

Sexo y discapacidad física

Vida sexual en pacientes con hemiplejia



La OMS define a la salud sexual como “la integración de los aspectos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales del ser humano sexual, en formas que sean enriquecedoras y realcen la personalidad, la comunicación y el amor”.

“No por no poder moverse se acaba la sexualidad”

Dr. Santiago Cedrés

Ex. Prof. Adj. Medicina Interna
Sexólogo clínico – Terapeuta sexual
santiagocedres@yahoo.com

La Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró que los problemas de la sexualidad humana tienen más importancia y trascendencia para el bienestar de las personas, de lo que hasta la fecha se había considerado. La OMS define a la salud sexual como “la integración de los aspectos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales del ser humano sexual, en formas que sean enriquecedoras y realcen la personalidad, la comunicación y el amor”.

La hemiplejia como consecuencia del “stroke” o ataque cerebral, es uno de los trastornos más frecuentes y devastadores de la patología médica.

Su frecuencia está en aumento en nuestro país, gracias a la expansión en la población añosa y a un crecimiento de factores de riesgo como diabetes, obesidad y sedentarismo; es por eso que se pronostica, que en el año 2030 se duplicará el número de casos.

En Uruguay, casi el 8% de la población es discapacitada, y el stroke está definido como la principal causa de discapacidad a largo plazo en la edad adulta.

Sin embargo, la repercusión de esta discapacidad sobre la función sexual de la persona y la de su pareja ha sido analizada escasamente en la literatura.

A nivel internacional se han realizado diferentes investigaciones. Todas han concluido que el stroke provoca grandes cambios significativos en la de las personas.

Se observó que el 95% de las personas había reducido la frecuencia o cesado en sus relaciones sexuales. Sorprendentemente, no fue significativa la severidad de la hemiplejía como causa del deterioro sexual. Se concluyó que los principales factores determinantes eran, en el paciente de sexo masculino, la dependencia con la esposa en las actividades de la vida diaria y la actitud maternal del permanente cuidado por parte de ella, infantilizando la relación con el marido discapacitado. En cambio, el comportamiento sexual de la paciente de sexo femenino estaba influenciado por la fatiga física junto con la presencia de síntomas depresivos.

La realidad de Uruguay

En una investigación, evaluamos la vida sexual de los pacientes discapacitados por stroke antes y después del mismo, observando un deterioro en los índices de satisfacción del 94% a los 6 meses del episodio. Las primeras disfunciones sexuales que aparecieron luego del stroke fueron en el varón trastornos en la erección y en la mujer alteraciones en el deseo.

Luego, a los 6 meses del mismo, el 100% de la población estudiada eran portadores de una o más disfunciones sexuales, y la predominante en ambos sexos era la pérdida del deseo sexual. Sorprendentemente esto no tuvo relación estadística con el grado de discapacidad, pero sí con la presencia de depresión, afección del hemisferio dominante y que el stroke fuera por infarto cerebral.

Repercusiones en la sexualidad del discapacitado físico

Se han realizado acercamientos y se ha puesto de manifiesto cómo determinadas afecciones cerebrales afectan a la fisiología del ciclo de respuesta sexual normal (pérdida o disminución del deseo sexual, problemas de erección, falta o disminución en la lubricación vaginal, alteraciones del orgasmo y la eyaculación). pero es difícil su sistematización porque esto está determinado por otros factores, como por ejemplo la severidad del ataque cerebral (que determina el grado de discapacidad y dependencia), o características intrínsecas del propio paciente (el nivel de maduración, los recursos psicológicos, el grado de afrontamiento hacia la enfermedad, la justa adaptación a la situación, y la educación sexual recibida), junto con el entorno en el que se desenvuelve.

Repercusiones sexuales del stroke físicas:

1. Alteraciones en los aspectos mecánicos: disminución de fuerza en los miembros, pérdida de libertad de movimiento, espasmos musculares
2. Trastornos sexuales por alteración de la fisiología de la respuesta sexual:

En hombres:

- ✓ Disfunción eréctil en diferentes grados, por



La sexualidad es una realidad de todos, tengamos o no discapacidad, y "reconocerlo" es un deber más que un derecho

pérdida en la capacidad de lograr y mantener la rigidez durante todo el acto sexual.

- ✓ Trastornos del orgasmo. Se han descrito en este tipo de pacientes la capacidad de respuestas paraorgásmicas, al obtener placer intenso y estados de excitación con aquellas partes del cuerpo que han escapado a la zona sin sensibilidad.

- ✓ Retraso eyaculatorio, favorecido cuando el paciente tiene exceso de auto observación.

