

- Actualización Bibliográfica-

***“Sexualidad en personas con discapacidad motora –Amputación, Lesión Medular, A.C.V Hemiplejia”***

**AUTORA:** Lic. T.O. Catalina María Indavere

**COORDINADORA DE RESIDENCIA:** Lic. T.O. Claudia Battistoni

**JEFA DE RESIDENTES:** Lic. T.O. Paula Dotro

Diciembre 2010

SEGUNDO AÑO DE RESIDENCIA

## **Índice**

|                    |        |
|--------------------|--------|
| Introducción.....  | Pág.3  |
| Marco teórico..... | Pág.5  |
| Metodología.....   | Pág.9  |
| Conclusión.....    | Pág.20 |
| Anexo I.....       | Pág.22 |
| Anexo II.....      | Pág.24 |
| Bibliografía.....  | Pág.25 |

### ***“Sexualidad en personas con discapacidad motora –Amputación, Lesión Medular, A.C.V Hemiplejia”***

#### **Introducción:**

El objetivo del presente trabajo consiste en realizar una actualización bibliográfica acerca de la sexualidad en personas con discapacidad motora. Se trata de una temática que no es abordada con frecuencia por profesionales de salud a pesar de ser la sexualidad una AVD, esencial para el desarrollo y ajuste de la personalidad y un importante medio de comunicación

interpersonal.

Dado el encuadre institucional en el que se realiza el presente trabajo[a], se realizó un recorte, teniendo en cuenta únicamente a personas que hayan sufrido Lesión Medular, Accidente Cerebro Vascular (ACV) o Amputación traumática por ser las causas de discapacidad con mayor nivel de incidencia en la población atendida durante el periodo Junio/Diciembre del 2010.

Se denomina personas con discapacidad físico motora a aquellas que presentan alguna deficiencia (sobre una función o estructura corporal) que les dificulta o imposibilita realizar de la forma habitual, las diferentes actividades cotidianas. La Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud -CIF-[1] utiliza el término “Discapacidad” para denominar a un fenómeno multidimensional, resultado de la interacción de las personas con su entorno físico y social.

Se afronta la discapacidad motora en distintas situaciones que difieren, evidentemente, en el grado de problemática, pero que acorde a la bibliografía consultada comparten consecuencias muy similares. Como modo de clasificación de las etiologías se utilizarán criterios de temporalidad: adquirida en la adultez, y con secuelas de carácter estático (no progresivas).

La razón por la cual se realiza la presente actualización bibliográfica es, principalmente, la repercusión de las discapacidades motoras en la esfera sexual en sus dimensiones biológica, psicológica y social.

La relevancia del presente trabajo está dada por la necesidad de conocer los fundamentos científicos de la sexualidad en personas con discapacidad motora y de esta manera poder intervenir en cada caso en forma oportuna y de manera adecuada.

En Argentina no existen suficientes investigaciones de carácter longitudinal que permitan predecir cómo se verá afectada la dimensión sexual en personas que presenten discapacidad motora, a su vez la misma dependerá de otros factores como son, entre otros, características de la propia persona y el entorno en el que se desenvuelve.

## **Marco teórico**

Una discapacidad adquirida en la vida adulta ocasiona una crisis vital que abarca al sujeto y al medio ambiente donde se desenvuelve. Los cambios más importantes que la persona debe enfrentar son el cuerpo sano perdido, el rol perdido dentro de la dinámica familiar y social (alteración de actividades cotidianas y laborales), el aumento de la dependencia y la pérdida de intimidad que implica la inclusión de un equipo de salud en la rutina de su vida cotidiana. En algunos casos además del cambio en la imagen corporal se debe elaborar la incorporación de elementos y ayudas técnicas como ortesis, férulas, bastones, sillas de rueda, etc. Esta situación provoca una crisis de identidad y una serie de duelos que la persona deberá resolver a medida que se adecua a la nueva realidad. Como describe John Bowlby[2] el trabajo de duelo implica el pasaje por diversas fases que pueden reactivarse en cualquier momento y en cualquier orden:

Fase de embotamiento de la sensibilidad: Es el primer momento “periodo agudo o de shock” donde la persona se siente aturdida con dificultad para comprender lo que pasa, siendo un mecanismo de negación que probablemente cumpla la función de mantener la imagen corporal anterior. La persona retira toda su energía del mundo exterior y prima la recuperación de la salud.

Fase de anhelo y búsqueda de lo perdido: Generalmente cuestionan el diagnóstico o lo rechazan totalmente. La persona puede manifestar enojo, irritabilidad y presentan reacciones de autorreproche, intolerancia y rencor. Estructuran una identidad de lucha, pelean con el personal de salud, niegan sus dificultades y las proyectan en los otros. Comienza la toma de conciencia de las limitaciones y posibilidades reales.

Fase de desorganización y desesperanza: La persona comienza a tomar conciencia de la invalidez y percibe un futuro incierto. Se suele instalar un sentimiento de autodesprecio que puede llevar a una depresión activa. En este periodo la persona debe renunciar a la esperanza de volver la situación atrás.

Fase de mayor o menor grado de reorganización: Cuando el duelo sigue un curso favorable la persona acepta gradualmente las limitaciones, reconociendo el presente con sus posibilidades y límites reales y redefine las metas hacia donde conducirá sus esfuerzos para poder desempeñar nuevos roles y adquirir nuevas experiencias y habilidades.

