

UN ACERCAMIENTO A LA SEXUALIDAD FEMENINA EN MUJERES CON INCAPACIDAD FISICA CRONICA

Pilar González Navarro*
 Consuelo Jiménez Castelblanque
 Rosario Zuriaga Lloréns

RESUMEN

En este artículo se presenta una panorámica general, sobre el concepto de sexualidad e incapacidad y sus interrelaciones.

El objetivo de este trabajo es ver la relación entre diferentes incapacidades físicas en mujeres y su actividad sexual antes y después de la lesión.

Los resultados muestran una disminución general en la actividad sexual después de la lesión con diferencias particulares dentro de cada grupo.

Finalmente y a partir de una visión integral de la sexualidad sugerimos matices a tener en cuenta en el estudio de la sexualidad en incapacitados físicos.

PALABRAS CLAVE

Mujer, Incapacidad física, y actividad sexual.

ABSTRACT

In this article, we show a general view about sexuality meaning and physical alterations and their interactions.

The aim of this paper is to study the relationship between several women physical alterations and their sexual activity before and after it.

The outcome show a general decrease in sexual activity with different shades in each group after their physical alterations. Finally and setting of a global view of sexuality, we suggest several shades in the physical alterations and sexuality studies.

KEY WORDS

Women, Physical alterations, and Sexual activity.

INTRODUCCION

Actualmente todavía pueden observarse actitudes y conceptos erróneos respecto de la sexualidad. Tradicionalmente, la sexualidad y la actividad sexual eran conceptos no delimitados semánticamente, en buena medida, producto de la concepción genitalizada de ésta y de la asociación actividad sexual-procreación.

Este tipo de asociación ha llevado a que socialmente la sexualidad, entendida como placer sexual sin fines procreativos sea juzgada críticamente y teñida de prejuicios y valores negativos que olvidan el sentido positivo de la sexualidad en la calidad de vida.

Una visión de la sexualidad genitalizada aporta matices negativos a ésta que todavía se agravan más cuando se trata de la sexualidad femenina. Estas creencias todavía son más críticas cuando se refieren a personas incapacitadas físicamente. Como consecuencia de todo ello, no es difícil encontrar argumentos que olvidan la capacidad sexual de las personas incapacitadas físicamente.

* Psicóloga. Área de Psicología Social. Facultad de Psicología. Universidad de Valencia. C/. Pza. de la Reina, 19-B, 2-A. Valencia. Tel. 391 30 36.

** Psicóloga (Terapeuta sexual). Equipo de planificación familiar. Centro de Salud. L'Eliana.

*** Psicóloga. Área de Psicología Social. Facultad de Psicología. Universidad de Valencia.

DEFINICION DE SEXUALIDAD

La sexualidad es un concepto amplio y difícil de definir que en términos generales apoyados por la literatura tiene que ver con un conjunto de factores somáticos, psicológicos y sociales que empujan a la persona, por lo general, a buscar una relación a través de la cual comunicar sentimientos, emociones, afectos..., etc., y en general satisfacer determinados deseos de origen psicógeno (impulsos, instintos...), siendo, como señalan Martínez y cols. (1989), un derecho natural de los hombres y las mujeres por formar parte de su naturaleza y por su elección voluntaria.

De los factores que conforman la la sexualidad, algunos autores inciden más en unos aspectos que en otros; así, para Béjar (1989), la sexualidad es entendida como "fundamento de la personalidad y de la vida psíquica" (p. 103). Para García (1990) la sexualidad "es una dimensión global que mediatiza la totalidad del ser humano, independientemente de su dotación intelectual o sus habilidades motoras" (p. 16). En cambio hay otros autores que definen la sexualidad desde un punto de vista más centrado en las relaciones. En este sentido, Bravo (1990) entiende la sexualidad como "la modalidad global de ser persona en el tejido de sus relaciones con los otros y con el mundo y, por tanto, empieza con la vida misma y se va modelando y desvolviendo a lo largo de toda ella" (p. 23).