En mujeres:

- ✓ Trastornos en la excitación
- ✓ Dificultades para la lubricación vaginal
- ✓ Retardo en vasocongestión pélvica.
- ✓ Vaginismo, espasmos de la musculatura vaginal que dificulta o hasta impide la penetración.
- ✓ Trastornos del orgasmo por anestesia genital.



Repercusiones sexuales del stroke emocionales:

- ✓ Disminución o pérdida del deseo sexual; cambio en la disposición y actitud hacia las conductas sexuales.
- ✓ Pérdida de la autoestima y auto valoración como ser sexual.
- ✓ Problemas relacionales con la propia pareja o en el establecimiento de nuevas parejas.



Se debe fomentar la "educación sexual" para que todos tengamos un mayor conocimiento sobre este aspecto de nuestra realidad, tengamos o no discapacidad.

- ✓ Depresión por causas endógenas, o reactivas al cambio de vida y de imagen de su propio cuerpo, que determinan una "anestesia" o "indiferencia sexual".
- ✓ Pesimismo y desinterés hacia sí mismo y hacia la capacidad de dar o recibir placer.

Tratamiento

Todas estas repercusiones pueden ser revertidas con la atención pertinente; una rehabilitación en el aspecto sexual hace la diferencia. Cuando estas personas tienen una rehabilitación integral con la atención de un médico sexólogo aprenden cómo obtener respuesta sexual; el trabajo en cuestión es que se pueda considerar el encuentro sexual como una posibilidad de comunicarse y de disfrutarse. Es como recuperar todo el cuerpo, porque parece que lo olvidáramos; por eso muchas veces, aunque no seamos discapacitados, parece que lo fuéramos.

Es necesario trabajar con la relación de pareja, con la comunicación, recuperarse como pareja para después abordar la vida sexual; ya que hoy en día contamos con muchos recursos terapéuticos farmacológicos que nos permiten asistir a este grupo de pacientes. Generalmente logramos una mejor comunicación y una vida sexual más rica en los discapacitados que en la personas que consideramos normales.

La aparición de un ataque cerebral implica en el propio paciente y en su pareja, un fuerte impacto, un gran movimiento interior que exige en el mismo y en su pareja renovación de todos los pactos tanto implícitos como explícitos, variando todas las referencias.

Es necesario un re aprendizaje de la pareja a volver a funcionar en todas las áreas de su vida, y fundamentalmente a nivel sexual, lo que es un proceso de labor continua, permanente muchas veces cargado de frustraciones.

Una situación diferente es cuando la formación de la pareja es posterior al ataque cerebral, o cuando ambos miembros son personas discapacitadas, porque esto implica otras formas de convivencia sobre bases ya conocidas, lo que reduce a una mínima expresión la vergüenza y el miedo.

Debemos tener presente que:

- ✓ La sexualidad es una realidad de todos, tengamos o no discapacidad, y "reconocerlo" es un deber más que un derecho.
- ✓ La misma es tan plural y diversa como cada ser humano, y es fundamental para vivir una vida en salud e integridad.
- ✓ Se debe fomentar la "educación sexual" para que todos tengamos un mayor conocimiento sobre este aspecto de nuestra realidad, tengamos o no discapacidad.
- ✓ Una buena formación sexual e inserción social, contribuye a vivir con mayor plenitud, pero también a saber identificar y discernir con mayor certeza lo que es el disfrute y el placer.
- ✓ Debemos fomentar la autoestima de las personas portadoras de alguna discapacidad, ya que ésta es la base de la vida de relación y el mantenimiento de la pareja.
- ✓ Es necesario cortar con los roles "sobreprotectores" por parte del cuidador, la pareja o el propio entorno familiar. Este tipo de vínculo es lo que provoca infantilismo, dependencia, incapacidad para tomar decisiones y pérdida de madurez, todo lo que se requiere para "vivir la sexualidad" en forma íntegra y verdadera.
- ✓ Es un tema pendiente en nuestro país, la rehabilitación sexológica de los pacientes luego del ataque cerebral.

Desde un punto de vista terapéutico, la educación sexual y su divulgación en estos pacientes, así como la intervención terapéutica médico-sexológica para él y para su pareja, son aportes fundamentales para prevenir y tratar el deterioro en su vida sexual.

La principal zona erógena es la piel y el principal órgano sexual es el cerebro, así que mientras tengamos zonas de la piel sensibles y/o nuestro cerebro reciba estímulos (visuales, auditivos, táctiles, olfativos o producto de la imaginación) podemos seguir teniendo sensaciones y reacciones sexuales.

Al abordar el tema de la sexualidad en los discapacitados, cabe preguntarse qué tan capacitados estamos todos para tener una sexualidad plena. ¿No será que todos necesitamos más información y menos atavismos sociales?