

I. INTRODUCCIÓN

1. Sexualidad

A medida que se va elevando la escala evolutiva la conducta de los organismos vivos se va haciendo más y más compleja. Prueba de esto es el ser humano, muestra de una amplia complejidad desde su anatomía y raciocinio hasta su comportamiento sexual. Actitudes, creencias, afectos, hábitos, impulsos y necesidades, todo ello conduce a la diversidad de comportamientos sexuales, por lo tanto es difícil establecer un patrón (Prieto, 1983; citado por Soto, 1987).

Debido a esa gran diversidad la sexualidad del hombre se encuentra por encima del instinto, por lo antes dicho, no deja de tener un gran componente biológico, pero sobre todo es eminentemente psíquico e inseparable de la condición humana.

En el ser humano la sexualidad comprende dos aspectos básicos; el psicosocial y el orgánico. En este último la función sexual se describe como una serie de hechos fisiológicos que en el hombre son: la erección, la eyaculación y el orgasmo y en la mujer la lubricación (análoga a la erección) y el orgasmo. Los criterios sobre la sexualidad depende en gran medida de la época, país, valores culturales y religiosos donde se desarrolla el individuo, lo que unido a los conceptos y enseñanzas adquiridas en el seno familiar conforman la actitud de

esa persona hacia el sexo, estos son los aspectos psicosociales (Castillo y Mena, 1997).

Dentro de las características y necesidades importantes de los seres vivos se encuentra la sexualidad, la cual es practicada según la personalidad de cada ser humano; de la información que tengan a cerca de ella, de su propia motivación, cultura, valores morales, costumbres, prejuicios, instintos y los objetivos que mantienen cada individuo.

La sexualidad se puede definir como un aspecto constitutivo de las personas, que está presente desde el momento de la concepción hasta la muerte, se necesita de conocimientos que la enriquezcan y permitan desarrollarla de forma plena e integral en los diferentes estadios de la vida (Rodríguez y Marín, 2000).

La sexualidad es un tema sumamente polémico y hermético, el cual debe ser investigado y tratado con debido respeto. La sexualidad humana es más lúdica que reproductora (Forcano, 1981; citado por Soto, 1987).

La sexualidad es la propia vida, ahonda en ella sus raíces y hasta, en cierto modo se identifica con ella. Nadie puede tener el sexo como algo banal e irrelevante. La naturaleza sexual no es solo biológica ni animal, es también

personal, y por supuesto no es angelical ni espiritual. La vivencia de la sexualidad es multiforme (Maideu, 1985; citado por Soto, 1987).

También se puede decir que la sexualidad es una fuente del placer, salud, bienestar y comunicación y si se vive satisfactoriamente también es una fuente de comprensión para con los demás y de eliminación de rigideces. Es por lo tanto, una fuente de equilibrio y armonía para la persona, una fuente de amor, vida, de actitudes positivas ante si mismo, los demás y las cosas (López, 1984; citado por Soto, 1987).

De acuerdo a las interpretaciones de los autores antes citados se puede decir que la sexualidad es una gran dimensión que continuamente se debe descubrir, vivir, disfrutar, conocer, divulgar e investigar, debido a su importancia en la vida del hombre y de todo ser vivo.

En la sexualidad hay más que sexo dirigido por estrategias mecanizadas o preestablecidas. Todo lo que abarca el concepto de la sexualidad va más allá de la reproducción, placer orgásmico, de la saturación de información en nuestros pensamientos y sentimientos sobre sexualidad que le restan la importancia de recorrer ese camino (Soto,1987).

1.1 Sexualidad en individuos con lesión medular (Parapléjia y Cuadripléjia)

La sexualidad del lesionado medular es un factor que frecuentemente no se tiene en cuenta durante el proceso de rehabilitación; y sin embargo, tiene una gran importancia en el ajuste del paciente con su familia, especialmente con su pareja. Las lesiones medulares afectan en mayor o menor grado la función sexual. Estos cambios dependen del nivel de lesión, su intensidad y experiencias sexuales anteriores (Castillo y Mena, 1997).

La sexualidad humana implica al cuerpo y a la psique, mejor dicho cuando el desarrollo psicosexual sigue una buena línea, representa una completa integración. En cambio, en los casos en que el desarrollo psicosexual ha sufrido desviaciones o heridas en el transcurso de la vida, implica un desequilibrio en sólo una parte del Si mismo del individuo. En este mismo sentido, la herida en el yo corporal (físico) modifica la imagen intrapsíquica y lo refleja en la sociedad dañando la capacidad de instaurar o de mantener una relación afectiva (Balduino, Govigli y Valgimigli, 1987).

Las personas discapacitadas tienen los mismos derechos sexuales y la posibilidad de involucrarse totalmente en interrelaciones emocionales y sexuales. De igual manera son personas sexuales y tienen un amplio rango de necesidades y problemas como los tienen aquellos de cuerpos hábiles (Asbah, 1983; citado por Torices, 1997).