CONCEPTO DE INCAPACIDAD Y SUS CORRELATOS PSICOSEXUALES

En la mayoría de los casos, según Yule (1980), el concepto de "incapacidad" da la idea de un niño o adulto seriamente impedido; alguien que no logra valerse por sí mismo.

En general, la enfermedad y/o la incapacidad física crónica suponen, entre otras cosas, un trauma entendido como "una situación que nos desborda en la cual las formas habituales de adaptación a la realidad han fracasado" (Béjar, 1989); por ello pueden aparecer cambios en la forma de vida de las personas, pérdidas sobre el control de los acontecimientos, dolor, separación del entorno habitual del sujeto, la interrupción de metas, roles, y estilos de vida de la persona además de la aparición de una situación nueva e inquietante. La función básica del aparato psíquico, según Béjar, es la de reestablecer la estabilidad una vez que ésta ha sido perturbada por estímulos externos. La sexualidad aparece en estos casos de "trauma psíquico" como una de las funcio-



nes más bloqueadas, debido al impacto del traumatismo físico, a la ansiedad consecuente al mismo, y a la depresión.

Y si en los primeros momentos la persona va a estar preocupada fundamentalmente por las cuestiones de naturaleza física, como señala Batailler (1986), poco a poco conforme se vaya haciendo consciente de su nueva situación irán surgiendo los problemas de naturaleza psicológica, familiar, social y laboral. Por lo que parece obvio que los tratamientos prolongados y la incertidumbre que conlleva una enfermedad física o lesión, junto a la tensión personal producida, pueden ocasionar un impacto profundo y duradero en la persona (Moos y cols., 1984), cuestión que se agrava cuando además es una situación crónica.

Para Rivas (1989) el estado psíquico más relevante que acompaña la incapacidad física es el "duelo por la pérdida". Este se define como: "conjunto de procesos que se cumplen en el individuo con el fin de sobreponerse a una pérdida cualquiera aunque ésta no tenga las características de la muerte" (p. 109). En este sentido sugiere que las secuelas físicas del lesionado van a llevar a la persona a enfrentarse a una situación de pérdida interna de partes de sí mismo que necesariamente deben superar en pro de su calidad de vida.

Dado que la expresión de la sexualidad, es decir, la actividad sexual va unida a las ganas de vivir, se entiende la disminución de la

misma en estas personas debido al estado anímico en el que se hallan inmersos, que Rivas (1989) define como "melancolía" y que tiene que ver con: (I) cancelación del interés por el mundo exterior, (II) pérdida de la capacidad de amar, (III) inhibición de gran parte de la actividad general, y (IV) una disminución en el nivel de autoestima que se exterioriza en autorreproches.

En esta línea, Martínez y cols. (1989), siguiendo a Teal y Athelstan, afirman que la depresión tras una incapacidad o lesión es debida a una disminución de la autoestima producto de la e incapacidad, y la sexualidad podría considerarse una de las áreas diana, tanto a nivel de autoestima como de depresión.

SEXUALIDAD E INCAPACIDAD

La sexualidad es, pues, un proceso y no un fin que comienza con la vida y termina con ella, y como proceso vital va a estar influido por toda una serie de factores que van a marcar su posible desarrollo. Estos factores abarcan tanto el nivel *biofísico* como *psicológico* y *social* que son los componentes de la definición de bienestar propuestos por la O.M.S. Y que en el marco concreto de la sexología la O.M.S. en su informe de 1974 define la salud sexual con un planteamiento positivo según el cual supone "integración de elementos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales del ser sexual, por medios que sean positivamente enriquecedores y potencien la personalidad, la comunicación y el amor" (Vázquez, 1990).

Dentro de los *factores biofisiológicos* parece ser innegable el papel de las hormonas (estrógenos y andrógenos) en el desarrollo sexual femenino y en el mantenimiento de las funciones sexuales más genitales; prueba de ello es el síndrome de la tensión premenstrual y la menopausia. Por lo que se refiere al nivel físico, un estado "óptimo" de las funciones corporales es uno de los pilares fundamentales para la autonomía personal, y de capital importancia para la potencial actividad sexual.

