en la respuesta sexual que explique el origen de la disfunción.

En ambos casos se denominan «predominantemente» porque no se puede excluir totalmente que una u otra causa (orgánica o psicógena) esté influyendo en el cuadro clínico que presenta el paciente.

Afecciones más frecuentes que producen discapacidad, acompañadas de disfunción sexual predominantemente orgánica:

1. Lesiones medulares ocasionadas por traumatismos, infecciones, tumores y enfermedades degenerativas.
2. Lesiones de nervios periféricos producidas por alcoholismo, traumatismos, Diabetes Mellitus, etc.
3. Lesiones cerebrales por accidentes vasculares encefálicos, traumatismos o enfermedades degenerativas.
4. Alteraciones hormonales como en el hipopituitarismo, alteraciones cromosómicas, etc.

Afecciones más frecuentes que producen discapacidad acompañadas de disfunción sexual predominantemente psicógena:

1. Afecciones del sistema músculo esquelético (amputaciones, distrofias musculares, deformidades óseas, etc.)

2. Cardiopatías
3. Trastornos sensoriales (visuales o auditivos) y psiquiátricos.
4. Lesiones encefálicas cuando no afectan directamente los centros que intervienen en la respuesta sexual.
5. Retraso mental.

En las disfunciones predominantemente orgánicas puede alterarse cualquier fase de la respuesta sexual, de acuerdo al lugar donde radique el daño. En las lesiones cerebrales se observa, fundamentalmente, trastornos del deseo sexual (con la consiguiente alteración de las demás fases), mientras que en las lesiones a nivel medular, se presentan trastornos de la erección (en el hombre) o la lubricación (en la mujer), pérdida de la eyaculación o alteración de la misma y ausencia o dificultad para percibir el orgasmo.

También pueden presentarse por carencias hormonales, esterilidad, trastornos de la libido y dificultad para obtener la erección o lubricación.

En las disfunciones predominantemente psicógenas, el temor al desempeño, es una de las causas fundamentales en la aparición de la disfunción sexual. Sin embargo, en relación con la sexualidad en general y de los discapacitados en particular, existen una serie de tabúes y prejuicios que hacen a estos individuos más vulnerables para presentar trastornos psicosexuales, algunos de los cuales son, en resumen, los siguientes:

1. Los minusválidos son asexuales.
2. Los minusválidos deberían hacer su vida sexual con personas como ellos.
3. El orgasmo es esencial para el goce sexual.
4. La erección es fundamental para la satisfacción sexual, o que el coito con penetración es el «único» y verdadero.
5. Si un discapacitado presenta una disfunción sexual, casi siempre se debe a su condición de minusvalía.
6. Si una persona sin discapacidad mantiene relaciones con un minusválido, es porque no puede atraer a personas «normales» o porque tiene un interés «material» en esa relación.
7. Los minusválidos son, por lo general, personas con mal carácter.
8. Los discapacitados son dignos de lástima.
9. No se debería dar educación sexual a los discapacitados porque ello le traería más dificultades.

Además, existen individualmente una serie de causas que pueden originar disfunciones sexuales predominantemente psicógenas (muchas de ellas consecuencia de los prejuicios que enu-

Tabla 1

FUNCIÓN SEXUAL PRESENTE	NUMERO DE PACIENTES	%
Erección	46	85.2
Eyaculación	13	24.1
Orgasmo	7	12.9
Descendencia después de lesionado	4	7.4

meramos anteriormente) y entre las cuales podemos citar:

1. Deficiente autoestima y autovaloración
2. Imagen corporal alterada
3. Sentimientos deficientes o ambivalentes de la propia masculinidad o femineidad.
4. Deficiente capacidad para relacionarse con otras personas.
5. Falta de habilidad para entablar relaciones con el otro sexo, ya sea en el orden social o amoroso.
6. Experiencias sexuales traumáticas o deficientes.
7. Haber sido objeto de explotación sexual.
8. Manejo inadecuado de conductas o intereses sexuales.
9. Falta de afecto, estimulación o ambas
10. Capacidad limitada para desarrollar conceptos y vivencias sexuales (especialmente en discapacitados sensoriales y mentales).

Afortunadamente, cada vez es mayor el número de personas (discapacitadas o no) que luchan contra esos mitos y problemas y han aunado esfuerzos para lograr que se dé la atención adecuada a las necesidades sexuales de los minusválidos y así obtener que los mismos lleven una vida sexual plena y libre de prejuicios.

En nuestro medio, el problema sexual del discapacitado no era abordado por la mayoría de los profesionales que trataban a estos pacientes, lo cual pudimos constatar en un estudio que presentamos en la I Jornada Provincial de Medicina Física y Rehabilitación de Ciudad de La Habana en el año 1983; sin embargo, en la actualidad el tema sexual es tratado por muchos profesionales aunque la cifra aún, pensamos, continúa siendo pequeña en comparación con los que tratan estos problemas entre el resto de la población.