El temor a la sexualidad que los discapacitados tienen, tal vez se fundamente en la creencia de que el poseer un grado adecuado de salud física es un factor de vital importancia para la vida sexual, por lo tanto este pensamiento puede interferir en la conducta sexual y lleva a concebir a las personas discapacitadas como asexuales, siendo esto no correcto (Torices, 1997).

Los individuos en la edad adulta ya han adquirido una identidad sexual, por lo tanto cuando sufren un accidente, esto provoca el daño en el yo somático (cuerpo) que le priva de aquella parte de la identidad sexual que permite recibir una respuesta a las señales de petición de complementariedad relacional dirigida a una persona sana por temor a ser rechazado y debido a que este se siente disminuido solo solicita una simple amistad.

La sexualidad de los discapacitados está bloqueada por la familia, información nula sobre el tema, la cultura, prejuicios, complejos, frustraciones y todo aquello que obliga a este sector de la población a permanecer anclado en prácticas de autosatisfacción como la masturbación acompañado de fantasías eróticas de tipo compensatorio (Baldaro, Govigli y Valgimigli, 1987).

Se sabe que la conducta del ser humano en el área sexual depende tanto de factores biológicos como psicológicos. La sexualidad es una experiencia de gran contenido emotivo que entraña actitudes emocionales, positivas y

negativas, que a menudo refleja las fuentes más profundas de autoestima y satisfacción.

La función sexual en el parapléjico y cuadripléjico puede estar obstaculizada por dos formas:

- Por la lesión medular, que puede, en ciertos casos, impedir la función sexual.
- Por modificaciones psicológicas dependientes de la incapacidad, como dudas acerca de la suficiencia, de la potencia y del atractivo que ejerce hacia otras personas (Anguera, 1980).

Las anomalías sexuales más comunes son las inhibiciones, sentimientos de culpa, ansiedad ante el desempeño sexual, inapetencia erótica y la aceptación no razonada de los tópicos o la información errónea sobre la sexualidad humana. La mujer lesionada medular puede no tener orgasmos pero no impide la satisfacción emocional y esta puede concebir sin problemas (en algunos casos se emplean fórceps, debido a la parálisis de los músculos que se usan en la expulsión), su sensualidad en el interior de la pareja podrá ser de tipo pregenital, modalidad que por otra parte, es a menudo preferida por la mujer, que culturalmente erotiza la ternura.

En cambio el varón con lesión medular presenta impotencia sexual parcial o completa y algunos estudios han comprobado que los parapléjicos impotentes experimentan más depresión, alejamiento y trastornos emocionales que los que

conservan la potencia. Debido a estas dificultades reales, es por lo que el lesionado debe ser ayudado a reconocer que es un ser aún sexual, debe de aceptar su sexualidad como un área más de su vida y por consiguiente comenzar a valorar todo lo que puede ofrecer al otro, pues no es un ser inútil (Anguera, 1980).

Acerca del deseo sexual, este no es afectado directamente por el trauma y en general se mantiene y aunque la constelación de cambios que produce la lesión medular en ocasiones hace que el paciente disminuya su actividad sexual, ello no es precisamente por falta del deseo (Castillo y Mena, 1997).

La función sexual en general se conserva más en los traumatismos raquimedulares incompletos que en los completos; y en los primeros, el área perianal, se constituye en una zona de especial importancia para la estimulación de la respuesta sexual orgánica. Las sensaciones genitales de tipo somatoestésico normalmente se encuentran abolidas en lesiones medulares completas por encima de Sacro 2; y cuando esto ocurre, se establecen nuevas zonas con gran potencia “erogénico” como lo son las áreas erógenas secundarias y la zona de la piel donde se hace la “transición” de anestesia a sensación normal (Vidal, 1998).

1.2 Satisfacción Sexual

Como ya se mencionó antes la sexualidad en el hombre es una parte importante para el desarrollo óptimo de éste. Ahora bien, en este tema se aclarará que existe una gran diferencia entre simplemente vivir la sexualidad que le corresponde a cada persona según sus preferencias, sexo e identidad de género o vivirla plenamente obteniendo una satisfacción personal y de su pareja.

Ningún aspecto de la vida del hombre puede ofrecerle mayor satisfacción, placer y plenitud emocional y física que la actividad y el contacto erótico. La satisfacción sexual se logra a través del conocimiento del propio cuerpo, del conocimiento de la pareja así como un conocimiento más profundo de la capacidad de dar y recibir placer que tienen los miembros de la pareja, se emplean estrategias e innovaciones para que de esa manera se maximice el placer y la excitación mutua (Lacroix, 1996).

El concepto de placer o satisfacción no puede reducirse ni atribuirse solo a las sensaciones que proceden de las estimulaciones genitales. Todo el cuerpo puede ser erotizado. Además la sexualidad no es sinónimo de genitalidad sino, que es algo mucho más amplio que abraza los conceptos de corporeidad, contacto, ternura y afectividad (Baldaro, Govigli y Valgimigli, 1987).