La actitud del entorno familiar y social es de suma importancia para que la persona con discapacidad pueda aceptar su nueva realidad, se debe acompañar a la persona durante todas las etapas del proceso de duelo ya que será imprescindible para llevar a cabo con éxito la reinserción familiar, social, emocional, y laboral.

Según explica la Lic. María Elena Villa Abril[b] una de las principales causas por las que no se habla comúnmente sobre sexualidad en personas con discapacidad, es fundamentalmente

el desconocimiento o falta de información al respecto, aunque inciden también, motivos culturales y religiosos.

La sexualidad es un impulso vital, esencial para el desarrollo y ajuste de la personalidad y un importante medio de comunicación interpersonal.

La mayoría de los autores coinciden en que el placer erótico puede obtenerse de diversas formas, incluso sin que intervengan los genitales. Como describe la Licenciada María Elena Villa Abrille, "la genitalidad es una parte de la sexualidad, pero no la única; la sexualidad es mucho mas abarcativa. Es dinámica, se aprende, se construye a lo largo de toda la vida[3]."

La sexualidad no es equivalente a la genitalidad, esta es uno más de sus componentes, junto al impulso sexual, la comunicación, los sentimientos, la comprensión, la ternura, el cariño y los contactos corporales extragenitales; es decir todo aquello referido al placer sexual. El ejercicio de la sexualidad tiene tres objetivos fundamentales: La gratificación individual, la gratificación de la pareja y la conservación de la especie.

Para poder hablar de salud sexual es necesario un estado de equilibrio bio-psico-social, si alguno de estos componentes no está en equilibrio puede originarse una disfunción sexual. La sexualidad implica una expresión integral, involucra aspectos biológicos, aspectos psicoafectivos y socioculturales, siempre con la intención de lograr placer.

Como explican Verdaguer S. y Posse F.[4] los órganos sexuales son aquellos que funcionan fundamentalmente cuando ejercemos nuestra sexualidad. El principal órgano sexual es el cerebro; percibe todas las sensaciones provenientes del cuerpo, de los sentidos y es donde se integra la percepción de placer y goce. En orden de importancia, sigue la piel capaz de recibir sensaciones placenteras en toda su extensión. Cada milímetro de nuestro cuerpo tiene la posibilidad de ser receptor de sensaciones placenteras siempre y cuando estén inscriptas a nivel cerebral como erógenas y se haya producido un aprendizaje por medio de la autoexploración. Las zonas erógenas son aquellas que se encuentran ricamente innervadas y sensibilizadas. Una vez que el cerebro y la piel están preparados para la actividad sexual, entran en funcionamiento los órganos genitales.

Cada uno confecciona su propia lista de preferencias, de acuerdo con su historia personal y su experiencia. Las manos, para muchos, son los órganos sexuales por excelencia ya que tiene la posibilidad de dar y recibir al acariciar al otro. Es importante reconocer que todas las zonas del cuerpo, aun no siendo tradicionalmente erógenas, son factibles de sensibilizarse por medio de un aprendizaje apropiado.

En los primeros años de vida el propio cuerpo se explora con la masturbación infantil, luego es el cuerpo de otro el que nos estimula con otro tipo de ritmos, frecuencias y caricias. Esas zonas se van especializando a través de un largo aprendizaje que nos prepara para un encuentro sexual adulto y sano. Se constituyen conceptos transitorios y luego permanentes por medio de la repetición. Cuando una discapacidad irrumpe en la vida del adulto este proceso de aprendizaje debe reactivarse.

Todos los seres humanos nacemos sexuados y nos hacemos sexuales por el aprendizaje corporal, psicológico, intelectual y social a lo largo de toda la vida.

En la década del 50 William Masters y Virginia Johnson[5] estudiaron la fisiología sexual humana y dividieron a la misma en 4 fases. Tiempo después Helen Singer Kaplan identificó

como fase previa la del deseo, con lo cual describiremos el “ciclo de respuesta sexual” en 5 fases: Deseo, Excitación, Meseta, Orgasmo y Resolución. Estos conceptos de anatomía y fisiología sexual humana se desarrollaran en el anexo ya que facilitan la comprensión del ejercicio de la sexualidad desde el punto de vista anátomo-fisiológico, en cualquier persona con discapacidad.

## **Metodología:**

Se realizó una búsqueda bibliográfica en la base de datos “*PubMed*” (Octubre 2010) utilizando como palabras claves: “sexuality, amputations, spinal cord injury and stroke”[c] y PEDro. A su vez se solicitó información a una Médica Fisiatra referente en el área[d] (informante clave), con el fin de profundizar la búsqueda y evitar omisión de autores o artículos referentes de la temática seleccionada.

Por último se realizó una búsqueda de artículos específicos mencionados en los trabajos, obteniendo resultados parciales (únicamente el abstract) debido a las fechas de publicación de los mismos (anteriores al 2000).

## **Actualización bibliográfica según patología**

### **Sexualidad en personas con amputación**

La amputación es un Procedimiento quirúrgico que consiste en la remoción de una parte o del total de una extremidad, en forma perpendicular al eje longitudinal del miembro. Según su etiología pueden ser traumáticas (accidentes automovilísticos, accidentes laborales, por electrocución, etc.) o no traumáticas (enfermedades vasculares, diabetes mellitus, infecciosas, neoplásicas, etc.)

La amputación de un miembro impacta en la vida de una persona, no sólo afecta la marcha o el desempeño de las Actividades de la Vida Diaria, sino también la imagen corporal, los aspectos psicológicos de ajuste a una nueva realidad y las relaciones interpersonales.

