

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA



"LA SEXUALIDAD EN EL LESIONADO  
MEDULAR"

124  
PSI

**T E S I S**

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:  
LICENCIADO EN PSICOLOGIA

PRESENTADO POR:

*Alejandro Vázquez Cruz*  
*Delia Lilia Yllescas Vázquez*

1981



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



M. - 20378

*Jos.* 715

Agradecemos a nosotros mismos el esfuerzo, en entusiasmo e interés que cada uno de nosotros puso - en forma individual y compartida, para lograr llevar a cabo nuestra formación profesional.

Ya que de no haber sido así, la ayuda, consejos, interés y ejemplo recibido de nuestros padres, hermanos, tíos, primos, amigos, maestros y lesionados medulares, no hubiera causado efecto para llegar a nuestra meta.

Si yo no soy para mí mismo

¿ Quién será para mí ?

Si yo soy para mí solamente

¿ Quién soy yo ?

Y si no ahora...

¿ Cuándo ?

Lilia y Alejandro.

# C O N T E N I D O

## INTRODUCCION.

- I. Descripción del Lesionado Medular.
    - A) Cuadro del Lesionado Medular.
    - B) Etiología.
  - II. Problemas psicológicos que pueden presentar los lesionados medulares.
    - A) Estructura de la personalidad.
    - B) Topografía de la personalidad.
    - C) Desarrollo de la personalidad.
    - D) Psicopatología
  - III. Sexualidad en el lesionado medular.
    - A) Ciclo de respuesta sexual.
    - B) Descripción anatómica y funcional de los aparatos genitales.
      1. Aparato genital femenino.
      2. Aparato genital masculino.
    - C) Sexualidad en los lesionados medulares.
      1. Alteraciones del aparato genital en los lesionados medulares.
      2. Rol del parapléjico y su pareja en la relación sexual.
  - IV. Rehabilitación integral del lesionado medular.
  - V. Conclusiones
- Bibliografía.

## I N T R O D U C C I O N

En nuestra Sociedad Contemporanea un gran número de personas sufre de incapacidad física, tales es el caso del Lesionado Medular que sufre daño en el cordón espinal como resultado de accidentes de tráfico o accidentes de trabajo. Por medio de la Rehabilitación se hace posible que dichas personas desarrollen sus propias capacidades y confien en sus propias fuerzas para el adiestramiento del uso de sus otros miembros y para promover talentos latentes.

El fin último de la rehabilitación es hacer - que él paciente realice su papel en la Sociedad - hasta más no poder. En lo que respecta a la sexualidad, lo que se trataría es de dar a conocer al - paciente que su vida sexual sigue latente, de los - cambios físicos que se pueden observar, y que es - tos no le están impidiendo llevar una vida afectiva normal, ni mucho menos una vida sexual casi -- "normal". Porque no puede ser considerado ni medio hombre ni media mujer; debido a que la mitad de su cuerpo no paralizado sigue recibiendo y respondiendo a su medio ambiente.

La presente revisión bibliográfica acerca del tema "La sexualidad en el lesionado medular", surgió ante la necesidad de ampliar el área de trabajo del Psicólogo, en especial del mencionado anteriormente, para que éste no se quede a un nivel meramente práctico, debido a que la mayoría de las - veces hay poco interés en la investigación, por - creer que no es aplicable en Psicología Clínica y - dejar para el área experimental y educativa el -- conocimiento y aplicación metodológico necesario-- para una buena investigación. Urgiendo la necesi - dad paralela al dominio de la Psicoterapia, Personalidad, Pruebas, Terapia y Dinámica el conocimiento del área Sexual en su constitución Anatomofisiológica, así como del manejo y conocimiento del -

factor psicosocial de la sexualidad.

Iniciaremos esta revisión bibliográfica, conociendo anatómicamente al lesionado medular, sus variedades y las causas que la producen, observando los cambios que ocurren dentro del organismo. No profundizando en esta primera parte, ya que es campo del Neurologo y es con él que se inicia el trabajo interdisciplinario.

En la parte dos se desarrollarán la estructura, la topografía, y el desarrollo de la personalidad, para dar las bases que nos conducirán a una mejor explicación de los principales trastornos psicológicos que pueden presentar los lesionados medulares ante la situación traumática (a nivel físico) y que tienen que enfrentar después de lesionados.

La parte tres se inicia con la presentación del Ciclo de respuesta sexual, en donde se describirán la fase de excitación, la fase de meseta, la fase de orgasmo y la fase de resolución.