Por otra parte es preciso mencionar que la satisfacción sexual es completamente una percepción subjetiva, pues existen individuos que a pesar de estar presentando problemas al relacionarse con su pareja en el manejo del hogar, aun así pueden estar satisfechos en su vida sexual (Baur y Crooks, 1999).

La confianza y alegría de dar o recibir alguna caricia o acto para lograr la plenitud sexual, no es suficiente pues se necesitan más elementos (Lacroix, 1996).

- Atracción física mutua en la pareja
- Conciencia de tener sexo seguro
- Creación de un ambiente adecuado
- Desnudarse mutuamente
- Permitir el juego previo
- Juegos sensuales en el proceso
- Empleo de técnicas y posturas básicas o avanzadas
- Confianza de compartir las fantasías sexuales individuales
- Satisfacción de deseos o necesidades individuales

Otros sexoterapeutas opinan según sus experiencias en el asesoramiento de miles de parejas que existen aspectos que deben ser tomados en cuenta para obtener una sexualidad placentera con la pareja (Master, Johnson y Kolodny, 1987).

- Nunca se debe olvidar que una buena relación sexual empieza mientras aún se lleva puesta la ropa.
- Antes de llegar a tener relaciones sexuales es importante dedicar un tiempo a pensar en uno mismo como un ser sexual.
- Asumir la responsabilidad del goce sexual y sensual de sí mismo. Cada individuo es responsable de su propio erotismo, cada persona debe hacerse cargo de sus necesidades sexuales y sensuales, en realidad con ese acto se le está dando una inmensa prueba de afecto al compañero o compañera.
- Hablar con la pareja de asuntos sexuales es recomendado. A través de esta comunicación se logra intercambiar gustos, necesidades y motivaciones personales, dando de esta manera la información precisa al compañero (a) para que conozca más sobre nosotros mismos. Esta área debe ser cuidada y se debe realizar en el momento adecuado sin críticas o de manera hiriente.
- Regularmente debe existir un clima de solidaridad afectiva con la pareja.
- No permitir que la vida sexual degenere en una rutina. En muchas parejas la insatisfacción sexual es el resultado directo del tedio que produce la falta de novedad y de imaginación en las relaciones amorosas. Una de las amenazas más peligrosas para la satisfacción sexual futura es la sensación de suficiencia, es el sentimiento de que todo marcha sobre ruedas.

- El empleo de fantasías es uno de los mejores afrodisiacos que se conocen. Las fantasías se pueden emplear de múltiples maneras con el objetivo de entregar variedad a la vida sexual de la pareja.
- No llevar el rencor de las discusiones a la alcoba.
- Conciencia de que una buena relación sexual no tiene límites establecidos. La aplicación de técnicas es de gran utilidad, pero sobre todo la espontaneidad debe reinar al hacer el amor.
- Imprimir cierto aire poético a la vida amorosa.
- Afanarse en mejorar la prestación sexual no es un método.
- No debe darse a la sexualidad un tono de seriedad excesiva. Es preciso que en la alcoba no se tome todo seriamente, sino permitirse sentir el acto sexual como un recreo placentero o como una aventura.
- No esperarse siempre estar “inspirado” para avenirse a tener relaciones sexuales.
- Aunque no se tenga un total de coincidencia en gustos entre usted y su compañero (a), ello no supone que su unión vaya a naufragar irremisiblemente.
- Si tiene usted problemas, piense que lo mismo le pasa a la mayoría de las personas, pero si los problemas son excesivos no espere pasivamente a que desaparezcan y solicite ayuda.
- Sea realista en cuanto a sus expectativas sexuales.

Afortunadamente, la satisfacción sexual es posible cuando se busca, independientemente de que su obtención difiera de la forma en que anteriormente se lograba. La relación sexual no es exclusivamente el coito con penetración; puede ser eso, pero debe ser o aspirar a ser mucho más; la satisfacción plena de la pareja por cualquier método, la llegada de un clímax compartido de goce y espiritualidad. Todo lo anterior puede denominarse relación sexual, aún cuando no haya posibilidad de erección y por ende coito con penetración (Castillo y Mena, 1997).

1.3 Mitos en la Sexualidad del Lesionado Medular

Los mitos están basados en el desconocimiento y la falta de información objetiva o también por historias fantásticas que no se basan en hechos reales. Los mitos en los lesionados tienen la gran capacidad de mermar la expresión plena de su sexualidad puesto que estas ideas contaminan la identidad y las relaciones del individuo (Torices, 1997).

Se realizó un estudio compuesto por 1,150 mujeres con discapacidad física, de las cuales el 24% presentaban lesión medular y se encontró que los factores sociales y psicológicos ejercen un fuerte impacto en su funcionamiento sexual, además se observó que el desarrollo de la autoestima y autoimagen son grandes influencias en el mismo funcionamiento (Nosek, Rintala y Young, 1996).