Randall, GC. [6] Publicó en la revista **Journal of the American Medical Association** un trabajo realizado en 1945 donde evaluó el funcionamiento sexual y el estado psicológico durante la internación de 100 hombres, veteranos de guerra, que habían sufrido una amputación traumática. Informo que el 30% de la muestra presento una pobre adaptación con respecto a la sexualidad.

En 1978 Reinstein [7] realizo un estudio comparativo de la sexualidad previa y posterior a una amputación de M.I. Participaron 60 personas (70% hombres y 38 % mujeres) todos equipados con prótesis. Como resultado describió que un porcentaje significativo de personas con amputación de M.I reportaron una importante disminución en la frecuencia con la que tenían relaciones sexuales después de la amputación. El descenso de actividad sexual se relaciono con la presencia de sensación de miembro fantasma, con niveles de amputación sobre rodilla y fue mayor en personas solteras. No se encontró relación significativa con la edad

de los participantes, con el nivel de educación ni con la etiología de la amputación.

El impacto de la amputación de un miembro sobre la actividad sexual fue estudiado por Williams and Walters[8] y publicado en la revista **Journal of Sex Research** en 1996. La muestra estaba conformada por 76 personas (51 mujeres y 25 hombres) de las cuales el 76% presentaba amputación de M.I. El 75% de los participantes respondió que, en alguna medida, la amputación restringió su actividad sexual; mientras que el 10% informó que su actividad sexual se interrumpió por completo. Es importante destacar que el impacto negativo de la amputación en la vida sexual de los participantes fue el predictor más significativo de depresión.

Dos años más tarde, el 1998, los mismos autores estudiaron los factores psicológicos asociados con la amputación y su relación con la calidad de vida en una muestra de 77 personas[9]. Se evaluó la relación entre la satisfacción sexual, el nivel de dolor y la percepción de los participantes con respecto a su calidad de vida. Los resultados demostraron que: la mayor satisfacción sexual estaba directamente relacionada con la calidad de vida y los altos niveles de dolor (relacionados con la amputación) se asociaron a una menor satisfacción sexual y una menor calidad de vida.

En el año 2000, Bodenheimer[10] demostró que más del 60% de hombres con amputación de M.I. presentaron problemas para alcanzar el orgasmo o dificultades en la erección. También expuso que no se encontró evidencia de una alta prevalencia de depresión o ansiedad en pacientes amputados con respecto a otro tipo de pacientes con discapacidad motora.

En el mismo año, la revista **Disability and Rehabilitation** publicó un estudio descriptivo realizado en Houston, EEUU por Bodenheimer C.[11] Su objetivo fue describir el funcionamiento sexual y psicológico y el estado general de salud de los participantes. Los criterios de inclusión fueron: presentar una amputación de miembro inferior (en adelante: M.I.), saber leer y tener la habilidad cognitiva suficiente para completar la autoevaluación. La muestra estuvo conformada por 30 participantes atendidos en la clínica regional de amputados, que presentaban amputación de M.I (70% nivel bajo rodilla y 23% sobre rodilla) de sexo masculino con un promedio de edad de 57 años. El 50% estaba casado o mantenía una relación de pareja formal; el 77% había sido equipado con prótesis. Las evaluaciones que se utilizaron fueron: "Derogatis Inventory of sexual functioning DISF" para conocer el funcionamiento sexual, "The beck depression inventory" y "State-trait anxiety inventory" para evaluar la incidencia de depresión y ansiedad en los participantes y "The Health Status Questionnaire" para conocer el estado general de salud de la población que conformo la muestra.

El resultado general del estudio mostro que un 77% de los participantes demostraron un descenso en la actividad sexual posterior a la amputación en comparación con su desempeño sexual previo. Sólo el 33% respondió tener un rendimiento sexual normal; la postura utilizada comúnmente para el coito fue la del sujeto en decúbito supino. Entre los factores percibidos por dichas personas como causantes de los problemas sexuales se encontraron, en orden decreciente según frecuencia: los efectos secundarios a la medicación, la falta de pareja, la falta de interés personal y la ansiedad. Según los participantes, la imagen corporal distorsionada, la baja autoestima, el miedo al rechazo por parte de la pareja y las

pobres habilidades de afrontamiento de la nueva realidad fueron los aspectos psicosociales influyentes en el desempeño sexual.

No se demostró correlación entre el funcionamiento sexual con el haber sido equipado con prótesis, ni con la presencia de dolor. La mayoría de los participantes no demostraron un aumento importante de ansiedad o depresión por lo tanto tampoco se encontraron resultados significativos que las relacionen con el desempeño sexual. En cuanto al estado de salud general todos los participantes obtuvieron resultados por debajo de lo establecido como normal, y los puntajes más bajos se encontraron con respecto a los cambios en el estado físico. Los hombres mayores de 65 años resultaron tener más problemas con respecto a los más jóvenes en el funcionamiento sexual sin que pueda explicarse por la posibilidad de tener pareja, aunque si presentaron peor estado de salud en cuanto a lo físico y sexual.

