

# Disfunciones sexuales en los discapacitados físico-motores.

Dr. José Julián Castillo Cuello

Especialista en Medicina Física y Rehabilitación, Hosp. C.Q. Docente «Joaquín Albarrán»

Dr. Pedro Orlando Mena Quiñones

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

Como se infiere de los orígenes de las disfunciones sexuales de los discapacitados (de causa orgánica, psicógena o ambas), la conducta terapéutica diferirá según el tipo de trastornos que se presente, aunque existen pautas comunes de tratamientos aplicables a todos los casos como se verá más adelante.

La atención sexual del discapacitado tiene como objetivos mejorar la información concerniente a la sexualidad, acabar con tabúes, temores y prejuicios, modificar actitudes y estereotipos sexuales, y de esta forma facilitar la vivencia de una sexualidad con una dimensión más amplia que la habitualmente concebida, lo que permite el pleno disfrute de la relación sexual por parte del discapacitado y su pareja.

Después de realizado el diagnóstico de la disfunción sexual, su atención la realizamos (en dependencia de las necesidades del paciente o pareja) de manera individual y grupal.

## Atención individual

En la atención individual (incluyendo a la pareja en caso de poseerla) e independientemente de que se brinde información y orientación respecto a la sexualidad desde la condición actual, las acciones están dirigidas fundamentalmente a tratar problemas específicos que dificultan el disfrute sexual. Está encaminada a mejorar el funcionamiento sexual a través de distintas opciones.

Existen diversas técnicas para obtener o mejorar las erecciones; entre las más empleadas en nuestro medio tenemos la estimulación del pene con vibradores (masaje vibratorio con frecuencias entre 30 y 60 HZ), la producción de la erección por medio del vacío (sistema del VACUM) y el uso de anillos de goma colocados en la raíz del pene para mantener y aumentar la erección.

Cuando por el daño de los centros medulares, de la irrigación sanguínea del pene, o de ambos, sea prácticamente imposible lograr algún tipo de erección, entonces los implantes peneanos (prótesis peneana) estarán indicados, siempre y cuando sean aceptados por ambos miembros de la pareja.

Si la lubricación vaginal no es suficiente para permitir una adecuada penetración del pene, se puede mejorar esta situación con el empleo de lubricantes (de preferencia hidrosolubles) y utilizando posiciones coitales que faciliten el acto sexual.

Al ser la eyaculación un proceso más complejo que la erección, las técnicas con las que contamos en la actualidad para mejorar o lograr esta función, son menos efectivas y generalmente son empleadas para obtener el semen con vistas a realizar la fecundación de la pareja. Se han obtenido buenos resultados en algunos casos con la inyección subcutánea de fisostigmina (dosis de 2 mg. semanales), con el masaje vibratorio del pene (frecuencias entre 60 y 100 HZ) y el uso de la fenilpropanolamina en la retroeyaculación a la vejiga.

Cuando los factores psicosociales sean las génesis fundamentales de la aparición de las disfunciones sexuales, entonces los tratamientos habituales para los trastornos sexuales de origen psicógenos serán los empleados.

Existen otras alteraciones que aunque no están relacionadas directamente con la respuesta sexual, pueden influir negativamente en la actividad sexual, por lo que también deben tratarse en el caso de que apareciesen; entre éstas podemos señalar: las infecciones urinarias (frecuentes en los lesionados medulares), la incontinencia de esfínteres, contracturas y deformidades (principalmente de las caderas), úlce-

ras por presión y la espasticidad marcada de los miembros inferiores, entre otras.

## Atención grupal

La atención grupal la realizamos en forma de talleres, en los que el grupo constituido por profesionales y pacientes, funciona como una entidad única, regida por reglas nacidas en su seno y donde se respetan las opciones individuales.

Los objetivos de estos talleres están dirigidos a brindar información y orientación sobre la sexualidad en general y en particular acerca de la discapacidad; así mismo en el taller se destruyen tabúes, mitos y prejuicios, los cuales son génesis de ansiedades y temores en el área sexual.

Se persigue, además, reforzar la autoestima, al llevar a los pacientes a encontrar y desarrollar los elementos necesarios para disfrutar a plenitud una vida sexual desde la situación de una persona discapacitada. Para lograr estos objetivos nos valemos de un ambiente propicio donde se utilizan medios audiovisuales y, en vez de clases, se promueve la discusión y el análisis de los distintos temas con la ayuda de técnicas participativas, de forma tal que el discapacitado llegue de una manera amena e instructiva a las conclusiones adecuadas para su realización en la vida y en particular en la sexual.

Aún cuando un paciente (o pareja) esté bajo atención individual, se beneficiará con el tratamiento grupal, concebido en forma

*La discapacidad 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*

de taller. Por otra parte, los pacientes (o parejas) que participan de un taller de sexualidad, reciben atención individual.

Los talleres sexuales no tienen un formato único, se adecuan de acuerdo a los intereses y necesidades del grupo. Por regla general los mismos constan de 8 a 12 sesiones de 2 horas de duración y los participantes deben tener discapacidades similares.