Dentro de los mitos más populares se encuentran los siguientes:

- Los discapacitados son como niños, dependen de los demás y necesitan protección.
- La discapacidad física genera discapacidad física en su entorno.
- Deben hacer su vida y casarse con personas como ellos.
- Los padres de estos no deben de darles educación sexual.
- La relación sexual que culmina con el orgasmo es esencial para el goce sexual.
- Si una persona con discapacidad padece un trastorno sexual, casi siempre se debe a su condición física.
- Los discapacitados son asexuales.
- Si una persona sin discapacidad mantiene relaciones sexuales con una con discapacidad es porque no puede atraer a individuos “normales” (Masters, Johnson y Kolodny, 1982; citados por Torices, 1997).

Lo antes mencionado es la opinión de la gente, lo cual demuestra ciertamente la falta de información sobre el conocimiento de las propias necesidades y en general de uno mismo. El primero que debe tener bien claro estos conceptos es el propio paciente. Nadie pensará en un parapléjico o cuadripléjico como un ser sexual, si él no se ve a sí mismo como un ser sexual (Castillo y Mena, 1997).

2. Autoestima

El descubrimiento de la propia estimación es algo maravilloso y esencial porque debido a ese hallazgo el individuo adquiere la capacidad de conseguir una vida plena y de autorrealización. “La autoestima procede de uno mismo, no de las adquisiciones y la aceptación. Adopta la decisión personal de enamorarte de la persona más hermosa, incitante y digna ¡TU!” (Dyer; citado por Aguilar, 1993).

Virginia Satir (1989) argumentó “En todo el mundo, no hay nadie como yo, hay personas que tienen algo en común conmigo pero nadie es exactamente como yo, por lo tanto todo lo que surge de mi es verdaderamente mío porque yo sola lo escogí; soy dueña de todo lo que me concierne: mi cuerpo, mente, ojos, sentimientos, boca, voz, acciones, fantasías, sueños, esperanzas, temores, triunfos y fracasos, ahora como soy dueña de todo mi yo puedo llegar a conocerme y amarme”. Lo antes dicho lleva a pensar que el hombre tiene muchos recursos para progresar en la vida, siempre y cuando los reconozca, valore y sepa emplearlos correctamente.

2.1 Definición de Autoestima

La autoestima es el componente evaluativo del concepto de sí mismo, este concepto construye el destino de cada individuo; en otras palabras es la visión más profunda que se tiene de uno mismo, la cual influye en todas las elecciones

y decisiones significativas de la vida, además de modelar el tipo de vida que se desea crear (Branden, 1989).

El hablar de autoestima genuina, no es lo mismo el decir que se tiene confianza en uno mismo, debido a que la confianza o seguridad en uno mismo se basa en la plena convicción de que probablemente se tendrá éxito en determinada actividad o acción porque en el pasado ya se han tenido experiencias similares y se han superado. La autoestima en caso contrario es la capacidad que tiene el individuo de gustarse y de tenerse respeto en situaciones tanto de éxito como de fracaso, además de respetar y querer a los que le rodean (Burns, 2001).

Según Waitley (s/f; citado por Aguilar, 1993) la autoestima es ese sentimiento que se encuentra en lo más profundo de la piel y que habla del propio valor. Según Bourne (s/f; citado por Aguilar, 1993) es una forma de pensar, sentir y actuar que implica el aceptar, respetar, confiar y creer en si mismo. Autoestima es la reputación que tienes contigo mismo (Tracy s/f ; citado por Aguilar, 1993).

Es el concepto que se tiene de la propia valía y se basa en todos los pensamientos, sentimientos, sensaciones y experiencias que sobre uno mismo se han ido recogiendo a través de las experiencias de la vida; Las millares de impresiones, evaluaciones y experiencias así reunidos se conjuntan en un

sentimiento positivo hacia uno mismo o, por el contrario, en un incómodo sentimiento de no ser lo que se espera (Marsellach, 1998).

El término autoestima incluye necesariamente una valoración y expresa el concepto que uno tiene de sí mismo, según las cualidades subjetivables y valorativas (Masitu, Roman y Gracia, 1988; citados por Aguilar, 1993). Lo antes dicho se refiere a que el autoconcepto se encuentra dentro de la autoestima, pero no viceversa.

El individuo se valora así mismo según las cualidades que provienen de su experiencia y éste las considera ya sea positivas o negativas, de la misma manera el concepto de autoestima se presenta como un todo, resultado de este proceso de autoevaluación, definiendo así la autoestima como la satisfacción personal que crea y mantiene el individuo consigo mismo, la eficacia de su propio funcionamiento y una actitud evaluativa de aprobación (Lila, 1995; citado por Burns, 2001).