Por último, queremos mostrar algunos resultados de un estudio que realizamos con 54 lesionados medulares masculinos, en el cual se exploraron diversos aspectos relacionados con su sexualidad.

- Total de pacientes: 54
- Pacientes que habían recibido orientación sexual: 2 (3,7%)
- Pacientes que creían necesitar orientación y terapia sexual: 48 (88,9%)

Tabla 3

FUNCIÓN SEXUAL	NUMERO*		DESEO		NO DESEO	
	DE PACIENTES	%	%	%	%	%
Conservación de la erección y la eyaculación	7	100	7	100	-	-
Conservación de la erección solamente	22	45.4	10	45.4	12	54.6
Pérdida de la erección y la eyaculación	1	-	-	-	1	100

* Solamente los pacientes solteros.

Tabla 2

DESEO SEXUAL COMPARADO CON EL PRESENTADO ANTES DE LA LESIÓN	NUMERO* DE PACIENTES	%
Igual	34	66.7
Menor	9	17.6
Mayor	8	15.7

* No se incluyeron 3 pacientes que sufrieron la lesión entre los 11 y 13 años.

- Función sexual presente. (Tabla: 1 y 2)
- Deseo de formar parejas según la función sexual presente. (tabla: 3)

Como se puede apreciar, solamente dos pacientes habían recibido orientación sexual, a pesar de que 48 de ellos creían que la necesitaban.

El interés de formar pareja estuvo íntimamente relacionado con la función sexual, presente de forma tal que, mientras mayor fue la afectación orgánica, el deseo disminuyó, lo cual correspondió en gran medida con el concepto estrecho que tenían sobre la sexualidad. Esto nos demuestra la importancia del tratamiento y la orientación sexual en estos pacientes para que puedan expresar su sexualidad completamente.

Conclusiones

A pesar de que existen causas orgánicas evidentes que alteran la función sexual de los discapacitados, hay una serie de factores psicosociales que influyen negativamente en la sexualidad de estas personas, por lo que es necesario consolidar las actividades realizadas hasta el momento para dar un salto, no sólo cuantitativo, sino cualitativo en la atención de la sexualidad del discapacitado, como respuesta ineludible a un problema de tanta importancia como el abordado.

Bibliografía

- BASS, M.: *Developing Community Acceptance of Sex Education for the Mentally Retarded*. New York: Sex Information and Education Council of the U.S., 1972.
- BERKMAN, A.H.: *Sexuality, a Human Condition*. Journal of Rehabil. Jan-Feb:13, 1975
- BOTVIN, J. G.: *Sexuality of the Physically Disabled*. Med. Asp. Hum. Sexuality. 17:47, 1983.
- BRAY, G.P.; DEFRANK, R.S.; WOLFE, T.L.: *Sexual Functioning in Stroke Survivors*. Arch. Phys. Med. Rehabil. 62:286, 1981.
- CASTILLO, J.J. y COL.: *Estudio de la función sexual de 54 traumatizados medulares masculinos*. Trabajo presentado en el I Taller Iberoamericano de Educación Sexual y Orientación Psicológica. C. Mec. La Habana, Feb. 1993.
- CASTILLO, J. J. y COL.: *Sexualidad en Rehabilitación*. Encuesta a un grupo de médicos. Trabajo presentado en la I Jornada Provincial de Medicina Física y Rehabilitación. C. Mec. La Habana, Dic. 1983.
- CASTRO, P. L.; CASTILLO, J. J.; SUÁREZ, B.: *Educación, orientación y terapia sexual en discapacitados físicos motores*. Trabajo presentado en la I Conferencia Científica Latinoamericana de Educación Especial. C. Mec. La Habana, julio 1992.
- CHIPOURAS, S. et al: *Who cares?* A handbook on sex education and counseling services for disabled people. George Washington Univ., Washington, D.C., 1979.
- COMARR, A.E.: *Sexual Function Among Patients with Spinal Cord Injury*. Urol. Inter. 25:134, 1970.
- DIAMOND, M.: *Sexuality and the Handicapped*. Rehab. Literature. 35:34, 1974.
- GRIFFITH, E. R.; TIMMS, R. J.: *Sexual Function in Spinal Cord Injured Patients: A review*. Arch. Phys. Med. Rehabil. 54:539, 1973.
- KOLODNY, R.C.; MASTERS, W. H.; JOHNSON, V. E.: *Tratado de Medicina Sexual*. Edit. Científico-Técnica, La Habana, 1986.
- MASTERS, W.H. et al: *Sexual Health Care Clinician in Acute Spinal Cord Injury Unit*. Arch. Phys. Med. Rehabil. 62:315, 1981.
- TEAL, J. C.; ATHELSTAN, G.T.: *Sexuality and Spinal Cord Injury: Some Psychosocial Considerations*. Arch. Phys. Med. Rehabil. 56:264, 1975.