A continuación, en el año 2002 se publicó en la revista **Prothetics and Orthotics International** un estudio cualitativo realizado por: Ide, M., Watanabe, T., y Toyonaga, T[12]. Se llevó a cabo en Japón con 85 personas de entre 20 y 60 años, con amputación de algún miembro que fueron atendidos en el “Centro de Rehabilitación Industrial”. El objetivo del trabajo fue describir el estado físico y psicológico en la vida sexual de las personas amputadas. Se evaluó a través de un cuestionario auto administrado, indagando acerca de: las características del paciente, los aspectos relacionados con la amputación, el nivel de satisfacción en la vida (Estado de salud general, capacidad física, tiempo libre, productividad, situación económica, vida social, entre otras), y por último la actividad sexual y sus problemas (cambios en la actividad sexual, consultas realizadas a algún profesional, la posibilidad de hablar sobre sexualidad con alguien, etc). Los resultados demostraron que el 88,2% de los participantes había sufrido una amputación traumática, esto puede explicarse por la exclusión del estudio a personas mayores de 60 años. 36 participantes contestaron que su vida sexual cambió luego de la amputación. Al momento de la evaluación el 60% mantenía relaciones sexuales y al igual que en el estudio anterior, el único factor significativo relacionado con el grado de satisfacción en la vida sexual fue la existencia de pareja. El 72,2% de la muestra describió un descenso de interés con respecto a la sexualidad. Es importante resaltar que ningún participante habló de cuestiones relacionadas con la sexualidad con su médico.

### **Sexualidad en personas con Hemiplejía, secuela de ACV.**

Los accidentes cerebro vasculares (en adelante ACV) constituyen la causa de mayor incidencia en la producción de hemiplejía, (80 a 90%). Afectan, en su mayoría, a personas mayores de 50 años de edad, a excepción de la aneurisma cerebral que afecta con mayor frecuencia a personas entre los 20 y 40 años de edad. Si bien cada persona que ha sufrido un ACV presenta sus propias manifestaciones clínicas, en general se acompaña de las siguientes alteraciones: Alteraciones motoras, Alteraciones sensitivas, Agnosias, Apraxias, Alteraciones del lenguaje (afasia/disartria), y Vejigas neurogénicas no inhibidas. Desde el punto de vista fisiológico, la enfermedad no afecta el ciclo de respuesta sexual, es decir, que conservan el potencial adecuado para responder a los estímulos sexuales con deseo, excitación, meseta, orgasmo y resolución. En el caso que la lesión comprometa el sistema límbico, pueden manifestarse alteraciones en las funciones superiores, dentro de las que se destacan los



problemas emocionales y motivacionales. La mayoría de los autores coinciden en que si el deseo sexual se encuentra disminuido se debe al temor de sufrir un nuevo cuadro agudo durante el acto sexual, y que las alteraciones en la esfera sexual se deben a causas funcionales como son: el incremento de la ansiedad por el rendimiento, la depresión, la disminución del autoestima o pérdida de confianza en si mismos y la distorsión de la imagen corporal. También se debe tener en cuenta que algunas medicaciones (antihipertensivos, antidepresivos, sedantes, etc.) de uso común en este tipo de población pueden afectar la respuesta sexual.

En el año 2001, [Kimura M](#), [Murata Y](#), [Shimoda K](#), [Robinson RG](#)[13] realizaron un estudio en el Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Medicina de Iowa, EEUU. Su objetivo fue evaluar las características neuropsiquiátricas de los participantes y determinar la relación entre la disfunción sexual posterior a un ACV. Participaron del estudio 75 hombres y 25 mujeres todos con secuela de un ACV sufrido un año antes de la evaluación. Cuarenta y cuatro hombres (58,6%) y 11 mujeres (44,0%) informaron de insatisfacción con su funcionamiento sexual después del accidente cerebrovascular. Veinte hombres (26,6%) y seis mujeres (24,0%) reportaron disminución del interés sexual posterior al ACV. Todos los participantes, tanto hombres como mujeres, que presentaron disfunción sexual tenían mayor incidencia de síntomas depresivos evaluado con "Hamilton Rating Scale for Depression (HAM-D). Estos datos sugieren que el tratamiento de la depresión puede tener un efecto beneficioso significativo en pacientes con disfunción sexual.

En el año 2002, la revista **Cerebrovascular Disorders** publico un trabajo realizado por Raymond T.F. Cheung[14] en la Universidad de Hong Kong, Hospital Queen Mary, China. El objetivo del estudio fue evaluar los efectos del ACV sobre el funcionamiento sexual en pacientes con discapacidad leve. Participaron 63 hombres y 43 mujeres y a través de un cuestionario auto administrado se indago acerca de los hábitos y las funciones sexuales previas y posteriores al ACV. Los resultados demostraron un descenso significativo en la libido, en la frecuencia del coito, la capacidad de excitación, en el orgasmo y en el nivel de satisfacción sexual tanto en hombres como en mujeres. Todos los participantes reportaron falta de deseo sexual y temor a sufrir un nuevo ataque durante el acto sexual.

Posteriormente, en el año 2008, la revista **European Journal of Neurology** publico un trabajo realizado por un grupo de médicos neurólogos y psiquiatras en EL Departamento de Neurología de la Universidad de Dicle, Diyarbakir, Turquía[15]. El objetivo del estudio fue evaluar el impacto del Accidente Cerebro Vascular sobre el funcionamiento sexual y la relación entre la sexualidad posterior al ACV y las variables socio-demográficas y clínicas.