Desde el punto de vista de las dimensiones, aquellas que presentan polos positivos y negativos del concepto de uno mismo suele conocerse como autoestima, no importando la inclinación que se tiene. Al decir que una persona se define a sí mismo positivamente más que negativamente, es entonces donde se dice que tiene una autoestima alta, en contra parte aquellos que se describen más negativamente mantienen en sí mismos una autoestima baja (Bee, 1987).

Existen autores que argumentan que la autoestima es un estado mental y se puede definir como un sistema interno de creencias y la manera como el individuo experimenta externamente la vida, en otras palabras es la manera como cada ser humano se siente y lo que piensa respecto a el mismo y a los demás, midiéndolo por la manera de actuar (Palladino, 1992).

2.2 Niveles de Autoestima

Cuando se habla de los niveles de autoestima, más que una experiencia externa que se encuentre en los demás, es una experiencia completamente íntima que reside en el núcleo del ser. Por lo tanto, aquel que es capaz de transformar, crear y construir un autoestima ya sea alta o baja, es porque está trabajando desde lo más profundo de su ser (Branden, 1989).

La autoestima puede presentar principalmente dos niveles los cuales son alta autoestima y baja autoestima. La autoestima alta es alcanzada por aquellos que asumen responsabilidades de sus sentimientos, deseos, pensamientos, aptitudes e intereses propios, aceptan atributos personales y actúan en consecuencia. El tener un autoestima alta es sentirse completamente para vivir y digno de ser feliz (Branden, 1989).

Harter (s/f; citado por Papalia y Wendkos, 1998) propone que la autoestima alta es tener confianza plena en sí mismo, ser seguro, atribuirse

valores positivos en la autodescripción, ser independiente, estar orgulloso de sí mismo, ser flexible, tener tolerancia a la frustración, ser perseverante y aceptar críticas.

Las personas con autoestima alta son aquellos cuyas definiciones de sí mismos son primariamente positivas. Estas personas se desenvuelven mejor en el campo académico, presentan una actitud positiva ante la vida, una alta motivación para realizar las cosas, tienen un lugar de control interno más que externo, por lo tanto se ven responsables de sus éxitos o fracasos y presentan mejores relaciones sociales. Se puede ver que los que mantienen una autoestima alta no solo piensan bien de si mismos sino que generalmente tienen éxitos (Bee, 1987).

Ahora bien, el otro nivel de autoestima es el opuesto al antes descrito y se le conoce como nivel bajo de autoestima. Aquellos individuos con nivel bajo de autoestima se muestran con un estado de ánimo deprimido, el cual puede reducir las energías de las personas y puede afectar la competencia, también se observa que estas personas no confían en sus ideas, carecen de seguridad, falta de exploración, presentan retraimiento y se retiran de grupos sociales, además tienen una autodescripción negativa y no se sienten orgullosos de sí mismos (Harter, s/f; citado por Papalia y Wendkos, 1998).

Todos aquellos que tienen la autoestima baja se definen a sí mismos en su mayor parte en términos negativos (Bee,1987). La autoestima baja comprende un círculo vicioso el cual encierra muchas actitudes negativas en la persona, como pesimismo, pasividad, agresividad, irrespetuosidad, engaño, autorechazo y no tienen la iniciativa de aprender y como consecuencia de mejorar (Aguilar, 1993).

2.3 Importancia de la Autoestima

El sentirse bien respecto a uno mismo no es un lujo sino una necesidad imperiosa. De ahí se origina gran parte de la importancia que encierra el tener una autoestima sana, el mencionar “necesidad imperiosa” no solo aclara la prioridad que representa en el ser humano sino que además señala el valor o gran peso que tiene (Palladino, 1992).

Dentro de las acepciones antes citadas se puede notar que abarca el respetarse a uno mismo, tener armonía, paz propia y también incluye el poner los ojos en aquellos que nos rodean. Por lo mismo, la autoestima afecta todo lo que el individuo piensa, hace o tiene. La autoestima refleja ante los demás la personalidad de uno mismo.

Cuando alguien asume con responsabilidad lo que hace, es entonces cuando crece y se desarrolla para lograr sus ilusiones y metas. Este individuo se

encuentra en constante crecimiento hacia lo positivo, aceptando sus caídas, errores y defectos, en general creando una conciencia de sí mismo.

Alejandro Dumas (s/f; citado por Aguilar, 1993) argumenta que la persona que duda de su valor es como un hombre que se enlista en las filas del enemigo y carga las armas en contra de sí mismo. Allí reside también la importancia de la autoestima porque uno mismo tiene las armas para salir adelante en la vida, cada persona mantiene dentro de sí las capacidades, habilidades y potencialidades para luchar con la vida diaria, ahora bien, aquel que no tiene una autoestima sana, entonces cambia su visión, afecta todos los aspectos de su persona y poco a poco camina hacia el fracaso irremediable. El mayor daño que se puede hacer es hacia su persona, y la falta de ésta no lo ayuda, lo destruye.