Posteriormente se observaran las reacciones anatomofisiológicas del ciclo de respuesta sexual que ocurren en el aparato genital femenino y masculino respectivamente y que facilitará la exposición de los cambios en el ciclo de respuesta sexual del lesionado medular de acuerdo a las investigaciones que se han efectuado.

En la presente nos referiremos al Sexo con respecto a la capacidad fisiológica del individuo y por sexualidad a la relación psicosocial en la cual la persona toma parte según su rol en la relación sexual. Y es así como se usara para informar del rol del parapléjico y su pareja.

Finalizando la última parte con la rehabilitación integral del lesionado medular, observando a-

nivel general que no es sólo el campo psicosocial - de la sexualidad el importante, hay también otras áreas que se deben trabajar a nivel de rehabilitación en cualquier persona incapacitada.

## I. DESCRIPCION DEL LESIONADO MEDULAR.

Para poder llegar a conocer algo es necesario conocer cada una de sus partes, ya que de lo contrario el conocimiento de ese algo, se vería fragmentado, ésta es una de las razones por las cuales para el conocimiento del lesionado medular, iniciaremos el tema con la descripción del cuadro anatómico, las alteraciones que a nivel fisiológico ocurren y sus causas.

A.- Cuadro del lesionado medular. Algunas enfermedades pueden perturbar las actividades motoras del hombre, la pérdida de la fuerza del movimiento voluntario es quizás el síntoma neurológico más frecuente e importante.

Algunas partes del sistema nervioso están relacionadas principalmente con la ejecución del movimiento: 1). Las neuronas motoras (células grandes); de las astas anteriores de la médula espinal, y los núcleos motores del tallo cerebral, cuyos axones se dirigen a los músculos esqueléticos; se llaman neuronas motoras inferiores o primarias y son la "vía final común" por la cual todos los impulsos nerviosos, que estimulan la actividad motora, son transmitidos al músculo. 2). Las células gigantes de Betz, situadas en la corteza cerebral, cerca de la Cisura de Rolando, se conectan con las neuronas motoras espinales por medio de un sistema de fibras que debido a la forma que presenta en los cortes transversales de la médula, se denomina, Haz Piramidal (Corticoespinal). Los haces piramidales y sus células de origen constituyen la segunda neurona o neurona motora superior.

Otras enfermedades se caracterizan por lesionar determinadas porciones del sistema motor. Los trastornos resultantes suelen dividirse en: 1). Parálisis por lesión de las neuronas motoras superio

res, 2). Parálisis por lesión de las neuronas motoras inferiores, 3). Trastornos apráxicos o no paráliticos de los movimientos intencionados, y 4). Anomalías del movimiento y la postura, causadas por enfermedades de los sistemas motores extrapiramidales. En el presente estudio nos interesan específicamente los puntos uno y dos (1, 2, 3).

La paraplejía significa la parálisis de dos mitades simétricas del cuerpo; cuando no se dan detalles y se dice simplemente paraplejía se sobreentiende que se trata de la parálisis de los miembros inferiores y en este sentido será estudiada a continuación (4).

Para que haya paraplejía se requiere una lesión bilateral de la vía motora, la que puede ser afectada a nivel de la protoneurona o de la deutoneurona. Según, sea la lesión bilateral de una u otra neurona, la paraplejía revestirá los caracteres clínicos que corresponden a la lesión de la neurona central o de la neurona periférica. Si la neurona central es la afectada, se produce una paraplejía espasmódica con signos de piramidalismo y si lo es periférica se tiene una paraplejía flácida (Fig. I:1).

**Paraplejía Flácida.**- Las paraplejías flácidas resultan de una lesión bilateral de la neuroma motriz periférica que puede radicar, a nivel de la médula o a nivel de los nervios periféricos. De aquí la división de las paraplejías flácidas en dos grandes grupos: Paraplejías Medulares y Paraplejías Neuríticas.

a). Paraplejía flácida medular. Aquí la lesión obra sobre las células motoras de las astas anteriores medulares, o en su prolongación cilindroaxil-intramedular. Se caracteriza por la instalación en forma brusca, de una parálisis de los miembros inferiores, con impotencia absoluta, flá-

cidez o hipotonía acentuada, parálisis de los esfínteres (la parálisis de los esfínteres en el primer momento, origina retención de orina y materias fecales, que luego se convierte en incontinencia; suele por esta razón, haber rápida infección urinaria), arreflexia profunda, signo de Babinsky y sucedáneos presentes, aunque al principio pueden faltar; reflejos de automatismo medular muy acentuados, anestesia total hasta el límite que corresponde a la lesión, fenómenos tróficos de aparición precoz (atrofia muscular considerable de los músculos paralizados, escaras sacras o gluteas, ampollas y flicticemas), parálisis vasomotora.