La muestra estuvo conformada por 103 personas de nivel socio-económico bajo, con diagnostico de ACV isquémico o hemorrágico, antecedente de internación en el Departamento de Neurología, y estabilizado clínicamente al momento de la evaluación, es decir, 6 meses después del episodio agudo. Todos los participantes tenían entre 40 y 80 años de edad y estaban casados; el 60% fueron hombres y el 70% de la muestra eran analfabetos. Fueron excluidas del estudio las personas que presentaban problemas de comunicación (afasia, disartria) o que habían recibido tratamiento por depresión previo al ACV. Las evaluaciones que se utilizaron fueron: "The Barthel's Index" para evaluar el nivel de independencia en las AVD;

“The National Institute of Health Stroke Scale” para determinar el nivel de severidad del ACV en cuanto el estado clínico y “The Assessment of Sexuality”, modificado por Korpelainen, para evaluar el funcionamiento sexual posterior al ACV.

Los resultados alcanzados demostraron que al momento de la evaluación la mayor parte (70,9%) de la muestra no trabajaba por ser jubilados y todas las mujeres eran amas de casa. En cuanto a las variables clínicas la mayoría de los participantes presentaban dominancia derecha, y las lesiones a nivel cerebral se dieron con mayor frecuencia en el área subcortical (47,6%), siendo la circulación cerebral anterior la más afectada (46,44%). Los hombres con lesión del hemisferio derecho presentaron más dificultades con la erección que los de lesión del hemisferio izquierdo; la diferencia fue de 72% vs. 48%, pero no resultó estadísticamente significativa. Se demostraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la frecuencia de relaciones sexuales, la lubricación vaginal, el orgasmo y el nivel de satisfacción pre y post ACV. La capacidad de erección y eyaculación en hombres también se vio afectada por el ACV y tanto los hombres como las mujeres presentaron temor de presentar otro ataque cerebral al momento del coito.

Una de las limitaciones importantes de este estudio fue el no evaluar específicamente el efecto de la medicación sobre el funcionamiento sexual. La mayoría de los participantes estaban medicados con Antidepresivos, Antihipertensivos y Benzodiacepinas, los cuales suelen causar impotencia u otros tipos de disfunción sexual.

Existen estudios previos que evaluaron la incidencia de la localización cerebral de la lesión sobre el funcionamiento sexual posterior y sus resultados demostraron que las lesiones en el hemisferio derecho provocaban mayores disfunciones sexuales, por ser el hemisferio dominante para las funciones de activación.[16],[17] No obstante la literatura se contradice en este aspecto ya que existen otros estudios que no han encontrado asociación entre el funcionamiento sexual y el área de localización de la lesión. [18],[19]

### **Sexualidad en personas con Lesión Medular**

La lesión medular (en adelante L.M) se describe como una conmoción, compresión, laceración o sección de la medula que produce alteración o pérdida de la función neurológica por debajo de la lesión y que se traduce clínicamente en una serie de síndromes en función del nivel de la lesión (cervical, dorsal, lumbar o sacro) y del grado de extensión de la misma (lesiones completas, incompletas, transversales o longitudinales). Los síntomas asociados son, generalmente, parálisis total o parcial motora por debajo del nivel de lesión, pérdida o alteración de la sensibilidad, trastornos de la función vesical e intestinal, trastornos orgánicos y psicológicos de la función sexual, entre otros.

Pasado el periodo de shock medular, el nivel de la injuria determinara en qué medida se afectan los órganos genitales. (Se adjunta en el Anexo II información detallada sobre los niveles lesionales y su influencia en los órganos sexuales.)

En general, se debe tener en cuenta que cuanto más alta es la lesión, mayores son las posibilidades de erección, por menor compromiso directo con el sector sacro. Y cuanto más baja es la lesión más serán las posibilidades de eyaculación ya que se conserva el núcleo dorsolumbar intacto. Desde una perspectiva biológica, la mujer con lesión medular tiene

menos limitaciones sobre la esfera sexual que el hombre ya que la función “receptiva” de sus órganos genitales no necesita de los cambios vasodilatadores pelvianos para permitir la penetración y la falta de lubricación vaginal se puede reemplazar fácilmente por el uso de lubricación artificial.

En todos los casos de lesión medular completa el área corporal situada por debajo del nivel lesional pierde la sensibilidad superficial y profunda, los órganos genitales y la región del periné se encuentran siempre comprometidos, por lo tanto su estimulación táctil no podrá llegar a la región cerebral correspondiente. A pesar de esto el orgasmo sigue siendo posible por ser una respuesta total del cuerpo que no se limita al área genital.

Con respecto a la alteración motora, tanto los hombres como las mujeres presentan dificultad para transferirse de un lugar a otro, para adoptar ciertas posiciones y para moverse durante la relación sexual; todos estos inconvenientes pueden incrementarse por la espasticidad y/o las retracciones articulares. En el caso de las cuadriplejias, la alteración motora de los miembros superiores dificulta la autoestimulación y la posibilidad de acariciar a la pareja. La pérdida del control voluntario sobre la micción y defecación influyen negativamente en la actividad sexual por el temor a la incontinencia durante el acto y por la alta predisposición a infecciones urinaria[20].

Si bien no existen alteraciones fisiológicas que influyan sobre el deseo sexual, es frecuente que las personas con L.M refieran disminución del deseo y esto se debe a causas de diversa índole como por ejemplo: la ausencia de sensibilidad en los genitales, la falta de fuerza y resistencia física, la imagen corporal distorsionada, la preocupación por la respuesta de la pareja, el temor a la incontinencia urinaria o intestinal, la depresión, el temor al rechazo, etc.