Eleanor Roosevelt (s/f; citado por Aguilar, 1993) dice “Nadie puede hacerte sentir menos sin tu consentimiento”, cada persona es responsable de sus decisiones y actos, además nadie tiene el derecho de dañar a su semejante si aquel no se lo permite, por lo tanto una persona con autoestima sana no permite que lo lastimen, pues conoce mejor que nadie lo que es y lo que tiene.

La forma de cómo se siente el individuo con respecto de sí mismo afecta en manera decisiva todos los aspectos de su experiencia, desde la forma de funcionar en el trabajo, amor y familia hasta la misma sexualidad, es por esto

que la autoestima es la clave del éxito o del fracaso en la vida del hombre. Un elemento que comprende una necesidad primaria en la vida del ser humano es la sexualidad y para mantenerla sana, la autoestima es un factor que interviene en ese proceso (Branden, 1989).

3. Lesión Medular (Parapléjia y Cuadripléjia)

Todas las partes del cuerpo humano son importantes y elementales para que el hombre se desarrolle y actúe al 100%. Ahora bien, de toda la anatomía humana la médula espinal tiene un valor único en la motricidad y sensibilidad de todo organismo. El conocer su constitución ayuda a manejar con mayor responsabilidad las acciones, así como saber lo que pasa cuando ésta llega a lesionarse. Los niveles y tipos de lesiones determinan que extremidades serán dañadas y sufrirán consecuencias para toda la vida.

Las lesiones medulares tienen consecuencias graves en todos los ámbitos de la vida del hombre, esos efectos los limitan para su evolución como seres sociales y sexuales. Ahora, las áreas de las limitaciones son extensas debido a que pueden dañar aspectos físicos y psicológicos, pero actualmente la sociedad cuenta con herramientas para ayudar a manejar ese tipo de situaciones.

3.1 Descripción de Parapléjia y Cuadripléjia

La palabra parapléjia proviene del latín paraplexia y su significado es la parálisis de la mitad inferior del cuerpo. Sin embargo, cabe señalar que la costumbre ha hecho que este término se sobreentienda exclusivamente como la inmovilización de los miembros inferiores (Gallardo, 2000).

La parapléjia se asocia con la pérdida detectable de actividad neural caudal al sitio de la lesión. La ausencia de influencias del encéfalo sobre el sistema nervioso autónomo se acompaña por una variedad de trastornos en el control de actividades automáticas de los sistemas urinarios, genital y anorrectal.

El término parapléjia describe disminución o pérdida de la función motora y/o sensitiva en los segmentos torácicos, lumbares o sacros. La parapléjia deja indemne los brazos, pero dependiendo del nivel podría involucrar el tronco, las piernas y órganos pélvicos.

En la cuadripléjia la lesión es en el área cervical. Este término describe disminución o pérdida de la función motora y/o sensitiva en los segmentos cervicales debido a lesión de los elementos neurales dentro del canal medular. Resulta de la disminución de la función de los brazos, tronco, piernas y órganos pélvicos. No incluye lesiones del plexo branquial o lesión de nervios periféricos fuera del canal neural (ASIA, 1992).

La parálisis significa que los movimientos voluntarios y los reflejos somáticos y viscerales se encuentran abolidos (Strominger, 1993).

3.2 Anatomía y fisiología de la Médula Espinal

La columna vertebral tiene ocupado el conducto que forman las vértebras por un largo cordón nervioso (médula espinal) que se extiende desde la base del cráneo hasta la primera vértebra lumbar. Este cordón está formado de fibras blancas que envuelven una masa central gris, a la inversa de lo que sucede en el cerebro (Crespo, Nuria y Curell, 1990).

La médula espinal es un cilindro de tejidos que se extiende desde el foramen magno en la base del cráneo hasta un extremo cónico llamado cono medular, mismo que por lo regular se encuentra en el nivel caudal de la primera vértebra lumbar. En sentido descendente se encuentra el filum terminale (estructura no neural) se continua caudalmente como un ligamento desde el cono medular hasta su inserción en el cóccix. Está rodeada por tres meninges, las cuales son continuaciones de las que encapillan al encéfalo. Las funciones de las meninges son de cubrir las raíces de los nervios espinales que emergen de la médula (Strominger, Noback y Demarest, 1993).

De cada vértebra parten de la médula un par de nervios, cada uno de los cuales tiene dos raíces: una interior y otra posterior. La raíz interior se convierte

en un nervio motor, es decir, en un nervio cuyas ramificaciones por ciertos músculos provoca en ellos contracciones. La raíz posterior se convierte en un nervio sensorial, cuyas ramificaciones distribuidas por la piel vienen a ser los nervios que reciben las impresiones.