Chiguer (1982) afirma que la mujer incapacitada físicamente en comparación con el hombre, puede tener mayores dificultades de adaptación debido a la alteración de su atractivo físico, de su imagen corporal y por lo tanto sentirse fuertemente dañada en su amor propio dificultando el encuentro sexual.

A *nivel social*, la sexualidad está determinada por el conjunto de creencias, valores, prejuicios y actitudes sexuales, compartidos por las personas pertenecientes a una misma cultura. En el caso particular de personas con incapacidad física parece existir una opinión generalizada e incorrecta según la cual éstas no poseen las necesidades sexuales y anímicas de las personas sin incapacidad. Esta afirmación se corresponde con la asociación sexualidad-genitalidad, y por lo tanto una alteración genital lleva implícito una alteración sexual (Martínez y cols., 1989). Así, el factor social es a veces un marginador del desarrollo satisfactorio de la sexualidad independientemente de la capacidad física de la persona (Fernández del Quero, 1990).

Para Herrero (1989), en nuestra sociedad occidental se valora positivamente la imagen corporal joven, bella y vigorosa. La persona lesionada vive como problema el no poder corresponder con este tipo de imagen social y vive como problema sus limitaciones corporales. Como consecuencia es común observar una baja autoestima que tiene su origen en la pérdida de autonomía y en su nivel de dependencia. Repercutiendo esta baja autoestima en el funcionamiento sexual.

Respecto a los *factores psicológicos* de la sexualidad es evidente que un equilibrio psíquico contribuye positivamente a la adaptación en general y sexual en particular. Es difícil separar la relación mente-cuerpo, ya que si bien es necesario un cuerpo sano y capacitado funcionalmente no es suficiente. La mujer con incapacidad física probablemente inhiba su deseo general, y por lo tanto sexual provocando un desequilibrio psicológico que dificultará su adaptación a la realidad y equilibrio emocional, en la línea de la definición de sexualidad propuesta por Béjar, donde la sexualidad es uno de los pilares de la salud psíquica.

En conjunto, de la interrelación de todos y cada uno de estos factores, y su integridad a nivel personal dependerá el deseo, actividad y satisfacción sexual de la persona en general y de la incapacidad en particular. Que gráficamente podría quedar representado como sigue (figura 1).

Si como consecuencia de una lesión física aparecen alteraciones genitales y partimos de una concepción genitalizada de la sexualidad, la relación entre

estas variables (incapacidad física-actividad sexual) es muy directa. En este sentido y como señala García (1990), es necesario poner en cuestión "la preponderancia de la genitalización y del coito porque el pene erecto o la vagina lubricada por sí mismas no hacen necesariamente una relación. Ni siquiera su carencia puede anular la capacidad de sentir y gozar con el resto del cuerpo" (pp17). En esta línea Bravo y cols. (1990) afirman que uno de los grandes errores en el mundo de lo sexual ha sido reducir e identificar la sexualidad con su componente genital o justificarla por su sentido de procreación. Todo esto nos lleva necesariamente a una visión más amplia de la sexualidad donde van a tener cabida factores como el amor, la afectividad. Dentro de este entorno, las personas con incapacidad son personas sexuadas con intereses y capacidades sexuales que expresan y que viven a su manera, de la misma forma que no existe un modelo único de sexualidad sino que cada persona lo crea en función de sus deseos, preferencias y posibilidades (García, 1990).

A modo de conclusión podríamos decir que la relación negativa incapacidad física-sexualidad es relativa, ya que según Fernández de Quero (1990):

1. Los temas sexuales no son algo diferente del resto de actividades de la persona y la vida, es decir, la sexualidad no es una entidad separada de la totalidad del individuo.
2. La incapacidad física no lleva necesariamente a diferencias especiales en lo que respecta a su vida sexual y afectiva en comparación a personas sin incapacidad.