Un ejemplo de las sesiones tratadas con un grupo de lesionados medulares fueron las siguientes:

- Amor y sexualidad
- ¿Tenemos derecho a disfrutar del sexo y amar?
- Respuesta sexual masculina
- Respuesta sexual femenina
- Efectos de la lesión medular sobre la respuesta sexual
- La pareja y la familia
- Opciones sexuales. La comunicación
- Nuestra vida actual. Conflictos. Planes futuros
- Proyección de una película y discusión

### Conclusiones

En nuestro país el inicio de la atención sexual del discapacitado motor comenzó en el año 1982, de una forma individual, y en el año 1987, se comienza a realizar en el Hospital de Rehabilitación «Julio Díaz» la atención grupal, combinándose con una labor educativa y movilizadora sobre la sexualidad con profesionales de la Salud y en grupos de discapacitados motores de la comunidad en distintos municipios de la capital, trabajo éste apoyado por la Asociación Cubana de Limi-

tados Físicos y Motores (ACLIFIM). En 1992 se continúa en el Hospital de Rehabilitación «Julio Díaz» y en el Hospital Clínico-Quirúrgico-Docente «Joaquín Albarrán» la atención de la sexualidad del discapacitado, donde se le brinda tratamiento individual y grupal (o ambos según la necesidad). En el propio año se inician talleres de sexualidad y atención individual en la escuela especial para niños con discapacidades motoras «República de Panamá».

En el primer taller de sexualidad llevado a cabo con adolescentes discapacitados motores, a los que se les aplicó una encuesta al inicio y al final del mismo, se encontró un incremento de la información sobre la sexualidad, al pasar de un 48% de respuestas positivas a un 75% de ellas y un enriquecimiento del conocimiento sobre la sexualidad y sentimientos afines. Además, como grupo confirmaron y consolidaron la convicción de que los discapacitados tienen derecho a vivir y a expresar sus emociones y conductas sexuales. Se despojaron de las opiniones discriminantes de la sociedad y se decidieron a buscar y defender un espacio social en sus relaciones de vida de parejas.

Semejantes convicciones y decisiones respecto a sus necesidades sexuales han sido una constante en los talleres realizados por nosotros.

Frases como: «En mi silla de ruedas voy repartiendo esperanzas», «El amor no tiene muletas» y «Sobre mi silla de ruedas criaré a mis hijos», creadas por los pacientes en una de las sesiones de un taller, son indicado-

res de cómo estos actúan positivamente en el ajuste psíquico del individuo con una discapacidad.

En otro taller realizado con lesiones medulares adultos al finalizar el mismo se les realizó una encuesta y se encontró que al 100% de los pacientes les gustó que los escogieran para el taller, ya que con esto aclararon dudas que tenían respecto al futuro de sus vidas sexuales. El 89% presentó dudas o temores con relación a la sexualidad después de la lesión medular y quedaron solucionadas al finalizar el tratamiento; además, consideraron que el taller les resultó útil en el sentido de que ahora estaban preparados para enfrentar distintas situaciones, no sólo en el aspecto sexual, sino en la vida general.

El 66% consideró que no se sentían en desventajas para la vida en pareja, mientras que el 100% dijo que a pesar de su discapacidad podrían tener una vida sexual satisfactoria o plena después de terminar el proceso de rehabilitación. Al preguntársele cómo se sintieron con el médico y psicólogo durante las sesiones, el 100% refirió sentirse bien, en confianza e identificados, con una comunicación que les permitió hablar sobre el tema con seguridad.

### Bibliografía:

- CASTRO, PL.; CASTILLO, J.J.; SUÁREZ, B.: «Educativa, 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
- CHAPPELLE, P.A.; BLANQUART, E.; PUECH, A.J.; HELD, J.P.: «Treatment of anejaculation in the total paraplegic by subcutaneous injection of phosostigminas». Paraplegia, 21:30, 1983.
- COMARR, A.E.; VIGUE, N.: «Sexual counseling among male and female patients with spinal cord and/or cauda equina injury». Part I. Amer. J. Phys. Med. 57:107, 1978.
- COMARR, A.E.; VIGUE, N.: «Sexual counseling among male and female patients with spinal cord and/or cauda equina injury». Part II. Amer. J. Phys. Med. 57:215, 1978.
- FRANCOIS, N.L.: «Ejaculation par le cibromasse chez le paraplegique, a propos de 50 cas avec 7 grossesses». Ann. Med. Phy. 23:24, 1980.
- FRANCOIS, N.L. ET AL.: «Electroejaculation of a complete paraplegic followed by pregnancy». Paraplegia, 16:248, 1978
- GUTTMANN, L.; WALSH, J.: «Prostigmim assessment test of fertility in spinal man». Paraplegia, 9:39, 1971
- JACKSON, R.W.: «Sexual Rehabilitation after cord injury». Paraplegia, 10:50, 1972
- KAPLAN, H.S.: «La nueva terapia sexual». Ed. Alianza, Madrid, 1974.
- KAPLAN, H.S.: «Manual ilustrado de terapia sexual». Ed. Grijalbo, S.A., Barcelona, 1988
- KOLODNY, R.C.; MASTER, W.H.; JOHNSON, V.E.: «Tratado de Medicina Sexual». Ed. Científico-Técnica, La Habana, 1985
- MARTIN, D.E. ET AL.: «Initiation of erection and semen release by rectal probe electrostimulation» (RPE). J. Urol, 129:637, 1983.
- MOONEY, T.O.; COLE, T.M.; CHILGREN, R.A.: «Sexual options for paraplegics and quadriplegics». Little, Brown and Co. Boston, 1975.
- ROMANO, M.D.; LASSITER, R.E.: «Sexual counseling with the spinal cord injured». Ach. Phys. Med. Rehabil. 53: 568, 1972
- SCHULER, M.: «Sexual counseling for the spinal cord injury. A review of five programs». J. Sex. Marital. Ther. 8: 241, 1982
- SUÁREZ, B.; CASTRO, PL.; CASTILLO, J.J.: «Orientación y terapia sexual con adolescentes y jóvenes discapacitados». Trabajo presentado en el I Taller Iberoamericano de Educación Sexual y Orientación Psicológica. C. Mec. La Habana, feb. 1993