Debido a que la médula espina es una parte vital del sistema nervioso, está rodeada y protegida por huesos llamados vértebras. Las vértebras, o huesos de la espalda, están colocadas una arriba de la otra y lo que forman las vértebras se llama columna vertebral o espinal. La columna vertebral es el soporte principal del cuerpo. La médula espinal realmente pasa por en medio de las vértebras.

La médula espinal recibe y proyecta sus eferencias a través de las fibras nerviosas de las raíces espinales, nervios espinales y sus ramas. La forma de emerger de las fibras nerviosas se realiza por medio de una serie ininterrumpida de raicillas dorsales ventrales. En cada agujero intervertebral, se unen una raíz ventral y dorsal para formar un nervio espinal, el cual enerva una parte del cuerpo (Strominger, 1993).

En total el ser humano tiene 8 pares cervicales (C), 12 torácicos (T), 5 lumbares (L), 5 sacros (S) y 1 coccígeo (Co). Y es de importancia saber que la médula espinal es más corta que la columna vertebral por lo mismo los nervios

lumbares y sacros desarrollan raíces largas, las cuales se extienden como la cauda equina (Crespo, Nuria y Curell, 1990).

A pesar de su complejidad fisiológica, el tejido medular carece de capacidad intrínseca de regeneración, por lo tanto las lesiones en esas áreas pueden ser pequeñas pero con gran daño neurológico con respecto a la función de las actividades del área dañada y el nivel anatómico involucrado.

3.3 Fisiopatología de la Lesión Medular

Después de haber descrito la médula espinal, sus funciones y fisiología, ahora se intenta explicar que es una lesión medular y lo que conlleva. Después de una lesión en la médula espinal la función neurológica puede haberse brevemente perdido debido a la conmoción cerebral, en otras palabras debido a la compresión de la médula espinal causada por una contusión, hemorragia o a las laceraciones y transiciones.

Cualquier daño a la médula espinal es una lesión muy compleja. Cada lesión es diferente y puede afectar el cuerpo en varias maneras. Cualquiera que sea la causa de la lesión medular, ésta automáticamente produce una desconexión de la médula con el resto del sistema nervioso central y con esto queda aislada la zona por debajo de la lesión de los centros cerebrales superiores.

Ahora bien, dependiendo del tiempo de la evolución a partir del momento en que se produce la lesión, el nivel, grado y extensión de la lesión de la médula es como aparecen los diferentes signos y síntomas en el individuo (Chase, Butt y Hulse, 1996).

Después de haber sido dañada la médula espinal, todos los nervios por arriba del nivel de la lesión continúan funcionando normalmente. Por abajo del nivel de la lesión, los nervios de la médula espinal se encuentran imposibilitados para enviar mensajes entre el cerebro y las diferentes partes del cuerpo tal y como lo hacían antes de la lesión (Anguera, 1980).

El número de personas que actualmente sufren de este tipo de lesiones es alto y esta cantidad va aumentando. La lesión y consecuencias de ella en una persona es descrita por su nivel y tipo de lesión. Los efectos son variados y existe una amplia gama de ellos, enseguida se mencionarán.

Las consecuencias de la lesión medular del sistema nervioso central condicionan alteraciones de esfínteres, la respuesta sexual y pérdida de la sensibilidad y del control muscular voluntario del tronco y de las extremidades. Se puede decir que existen efectos directos, efectos indirectos, daños en la fertilidad y en los factores genéticos (Torices, 1997).

Los efectos directos son determinados por el nivel de la lesión, así de esta manera se valora la severidad de la limitación. Se presenta incompetencia eréctil en hombres o pérdida de lubricación en mujeres. La eyaculación y su velocidad están dañadas y alteradas. Además cabe mencionar que existe una disminución o pérdida de la capacidad para percibir sensaciones placenteras, en parte debido a las alteraciones sensitivas.

Un estudio publicado en *Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine* demostró que la disfunción sexual de los genitales del discapacitado es uno de los factores que determinan el nivel de satisfacción sexual después de la lesión, pero se observó que muchos jóvenes parapléjicos o cuadripléjicos parecen ser capaces de identificar nuevos caminos gratificantes para obtener una sexualidad placentera (Sjörgren y Egberg, 1983).

Existe una gran diversidad de efectos indirectos, cada uno con su gravedad y perjuicio en el individuo. Dentro de ellos se encuentran parálisis, espasticidad, pérdida de la sensibilidad, dificultad para lograr algunas posiciones, imagen corporal alterada, ansiedad, temor al desempeño, complicaciones por medicamentos y complicaciones por el uso de catéteres. Daños en la fertilidad y factores genéticos: la fertilidad puede verse afectada dependiendo del nivel y tipo de la lesión, así como el tiempo de evolución de la misma.

3.4 Causas de la Lesión Medular

En comunidades subdesarrolladas y rurales las caídas son el factor más común de lesiones medulares, pero en comunidades urbanas y desarrolladas existen diversos accidentes o enfermedades causantes de dicha lesión (Odling y Crockard, 1985).