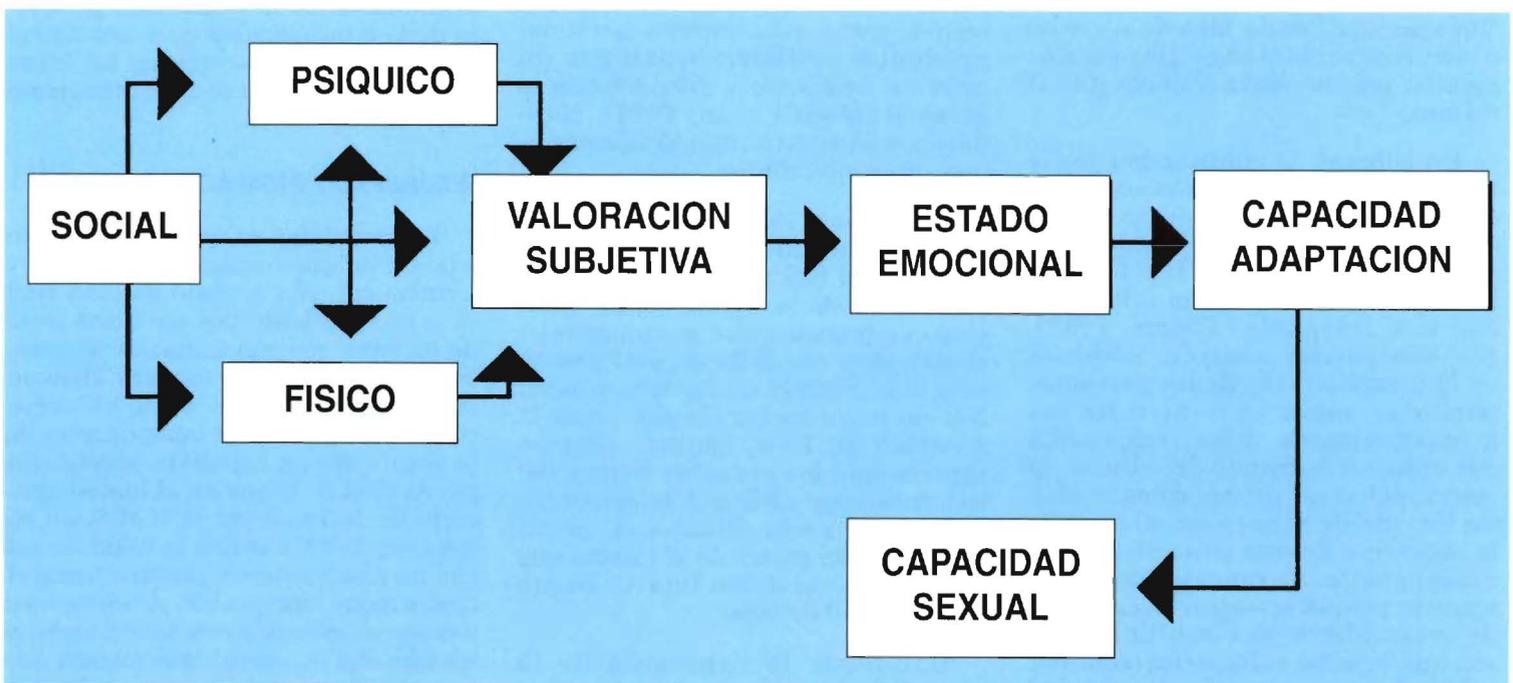


Figura 1. Modelo explicativo integral de la sexualidad.



3. La sexualidad es una dimensión biopsicosocial que afecta a la globalidad de la persona independientemente de su capacidad intelectual, sensorial o motora, en el sentido de que cuando alguna dimensión de la actividad sexual se halla afectada, existe la posibilidad de desarrollar otras en vistas a una actividad sexual satisfactoria. No existen personas asexuadas.

4. En general necesitamos una educación sexual que nos permita desarrollar nuestras capacidades sexuales sensoriales y afectivas como factor de madurez y bienestar. Y las personas con incapacidades necesitan de esta educación en la misma medida y con el mismo fin.