b). Paraplejía flácida neurítica. La lesión que produce este tipo de paraplejía actúa sobre las raíces anteriores medulares o sobre los mismos nervios periféricos (paraplejías radicales y neuríticas). La paraplejía neurítica se inicia ordinariamente en forma lenta, con prodromos constituidos por parestesia y dolores. En algunas ocasiones la iniciación es brusca como en los casos de paraplejías medulares. Es común que el cuadro clínico no sea el de una paraplejía completa pues los músculos de los miembros inferiores no están todos atacados de la misma manera por la parálisis, que es mayor en los músculos extensores. Se acompaña de atrofia rápida de las masas musculares paralizadas con reacción degenerativa más o menos completa; la presión de las masas musculares o de los trayectos nerviosos provocan dolor. Los reflejos profundos están abolidos, el reflejo cutáneo plantar es normal o está ausente. Existe con frecuencia ataxia; no hay trastornos esfinterianos, lo que es un hecho fundamental para diferenciarla de las paraplejías flácidas de origen medular. Existen otros trastornos tróficos, vesículas o ampollas. Hay perturbación de la secreción sudoral y cambios vasomotores. La sensibilidad objetiva puede estar alterada, hipoalgesia etc.... La paraplejía tiene tendencia regresiva con aparición de re-

tracciones musculares.

Paraplejias espásticas. Las lesiones bilaterales de la vía motriz piramidal originan paraplejias espásticas, caracterizadas por la parálisis de los miembros inferiores con espasticidad o hipertonía evidente. El grado de la parálisis es variable, yendo desde la paresia leve a la parálisis más acentuada. Por lo general, hay más espasticidad que parálisis. La iniciación puede ser gradual o pasando previamente por una fase de paraplejia flácida.

El enfermo con paraplejia espástica acentuada tiene por lo general los miembros inferiores en extensión, los muslos y rodillas juntos y apretados, los pies en equinismo, las masas musculares duras oponiendo resistencia a los movimientos pasivos. Está presente el síndrome de piramidalismo en ambos lados; Hiperreflexia Clonus y signo de Babinsky. Los reflejos cutáneos abdominales tienen un comportamiento variable según la causa que determine la paraplejia, así por ejemplo; faltan casi siempre desde temprano en la esclerosis en placas y pueden faltar a nivel inferior medio o superior, o en los casos de compresión medular, según la altura de la misma. Los reflejos de automatismo medular están habitualmente exagerados. Existen perturbaciones esfinterianas leves o marcadas; retención de orina, constipación, incontinencia. La marcha difiere según el grado de contractura; siendo del tipo pareto espástico, con sus distintas variedades, marcha digitigrada, de gallinacea o pendular. Existiendo también trastornos digestivos ligeros.

La paraplejia en lugar de ser en extensión, puede ser en flexión, en cuyo caso las piernas se encuentran flexionadas sobre el muslo, en lugar de extendidas. Este tipo de paraplejia ha sido descrita por Babinsky y es de observación rara. Los re-

flejos tendinosos en la paraplejia en flexión, tan pronto están exagerados como normales o disminuidos. Existe signo de Babinsky y reflejos de automatismo medular están muy manifiestos siempre.

B). Etiología.- Las causas de las paraplejas flácidas varían según sean medulares o neuríticas. La etiología más común de las paraplejas flácidas medulares es la poliomyelitis anterior aguda (enfermedad de Heine-Medin o parálisis infantil), la mielitis aguda transversal (infecciosa, neumónica, hidrofóbica), la hematomielia, las secciones completas o totales de la médula determinada por un traumatismo (fractura de la columna vertebral, herida de la médula por bala), la comprensión brusca de la médula, la mielitis de los buzos son otras tantas causas de paraplejía flácida medular.

Las paraplejas flácidas neuríticas se deben a polineuritis infecciosas o tóxicas (alcohólica, saturnina) o a procesos traumáticos tumorales que determinan la comprensión de las raíces anteriores en su trayecto intraraquídeo; por ejemplo; una fractura de la columna vertebral que comprime las raíces anteriores 3 dorsal, 1 y 2 lumbar, o las raíces lumbares 1 a 4 o la cola de caballo. También es causa de ellas la radiculitis.