Las personas afectadas por una Lesión Medular constituyen uno de los grupos que mas estudios de investigación han recibido, por el impacto y las consecuencias tan devastadoras que supone la enfermedad en la vida del individuo que la padece.

En 1994, la revista **Paraplegia** publico un trabajo de investigación realizado por Kreuter, M. Sullivan, M. y Siosteen A. [21] en la unidad de Lesión Medular del Hospital Sahlgrenska, en Suecia. Además de las alteraciones físicas, la lesión medular afecta el autoestima e influye en las relaciones de pareja. Partiendo de esta hipótesis, el presente estudio evaluó la experiencia de las parejas de las personas con lesión medular en relación al interés sexual, el funcionamiento y la satisfacción. 49 personas contestaron el cuestionario que incluía 80 preguntas y una medida visual analógica (VAS) sobre calidad de vida. El promedio de edad de las parejas participantes fue de 34 años, 39 fueron mujeres y 10 hombres. El 61% de la muestra contesto sentirse satisfecho con sus relaciones sexuales y el 84% reporto que la relación de pareja en general era satisfactoria. El 50% de los participantes informo que mantenían relaciones sexuales al menos una vez a la semana y consideraron que su vida sexual era igual de satisfactoria o aun más que en el periodo previo a la lesión de su pareja. La percepción de los participantes indico que la confianza, la comunicación y el deseo sexual son más importantes para la satisfacción sexual que los aspectos fisiológicos en sí mismos. El alto nivel de satisfacción general en la vida y la preocupación sobre el placer sexual de la pareja sin discapacidad fueron factores predictivos de una vida sexual activa y satisfactoria.

Posteriormente, en 1995, Ide, M. y Ogata, H.[22] llevaron a cabo un estudio en Japón

sobre la actividad sexual y las preocupaciones de personas con lesión medular. La muestra estuvo conformada por 102 personas. Los resultados demostraron que el 59,8% de la muestra informo haber tenido relaciones sexuales tras la lesión, sin embargo el 47,1% respondieron no estar satisfechos con su vida sexual. Y la vida sexual fue el área menos valorada, en términos de importancia, con respecto a otros aspectos de la vida. Estos datos indican que el suministro de información acerca de la sexualidad debe ser un aspecto prioritario para los profesionales de la salud.[Escuchar](#)  
[Leer fonéticamente](#)

Diccionario - [Ver diccionario detallado](#)

1. **nombre**

- a. ante
- b. gamuza
- c. piel de ante
- d. suecia

En el 2002, la revista **Archives of Physical Medicine and Rehabilitation** publicó un estudio longitudinal realizado en el Departamento de Neurocirugía de “Medical College of Milwaukee”, USA por Fisher, T. Laud, P. Byfield, M. y Havat, M.[23] El objetivo del estudio fue clarificar cuestiones con respecto a la sexualidad en personas con lesión medular e identificar el momento adecuado de intervención en el área de salud sexual. La muestra estuvo conformada por 40 personas (32 hombres y 8 mujeres) que fueron atendidos en el Departamento de Neurocirugía. Se evaluó a través de cuestionarios auto administrados y entrevistas en dos momentos: durante la internación, y a los 6 meses del alta. Los resultados describen que el intervalo de tiempo comprendido entre la internación y los 6 meses post alta fue un periodo crítico con respecto al deseo y la actividad sexual, mejorando ambos aspectos en los meses siguientes y con una adecuada intervención profesional. La intervención sobre la salud sexual de los participantes se dio después de los 6 primeros meses de rehabilitación por consultorios externos y la modalidad de incluir a las parejas de los pacientes fue significativamente productiva por lo que quedo absolutamente justificada.

## **Conclusión:**

La mayoría de los estudios encontrados sobre sexualidad fueron realizados con personas con lesión medular y las razones que justifican esta tendencia son: la presencia de disfunciones sexuales de origen fisiológico y la alta incidencia de lesiones medulares en personas jóvenes. En los últimos años ha incrementado el número de personas jóvenes con secuela de ACV y esto ha impulsado a que se realicen más estudios en relación a los efectos sobre la sexualidad. Por el contrario, las amputaciones raramente provocan alteraciones en el sistema nervioso y sobre las funciones sexuales; esto hace que existan escasos estudios al respecto, a pesar de que se ha demostrado que el impacto psicológico y la adaptación a la nueva imagen corporal influyen directamente sobre la vida sexual.

Las repercusiones sobre la esfera sexual que provocan las discapacidades descritas anteriormente permiten concluir que, aunque en algunos casos la función sexual queda limitada, de ninguna manera llega a anularse, ya que la capacidad para obtener placer y bienestar y la posibilidad de mantener la comunicación con la pareja sigue presente. Es por esto que el reajuste sexual debe contemplarse como parte de la rehabilitación integral, resaltando que la salud sexual repercute positivamente en la calidad de vida y en las relaciones interpersonales.

En la década del 90 se adoptaron las “Normas Uniformes para la Igualdad de Oportunidades de las Personas con Discapacidad” que resumen el mensaje del programa de Acción Mundial para las Personas con Discapacidad. El artículo 9º explica que la sexualidad y la salud relacionada con ella son conceptos prioritarios en la rehabilitación integral y en la integración social de las personas con discapacidad. “Los estados deben promover la plena participación de dichas personas y velar porque la legislación no establezca discriminaciones al respecto”. [24] La sexualidad es una característica inherente al ser humano desde que nace hasta que muere. A pesar de eso para las personas con discapacidad la sexualidad ha sido un tema tabú sobre el que han recaído actitudes de negación, temor y mutismo.