OBJETIVOS

1. Cuando se estudia la realidad sexual en personas con incapacidad física generalmente se utilizan mues-

tras con alguna incapacidad física extrema y con hombres. Por nuestra parte pretendemos acercarnos a la *realidad sexual de la mujer* tanto con incapacidad física importante (lesión medular) como mujeres con otro tipo de alteraciones físicas (alteraciones cardiovasculares, alteraciones óseas, personas en tratamiento psicotropo y personas en tratamiento de hemodiálisis).

2. Con la finalidad de observar si ha habido algún cambio en la actividad sexual como consecuencia de sus alteraciones físicas evaluamos la presencia y ausencia de actividad sexual *antes y después* de la alteración.

MUESTRA

La muestra está compuesta por 81 mujeres (Media Edad = 46.9) con diferentes grados de alteración física. De ellas 10 mujeres (Media Edad =

46.2) sufren insuficiencia renal crónica y están sometidas a tratamiento de hemodiálisis, 8 tienen politraumatismo (Media Edad = 32) de diverso grado, 26 están parapléjicas (Media Edad = 25.9), 12 con alteraciones óseas (Media Edad = 64.5), 10 padecen alteraciones cardiovasculares (Media Edad = 72), y 15 son diabéticas (Media Edad = 66).

Dado que la presencia/ausencia de pareja parece ser una variable determinante para la práctica sexual de las mujeres, en los análisis también hemos tenido en cuenta el estado civil. De las 81 mujeres, a nivel global, el porcentaje de mujeres con pareja (46.5%) es similar al de las mujeres sin pareja (47.8%). La mayoría de las parapléjicas (76.9%), con alteraciones óseas (66.7%), diabéticas (53%) y con problemas cardiovasculares (70%) no poseen pareja. Y tienen pareja en su mayoría las mujeres con insuficiencia renal (80%) y politraumatizadas (62.5%).

RESULTADOS

A nivel global (Cuadro 1) casi el 70% de las mujeres de nuestra muestra eran activas sexualmente antes de la lesión, frente al 31% que no lo eran. Después de la lesión estas cifras se invierten de tal forma que casi el 61% de la muestra no es activa sexualmente en la actualidad. De todas ellas el grupo de mujeres con mayor diferencia de actividad entre antes y después de la lesión son las mujeres diabéticas, con una diferencia porcentual del 48%; a continuación las alteraciones cardiovasculares (45%). No aparecen diferencias en la actividad sexual entre antes y después de la lesión en las mujeres con politraumatismos.

TIPO LESION

ACTIVIDAD ANTES SI NO

ACTIVIDAD DESPUES SI NO

TIPO LESION	ACTIVIDAD ANTES SI	ACTIVIDAD ANTES NO	ACTIVIDAD DESPUES SI	ACTIVIDAD DESPUES NO
Parapléjica	52.3 %	47.7 %	23.8 %	76.2 %
Insuficiencia renal	87.5 %	12.5 %	62.5 %	37.5 %
Politraumatismo	71.4 %	28.6 %	71.4 %	28.6 %
Alteraciones óseas	68.7 %	31.2 %	33.3 %	66.7 %
Alteraciones cardiovasculares	61.8 %	38.2 %	16.6 %	83.4 %
Diabetes	74.1 %	25.9 %	26.6 %	73.4 %

Cuadro 1. Resultados globales de la actividad sexual en mujeres antes y después de la alteración física

Como señala la literatura (Jiménez [1992]), siguiendo a Finkle, Chistersen, Braadbaart y Kinsey), la ausencia de pareja es la razón básica por la cual disminuye la actividad sexual. Por ello hemos llevado análisis por separado entre las mujeres con y sin pareja en la actualidad (Cuadros 2 y 3). Respecto a las mujeres con pareja, a nivel global, una gran mayoría (80%) eran activas sexualmente antes de la lesión; no obstante más de la mitad (57.%) lo siguen siendo en la actualidad. A un nivel más concreto en función del tipo de alteración, el grupo en el que más diferencias aparecen es en el de insuficiencia renal donde la activi-

dad sexual se reduce a la mitad después de la lesión. No se observa ninguna diferencia en el grupo de mujeres politraumatizadas, ni en el grupo de mujeres con alteraciones cardiovasculares.