Salvo ciertos casos de paraplejía encefálica-tales como las debidas a una lesión bilateral de los lóbulos para-centrales donde están los centros de origen de las fibras destinadas a los miembros inferiores, de muy rara observación, ciertas paraplejas de los viejos, por estado lacunar (paraplejía de Lhermitte) o la paraplejía de los niños que padecen de una enfermedad de Little (producida por detención de desarrollo de la vía piramidal, consecutiva a lesiones cerebrales o medulares congénitas) las paraplejas espásticas son todas de origen medular y sus principales causas son:

1). Comprensión médular lenta, por mal de Rott, cáncer vertebral, tumores meningeos, aracnoiditis espinal crónica de Horsley, o tumores medulares. Como la comprensión médular por estos distintos factores se ejerce a la altura de un determinado segmento médular, hay que establecer siempre cual es el segmento lesionado, vale decir, hacer el diagnóstico de localización.

2). Sífilis. Originando una meningomielitis crónica, que da lugar a la denominada paraplejía de Erb, en la que domina la gran espasticidad sobre la paresia. Los esfínteres, particularmente el vesical, denotan perturbaciones en forma de disuria, constipación, frigidez sexual. Otras veces la sífilis obra produciendo una mielitis transversal crónica.

3) Traumatismo: Lesionado directa o indirectamente la médula por intermedio de una luxación o fractura vertebral o de una hemorragia intrarquídea, en estos casos si la lesión medular que se produce es incompleta después de un período de paraplejía flácida se pasa al de paraplejía espástica, con ciertos caracteres particulares que dependen de la altura de la lesión medular.

4). Esclerosis en placas.

5). Siringomielia.

6). Esclerosis medulares combinadas que pueden sobrevenir en las anemias graves, la pelagra, el latrismo etc...

7). Paraplejía espástica familiar periódica de Strumpell (5,6,7,8,9).

Fig. I.1

DIAGNOSTICO	TIPO DE LESION	MORFOLOGIA	NIVELES DE LESION METAMERICOS
SINDROME DE SECCION MEDULAR TRANSVERSA  (Traumáticos).	COMPLETA	FLACIDA	POR ENCIMA DE C5
		ESPASTICA	POR DEBAJO DE C6
SINDROME DE COMPRESION MEDULAR.  (Médicos).	INCOMPLETA	ESPASTICA	ALTAS D1-D6
		FLACIDA	MEDIAS D7-D12
	COMPLETA	ESPASTICA	BAJAS L1-L5-SACRAL
	INCOMPLETA	ESPASTICA	

## II. PROBLEMAS PSICOLÓGICOS QUE PUEDEN PRESENTAR LOS LESIONADOS MEDULARES.

Es sabido, que para comprender y poder ayudar a algunas personas, es necesario conocer la estructura, la topografía y desarrollo de la personalidad para entender y resolver la psicopatología resultante. En esta segunda parte se darán algunas nociones sobre el desarrollo psíquico del individuo, haciendo énfasis en la segunda estructura psíquica (yo), ya que es la que más se afecta en los pacientes que nos atañen (Para y Tetrapléjicos).

A). Estructura de la personalidad: El Ello, en su forma más primitiva es un aparato reflejo que descarga por las vías motrices cualquier excitación sensorial que le llegue, y la consecuencia típica de la descarga motriz es la eliminación del estímulo, y éste, puede llegar desde el interior del cuerpo como llegar desde el mundo externo. El ello es la fuente primordial de la energía psíquica y la sede de los instintos. Y es a partir del ello, que los otros dos sistemas de la personalidad (yo y superyo) se desarrollan. Opera conforme al principio del placer buscando gratificación de las necesidades instintivas (proceso primario) y la reducción de la tensión psíquica, es decir, busca la respuesta directa e inmediatamente satisfactoria a un estímulo instintivo, sin distinguir entre la fantasía y la realidad (10).

El Yo. es la parte ejecutiva de la personalidad, el yo como entidad dinámica del individuo está presente desde el principio de la vida. Es primero y ante todo un yo corporal, que emana del sistema preceptor y comprende lo preconsciente, lo inmediato a los restos anémicos y también su producción inconsciente (11). Opera conforme al proceso secundario (12) y sus características son las cualidades o capacidades de pensar y razonar, percibir, memorizar y actuar.