Lesión de la médula espinal debido a causas no médicas (agudo):

Accidentes de tráfico: constituyen, el factor más frecuente de lesión medular.

Accidentes laborales.

Accidentes deportivos (zambullidas, caídas casuales, etc.).

Lesión de la médula espinal debido a causas médicas (agudo y crónicos):

Procesos vasculares.

Procesos compresivos.

Procesos inflamatorios.

Procesos degenerativos.

Procesos tumorales.

Procesos de infecciones (Anguera, 1980).

3.5 Tipos y Niveles de Lesión Medular

Como ya se había mencionado anteriormente los daños son clasificados según el tipo de lesión que el individuo presenta:

Lesión Medular Parcial (Incompleta).

Como su nombre lo indica es incompleto, es decir que algunos mensajes que provienen del cerebro y se dirigen hacia el cuerpo logran pasar a determinadas áreas de este, sin embargo otra información no consigue pasar debido al daño que presentan algunos nervios. Algunas personas con una lesión parcial pueden tener demasiada sensación pero poca motricidad. Otros pueden tener algo de movimiento y muy poca sensación. Las lesiones incompletas espinales, varían dependiendo del individuo debido a que diferentes fibras nerviosas son dañadas en el cordón espinal de cada persona.

Lesión Medular Total (Completa).

Este se refiere a que el individuo pierde completamente la sensibilidad y motricidad de los miembros inferiores, en otras palabras, quiere decir que los mensajes que provienen del cerebro no pueden llegar hacia la mitad inferior del cuerpo. Con una lesión completa no existe función sensitiva o motora en el segmento sacro inferior (Carola, Harley y Noback, 1992).

Tanto el nivel como el tipo de lesión son determinadas después de que el médico haya realizado un examen completo de los daños en los niveles sensoriales y motores. Cuando se habla de nivel se refiere a el punto más bajo, por debajo del cordón espinal, donde existe una disminución o ausencia de sensación (nivel sensitivo) y movimiento (nivel motor) (Odling y Crockard, 1985).

Entre más alta sea la lesión del cordón espinal en la columna vertebral, o en su efecto más cerca esté del cerebro, mayor será la pérdida de funciones (sensación y movimiento). Ahora bien, una persona podría tener una lesión medular que le haya provocado:

- Cuadripléjia. Cuando la persona ha perdido movimiento y sensación en ambas partes, superior e inferior de su cuerpo.
- Parapléjia. La lesión es en el área dorsal, lumbar o sacra. Cuando ha perdido la sensación y no es capaz de mover las partes inferiores de su cuerpo.

4. Planteamiento del problema.

Las lesiones de la médula espinal ocurren con una incidencia de aproximadamente 35% de cada millón de personas. Basado en el censo de población de 1992, esto arroja entre 7,600 y 10,000 nuevos casos cada año. La distribución porcentual de la población mexicana con discapacidad motriz es de 45.33% de cada millón de personas, según el XII Censo General de Población y Vivienda 2000, del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática de los Estados Unidos Mexicanos. Por los datos antes mencionados es importante realizar investigaciones en esta población. En la actualidad existen pocos estudios que expresen los resultados obtenidos de la inquietud de saber más sobre la vida de los discapacitados.

Antes de continuar es esencial que se separe la idea de discapacidad con la de imposibilidad, debido a que el ser discapacitado no indica la falta de gozo en las diversas áreas de su vida, abarcando el aspecto sexual. La sexualidad no se pierde simplemente por estar lesionado, por falta de sensibilidad o movimiento; el sistema sexual puede funcionar sin brazos o piernas (Soto, 1987).

La sexualidad no se gana a través de la vida con acciones o trabajo, ni se pierde como resultado de una herida o una enfermedad. Algunas personas con lesión medular tienen problemas en sus relaciones sexuales a causa de actitudes negativas y baja autoestima, pero ellos no tienen un conocimiento más objetivo de los efectos y posibilidades de su discapacidad (Torices, 1997).

El tema de la sexualidad en general es polémico, ahora bien si se desea estudiarlo en individuos parapléjicos y cuadripléjicos pueden surgir muchas dudas y preguntas a pesar de saber que todo ser humano es un ser completamente sexual, no importando su sexo, edad o si presenta alguna limitación física (Cole, 1981; citado por Soto, 1987).

La satisfacción sexual y los sentimientos de autoestima juegan un papel decisivo en la capacidad de adaptación de un individuo con discapacidad física. Estas personas pierden la sensación pero no los sentimientos, pierden la

potencia pero no la habilidad y por último pierden la genitalidad pero no su sexualidad (Anderson y Cole, 1975).

La presente investigación tiene como objetivo general conocer la relación existente entre satisfacción sexual y autoestima en personas con lesión medular (paraplégicos y cuadriplégicos). A partir de esto se propone que si existe un alto grado de autoestima en el lesionado medular, entonces presenta un alto nivel de satisfacción sexual.