Respecto a las mujeres sin pareja, a nivel global, más de la mitad ya no eran activas sexualmente antes de la lesión (54.6%) incrementándose esta situación después de la lesión (85.5%). De ellas, el grupo de mujeres con diabetes resultó ser el más afectado a nivel sexual, ya que antes de la misma un 62.5% eran activas sexualmente y después ninguna lo es. Algo similar ocurre con

las mujeres con alteraciones cardiovasculares pero en menor medida. Por último, en la línea de los resultados anteriores, el grupo de politraumatizadas no presenta diferencias en actividad sexual como consecuencia de la lesión.

CONCLUSIONES

Al revisar la literatura se observa, por un lado, un especial interés por la sexualidad de los lesionados medulares, como si se tratara de un grupo con particularidades a nivel sexual (Martínez, 1989; Arrosagarai, 1989). Otros autores, en cambio, resaltan la importancia de que

CON PAREJA				
TIPO LESION	ACTIVIDAD ANTES		ACTIVIDAD DESPUES	
	SI	NO	SI	NO
Parapléjica	50 %	50 %	16.6 %	83.4 %
Insuficiencia renal	100 %	0 %	50 %	50 %
Politraumatismo	80 %	20 %	80 %	20 %
Alteraciones óseas	100 %	0 %	75 %	25 %
Alteraciones cardiovasculares	66.6 %	33.4 %	66.6 %	33.4 %
Diabetes	85.7 %	14.3 %	57 %	43 %

Cuadro 2. Resultados de actividad sexual en mujeres con pareja antes y después de la alteración física

SIN PAREJA				
TIPO LESION	ACTIVIDAD ANTES		ACTIVIDAD DESPUES	
	SI	NO	SI	NO
Parapléjica	40 %	60 %	20 %	80 %
Insuficiencia renal	25 %	75 %	0 %	100 %
Politraumatismo	50 %	50 %	50 %	50 %
Alteraciones óseas	37.5 %	62.5 %	16.6 %	83.4 %
Alteraciones cardiovasculares	57 %	43 %	0 %	100 %
Diabetes	62.5 %	37.5 %	0 %	100 %

Cuadro 2. Resultados de actividad sexual en mujeres con pareja antes y después de la alteración física

al estudiar la sexualidad en incapacitados hay que distinguir entre alteraciones que afectan a la función erótica (sexualidad, placer...), de relación (comunicación e intercambio) y a la paternidad o maternidad (fertilidad, parto...) (Béjar, 1989; Herrero, 1989; Curcoll, 1990). Otros autores, atendiendo a la fisiología sexual, afirman que la mujer a pesar de su limitación física genital dispone de mayor dispersión y estimulabilidad de zonas erógenas que los hombres, conservan la menstruación y la capacidad de gestación y parto (Martínez, 1989).

Según Forner (1989), las mujeres cuentan con mayor capacidad de adaptación sexual tras la lesión tanto por el menor menoscabo funcional genital como por las características de la sexualidad femenina (pasividad, sexualidad centrífuga, capacidad reproductora, etc.). Para las mujeres, según Teal y Athelta (1975), la sexualidad es valorada en cuanto a posibilidad de relación, y las mujeres conceden más importancia a la posible relación con otra persona (ternura, deseo de dar y recibir, caricias, etc.) que a la posibilidad genital.

A partir de nuestros resultados podemos concluir que:

1. El grupo de las lesionadas medulares no presenta, en compara-

ción con el resto de los grupos, características especiales respecto a su nivel de actividad sexual antes y después de la lesión.

2. La presencia o ausencia de pareja parece estar determinando la posibilidad de actividad sexual. La gran mayoría de las mujeres con pareja eran activas sexualmente y lo siguen siendo. En cambio las mujeres sin pareja eran poco activas sexualmente antes de la lesión y por lo tanto después. En este sentido nuestros resultados resaltan la importancia que tiene la experiencia sexual previa a la lesión y la presencia de pareja estable.