El cuidadoso estudio de los postulados de Freud, dieron pauta para investigaciones posteriores acerca de la formación del yo, así Hartman (13) nos dice, "El cuerpo, en su doble posición como parte del mundo interno y externo, desempeña un papel decisivo en éste proceso principalmente su superficie, pero también aquellos estímulos que llegan al aparato mental del interior del cuerpo, y de un modo específico". Continuando con esta premisa, Schilder, apunta como fundamental la interacción entre lo psíquico y lo somático, uniéndose ambos en el esquema corporal como una "gestaltung", una estructuración en continuo cambio, en función de nuevas actividades y estímulos que proceden tanto del mundo externo como del interno. Correspondiendo esta concepción dinámica al yo preceptor de Freud, aunando los sentimientos, afectos, emociones y actitudes motoras asociadas indisolublemente a toda percepción. Schilder incluye en su concepción la fantasía del cuerpo para indicar la actividad psíquica presente desde el principio de la vida, y para incluir la totalidad de las experiencias heredadas y vividas por el individuo (14,15,16).

Los descubrimientos de M. Klein, complementan y enriquecen los conocimientos del desarrollo temprano del yo. El yo precoz carece de conexión y dentro de él alternan tendencias a la integración y a la desintegración, es decir, el yo temprano disocia en forma activa al objeto y a su relación con él. Lo que implica una disociación de él mismo. Lo más sobresaliente del yo precoz es hacerle frente a la angustia que surge dentro del organismo y la acción del instinto de muerte; la fortaleza y capacidad innatas del yo para tolerar las primeras situaciones de angustia, contribuyen en el desarrollo del yo y en su relación con la realidad. Siendo importante la división del yo corporal y del yo psíquico como mecanismo de defensa que resultan en una de las primeras disociaciones. La patología de

la división mente-cuerpo está en la regresión posterior a estos estados tempranos (17).

El superyo, es el representante interno de lo que el individuo considera básicamente correcto o incorrecto. Es decir, la parte moral y el ideal del yo (12,18) en resumen, el superyo es el producto de la socialización y el vehículo de la tradición (Fig. II:1).

Fig. II:1-

---

	COMPOSICION	OPERA	FUNCIONA	SE MANIFIESTA
ELLO	IMPULSOS INSTINTIVOS	PRINCIPIO DE PLACER	PROCESO DE IDEACION PRIMARIA RESPUESTA A LA REALIDAD NO FACTIBLE.	IDEACIONES FANTASIAS NO VERBAL
YO	PARTES CONSCIENTES DE LA PERSONALIDAD PARTES INCONSCIENTES- DEL ELLO	PRINCIPIO DE REALIDAD.	PROCESO DE IDEACION SECUNDARIA INTENTES SATISFACER EL ELLO POR MEDIOS INDIREC TOS.	VERBALMENTE POR LA LOGICA Y- LA OBJETIVIDAD.
SUPER YO	CONCIENCIA (Valores básicos y tra dicionales de la cultu ra).  YO IDEAL	SENTIMIENTO DE CULPA  BIENESTAR Y ORGULLO	COSAS DESAPROBADAS O CASTIGADAS  COSAS APROBADAS Y RECOMPENSADAS	POR LA MORAL.

---

B). Topografía de la Personalidad. La división topográfica de la personalidad consta de: Consciente, Preconsciente e inconsciente.

El consciente, es la representación objetiva que se halla presente en nuestra consciencia formada por los restos mnémicos. O sea, aquellas partes de las que el individuo se da cuenta de inmediato y en cualquier momento y forma parte de la mayoría del yo.

El preconsciente, es el material que se halla latente, que sólo es inconsciente en un sentido descriptivo y no en un sentido dinámico. Incluye las partes de la vida mental que pueden ser traídas a la conciencia con concentración y esfuerzo, radica principalmente en el yo.

El inconsciente tiene como punto de partida la represión, es el material que el individuo desconoce y que está totalmente fuera de su cognición y su dominio. Sus contenidos pueden permanecer totalmente desconocidos, o partes de él pueden pasar al preconsciente y de ahí ser llevados al consciente. Forma parte de la totalidad del ello y super yo, y la parte del yo de donde emanan los mecanismos de defensa y la formación de síntomas (19,20).