La Terapia Ocupacional (T.O) forma parte del equipo de Rehabilitación y su contribución es la aplicación de valores centrales, conocimientos y habilidades para ayudar a las personas a comprometerse con las actividades diarias u ocupaciones que ellos quieren y necesitan hacer, de forma que contribuyan a la salud y la participación social. El compromiso con la ocupación, como el foco de intervención de la Terapia Ocupacional, incluye el aspecto tanto subjetivo (emocional y psicológico) y objetivo (físicamente observable) de los aspectos del desempeño. Una de las áreas de intervención de la T.O son “Actividades de la Vida Diaria”, descritas por Christiansen y Hammecker como “Actividades fundamentales para vivir en un mundo social, permitiendo la supervivencia y el bienestar”. La actividad sexual forma parte de esta categoría y su desempeño es entendido como la participación en actividades que busquen la satisfacción sexual[25]

Es de suma importancia que los profesionales de salud en el ámbito de la rehabilitación favorezcan la adaptación de las personas a su nueva realidad, ayudando a su comprensión y promoviendo el desarrollo de actitudes activas y la búsqueda de alternativas favorecedoras frente a la situación actual. En la vertiente sexual, partiendo del hecho de que todos somos personas sexuadas y de que no existe un modelo único de sexualidad, las intervenciones profesionales deberían encaminarse a favorecer el descubrimiento y la exploración de las capacidades propias de cada persona y a promover un reajuste sexual adaptado a los propios deseos, preferencias y posibilidades reales.

## **Anexo I**

### **Anatomía y fisiología sexual humana: “Ciclo de respuesta sexual” [26]**

**Fase de deseo:** El deseo sexual es vivenciado como sensaciones que movilizan al individuo a buscar experiencias sexuales o mostrarse receptivo a ellas; tiene componentes biológicos, psicológicos y sociales.

El deseo depende del sistema límbico, parte del cerebro que controla las experiencias emocionales y sexuales del sujeto, en conexión con el hipotálamo y la hipófisis. También depende de la hormona sexual masculina “testosterona” que ejerce un efecto positivo sobre el deseo sexual a nivel cerebral. Y por último depende de la necesidad personal de afecto y contacto corporal y de la ausencia de conflictos con uno mismo o con la pareja.

**Fase de excitación:** Esta fase se desarrolla a partir de la estimulación corporal y/o emocional. Se caracteriza por el inicio de las sensaciones eróticas y por las manifestaciones de tensión sexual, que incluyen una reacción corporal generalizada de vasocongestión y miotonía. En el Hombre: la cantidad de sangre necesaria para producir una erección es de 70cc. aproximadamente y existen 3 tipos de erecciones. La erección psicógena, producida por estímulos sensitivos extragenitales, sensoriales y psíquicos. La erección refleja; producida por estímulos sensitivos táctiles que provienen del área genital, ingresan por vía sensitiva hacia el centro sacro de la medula espinal y la acción efectora por vía parasimpática produce la erección sin intervención cerebral.

En la Mujer la respuesta vasocongestiva es más difusa, la cantidad de sangre necesaria para llenar la plataforma orgásmica es de 500cc. aprox. La vasodilatación de las arterias perineales se produce por la acción del sistema parasimpático, cuyo centro se encuentra en las metámeras sacro 2 a 4 de la medula espinal.

**Fase de meseta:** Es un estado de excitación más avanzado que ocurre inmediatamente antes del orgasmo.

**Fase de orgasmo:** El orgasmo es una vivencia placentera que se integra en el sector temporal del sistema límbico en conexión con el hipotálamo y se caracteriza por la aparición de contracciones musculares involuntarias en todo el cuerpo especialmente el área genital. Constituye el máximo de satisfacción emocional y física de la actividad sexual, es una experiencia de corta duración y gran intensidad.

En el hombre la respuesta muscular se da en dos etapas: la emisión producida por acción del sistema simpático (sistema nervioso autónomo) localizado en las metámeras Dorsal 10 a Lumbar 2 que actúan a través del nervio hipogástrico. Y la eyaculación cuyo centro regulador se encuentra en los segmentos medulares Sacro 2 a 4. Es un reflejo involuntario que se haya mediatizado por el sistema nervioso voluntario a través del nervio Pudendo. Se debe diferenciar el orgasmo de la eyaculación, el orgasmo es consciente y la eyaculación un reflejo físico.

En la mujer, la respuesta muscular desencadena el orgasmo por la contracción espasmódica de los músculos del suelo de la pelvis. El centro que lo regula se encuentra en los segmentos medulares Sacro 2 a 4, es un reflejo involuntario que se haya mediatizado por el sistema nervioso voluntario a través del nervio Pudendo.

Fase de resolución: La resolución es la etapa final del ciclo de respuesta sexual. En ella disminuyen las respuestas fisiológicas específicas anteriormente descritas y todo el cuerpo retoma su estado basal.