3. Los grupos que más diferencias en actividad sexual presentan como resultado de su lesión son las mujeres diabéticas y con alteraciones cardiovasculares.

4. En las mujeres politraumatizadas, con y sin pareja, no se observan cambios como consecuencia de la lesión, es decir, existe el mismo porcentaje de actividad sexual antes y después de la lesión. Dado que generalmente los politraumatismos no son lesiones crónicas, nuestros resultados podrían ser justificados a partir de este supuesto. Mientras que cuando existe cronicidad como es el caso de las mujeres con diabetes y alteraciones cardiovasculares, la actividad sexual se ve reducida de manera importante.

Para finalizar, nos parece importante resaltar una serie de aspectos:

a) La existencia de dificultades físicas no debe llevar a dessexualizar a la persona.

b) La sexualidad en personas con incapacidad física puede estar afectada a nivel genital, pero no podemos olvidar que siempre existen otras partes del cuerpo que no están limitadas y que pueden ser una alternativa a la sexualidad genital.

c) Es importante atender al tipo, grado y gravedad de un impedimento físico junto con el conjunto particular de circunstancias sociales de la persona incapacitada para poder entender los cambios a nivel sexual.

d) La importancia de los trastornos a nivel físico, en personas con incapacidad física, ha hecho que la investigación médica sea abundante con numerosos avances científicos y aplicados. Pero como sugiere Alonso (1990) no es suficiente configurar un programa rehabilitador dando primacía al aspecto médico, seguido de la orientación laboral, y quedando relegado el psicológico y total-

mente olvidado el sexual, tal y como ocurre en la mayoría de los casos. La cuestión no es que no existan programas sino que quien los diseña olvida estos aspectos.

BIBLIOGRAFIA

ALONSO GARCIA, A. (1990). *Comportamientos sociales y afectivos*. Publicación del Ministerio de Asuntos Sociales (INSERSO), n.º 69.

ARROSAGARAI, P.; CORREAS, M.A.; CASTRO, D.; RAVINA, M. (1989). *Anatomía del aparato genital masculino*. En ASPAIM (Ed.), *Sexualidad y paraplejía*. Generalidad Valenciana. Conselleria de Sanidad y Consumo.

BEJAR, M.D. (1989). *Aspectos psíquicos de la sexualidad*. En ASPAIM (Ed.), *Sexualidad y paraplejía*. Generalidad Valenciana. Conselleria de Sanidad y Consumo.

BRAVO PEREZ, I. (1990). *La sexualidad en sus múltiples manifestaciones*. Publicación del Ministerio de Asuntos Sociales (INSERSO), n.º 69.

CURCOLL, M.L., y VIDAL, J. (1990). *Sexualidad y relación de pareja*. Publicación del Ministerio de Asuntos Sociales (INSERSO), n.º 69.

FERNANDEZ DE QUERO, J. (1990). *La Sexualidad en la vida del minusválido*. Publicación del Ministerio de Asuntos Sociales (INSERSO), n.º 69.

GARCIA, J.L. (1990). *Sexualidad y deficiencia*. Minusval. Publicación del Ministerio de Asuntos Sociales (INSERSO), n.º 69.

JIMENEZ, C. (1992). *La sexualidad durante el envejecimiento en la Comunidad Valenciana*. Institut Valencià de la Dona.

MARTINEZ D.E.; BROSETA, E.; RUIZ, J.L.; SERVER, V. G.; SANTOS, M.; FORNER, J.V. y JIMENEZ, J.F. (1989). *Limitaciones de la sexualidad en la paraplejía*. En ASPAIM (Ed.), *Sexualidad y paraplejía*. Generalidad Valenciana. Conselleria de Sanidad y Consumo.

PLANTAGENER-WHYTE, E. y BERMEJO, C. (1990). *El minusválido ante el sexo*. Publicación del Ministerio de Asuntos Sociales (INSERSO), n.º 69.

VAZQUEZ, L. (1990). *La salud, derecho universal*. Publicación del Ministerio de Asuntos Sociales (INSERSO), n.º 69.