## **Anexo II**

### **Relación entre nivel de lesión medular y características de disfunción sexual[27]**

Si la lesión se encuentra por encima de la metamera dorsal 10, toda la respuesta sexual puede lograrse gracias a los arcos reflejos periféricos que se encuentran intactos por debajo del nivel lesional. El hombre podrá acceder a una erección, emisión y eyaculación refleja y la mujer podrá tener de manera refleja, erección del clítoris, vasocongestión de la vagina, lubricación, contracciones uterinas y contracción espasmódica de los músculos pelvianos. Si la lesión afecta los centros dorsolumbares habrá ausencia de emisión y eyaculación pero estará presente la erección refleja ya que el centro que la regula se encuentra, indemne, en el sector sacro 2 a 4. Si la lesión se encuentra entre los centros dorsolumbares y sacros, la conexión entre el núcleo dorsolumbar y el cerebro estará intacta, por lo tanto el hombre presentara: emisión, erección por estímulos psicógenos a través de lumbar 2 (generalmente insuficiente por si misma para una buena penetración), erección refleja que refuerza la anterior y eyaculación refleja. Por último, si la lesión se encuentra en el núcleo sacro (S2 a S4) el hombre no presentara erección refleja ni eyaculación propiamente dicha; pero si esta indemne el núcleo dorsolumbar podrá haber erección por estímulos psicógenos (Lumbar 2) y emisión por el meato urinario que se presenta como un “babeo”. En el caso de la mujer, si el núcleo dorsolumbar se encuentra conectado con el cerebro, únicamente conserva la percepción de las contracciones uterinas.



## **Bibliografía:**

---

[a] Residencia de terapia ocupacional, rotación con atención de adultos con patologías de origen neurológico y amputaciones.

[b] **Lic. María Elena Villa Abrille**, psicóloga, sexóloga clínica, especialista en sexualidad y afectividad de personas con discapacidades, acreditada por la Sociedad Argentina de Sexualidad Humana-SASH.

[c] Límites de búsqueda: palabras claves en los campos: título/abstract, especie: humana, edades: adultos, idioma: inglés y castellano.

[d] Dra. Araquistain Liliana. Medica Fisiatra, Especialista en Sexualidad. Hospital de Rehabilitación Manuel Rocca.

---

[1] OMS. Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la salud (CIF), 2001

[2] Pose, F. La sexualidad de las personas discapacitadas. *ABRN Producciones Graficas*, Buenos Aires, 1991.

[3] Villa Abrille, ME. [www.nuestrohacer.com.ar](http://www.nuestrohacer.com.ar). *ETC Magazine*, 4 de Noviembre, 2010.

[4] Ip cit 2.

[5] Ibid.

[6] Randall, G., Ewalt, J., Blair, H. Psychiatric reaction to amputation. *Journal of Medical Association*, 1945.

[7] Reinstein, L., Ashley, J., Miller, K. Sexual adjustment after lower extremity amputation. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 1978.

[8] Williamson, G., Walters, A. Perceived impact of limb amputation on sexual activity: a study of adults amputees. *Journal of Sex Research*, 1996.

[9] Williamson, G., Walters, A. Sexual satisfaction predicts quality of life: a study of adults amputees. *Sexuality and Disability*, 1998.

[10] Bodenheimer, C., Kerrigan, A., Garber, S. and Monga, T. Sexuality in persons with lower extremity amputations. *Disability and Rehabilitation*, 2000.

[11] Ibid.

[12] Ide, M., Watanabe, T., Toyonaga, T. Sexuality in persosn with limb amputation. *Prosthetics and Orthotics International*, 2002.

[13] Kimura M, Murata Y, Shimoda K, Robinson RG. Sexual dysfunction following stroke.

*Compr Psychiatry*, 2001.

[14] Raymond T., Cheung, F. Sexual functioning in Chinese stroke th mild or no disability. *Cerebrovascular Dysfunction*, 2002.

[15] Tamam Y., Tamam L., Akil E., Yasan A., Tamam B. Post-stroke sexual functioning in first stroke patients. *European Journal of Neurology*, 2008.

[16] Monga, T., Lawson J., Inglis, J. Sexual dysfunction in stroke patients. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 1986.

[17] Buzelli, S., Di Francesco, L. Psychological and medical aspects of sexuality following stroke. *Sexuality and Disability*, 1997.

[18] Boldrini, P., Basaglia, N., Calanca, M. Sexual changes in hemiparetic patients. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 1991.

[19] Korpelainen, J., Nieminen, P., Myllyla, V. Sexual functioning among stroke patients and their spouses. *Stroke*, 1999.

[20] Monedero, M. [www.lesionmedular.org](http://www.lesionmedular.org), La sexualidad y la discapacidad física, 2010.

[21] Kreuter M, Sullivan M, Siösteen A. Sexual adjustment after spinal cord injury (SCI) focusing on partner experiences. *Paraplegia*. 1994.

[22] Ide, M, Ogata, H. Sexual activities and concerns in persons with spinal cord injuries. *Paraplegia*, 1995.

[23] Fisher TL, Laud PW, Byfield MG, Brown TT, Hayat MJ, Fiedler IG. [Sexual health after spinal cord injury: a longitudinal study](#). *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 2002.

[24] United Nations / Division for Social Policy and Development -ONU- Normas Uniformes sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad, 1998.

[25] Asociacion Americana de Terapia Ocupacional -AOTA-, Marco de Trabajo para la Practica de Terapia Ocupacional, 2° edición, *American Journal of Occupational Therapy*, 2010.

[26] Ip cit 2.

[27] Obid.

<sup>28</sup> Esclarin de Ruz, A. lesión Medular, Enfoque Multidisciplinario. *Ed. Panamericana*, Buenos Aires, 2009.

<sup>29</sup> Peirano, S. Mitología de la Sexualidad Especial. [sexualidadespecial.blogspot.com](http://sexualidadespecial.blogspot.com)