C). Desarrollo de la Personalidad. Acerca de las etapas del desarrollo de la personalidad, se han postulado variadas explicaciones, pero nos basaremos en la explicación dada por Freud, y que son:

1). Etapa Oral. Al irse formando la personalidad del hombre, la primera secuencia en desarrollarse se relaciona con la zona erógena de la boca. El interés primario del niño se centra en la boca, y lo que puede hacer con ella. Primeramente el chupar y llevarse todo a la boca, posteriormente el morder. Los movimientos bucales y los ruidos (gorgoreo, escupir, trompetillar etc.), son agradables. Los objetos (personas) no son reconocidos. El pecho constituye el objeto deseado (objeto parcial, ya que la madre sería el objeto como un todo). En principio, el niño es narcisista, se considera él como todo el universo. Más tarde aprende que él no es todo (proceso secundario) y que el pecho (o sustitutivos), está separado; por ejemplo: puede quitarsele el pecho lentamente en contra de sus deseos y se dará cuenta que existen muchas partes de su mundo que no puede controlar. Este concepto de entidad separada, se convierte en el yo corporal.

Esta etapa contiene los elementos básicos de instintos posteriores (comer, beber, hablar en exceso), juntamente con las frustraciones de esta etapa, agresión oral como serían: ironía, insultos, etc...

2). Etapa Anal. Por lo común, durante el segundo año de vida o más temprano, los reflejos expulsivos voluntarios llegan a ser controlados mediante una serie de experiencias que se conocen con el nombre de educación de control de esfínteres (10). La energía libidinal está centrada en la retención y en la expulsión de heces y orina. Se le da mucha importancia al control del esfínter

anal y un gran placer y plenitud se hallan implicados en esto.

Esta se considera todavía una etapa narcisista y autoerótica del desarrollo, encontrándose presente la raíz de la conducta obsesivo-compulsiva en la habilidad para controlar y regular, retener y soltar a voluntad.

3). Etapa Fálica. En esta etapa el pene o el clitoris se convierten en el foco de la energía libidinal, manipular y acariciar los órganos propios produce placer sensual. Al mismo tiempo, hay una intensificación del anhelo sexual del niño por los padres. Las niñas en esta etapa coinciden ambivalentemente con un proceso de envidia al pene. Los niños muestran gran interés por el tamaño y consistencia del pene, además de la angustia por el complejo de castración y el complejo de edipo.

Esta etapa es inicialmente autoerótica pero el interés sexual está dirigido en forma gradual al progenitor del sexo opuesto. Las relaciones anatómicas proporcionan al acto de la micción un significado sexual especial. El fenómeno de la "vergüenza" (por micción involuntaria) puede desempeñar una parte importante en el desarrollo del carácter.

4). Etapa de Latencia. Después de las etapas anteriores, se presenta una etapa de relativa tranquilidad, donde las actividades sexuales son muy reprimidas, y que corresponde aproximadamente de los 6 años a la pubertad.

5) Etapa Genital. La clave de esta etapa es la reciprocidad. No se descubren ni emplean nuevas zonas erógenas. Ocurre una síntesis o fusión de las etapas anteriores, que ya no dirigen su fuerza sobre el individuo, sino hacia el exterior, por lo común en pos del sexo opuesto. El principal objeti

vo físico de la etapa genitales el coito ya sea para reproducir la especie o por el recíproco placer - que obtienen los participantes al emplear sus respectivas zonas erógenas (19,20,21).

Aproximadamente entre los 16-18 años o más --- se pueden observar los puntos de fijación de las - etapas no resueltas que dejaron huella a nivel emo cional, emanando así los síntomas neuróticos en -- donde el desarrollo fue interrumpido.

Ahora bien, en el paciente parapléjico y Te-- trapléjico -ejemplo drámatico de la perturbación - yoica existe un desarrollo insuficiente desde el - punto de vista sensorial y perceptual, además si - recordamos que toda situación traumática provoca - una regresión (que variará en función de los ras - gos de personalidad, condiciones imperantes antes - y después del trauma y la fortaleza del yo), tene - mos así que la imagen corporal y los procesos psí - quicos perturbados van a desencadenar una psicopa - tología.

D). **Psicopatología.**- De acuerdo a la clasificación psiquiátrica, dividida en dos nosologías fundamentales; Las Neurosis y las Psicosis. Se expondrán los principales trastornos psíquicos que los pacientes de nuestro estudio presentan con más frecuencia. (2,15,20,22,23,24,25,26,27).

Según nuestras investigaciones bibliográficas se ha encontrado que:

-Dentro de las neurosis, la más frecuente es la neurosis depresiva en su forma reactiva, con la triada clásica sintomática de abatimiento, tristeza y trastornos del sueño. La etiología cardinal de las depresiones neuróticas reactivas, es la "pérdida de objeto".

En los individuos que acuden a una ayuda psicoterapéutica, está pérdida suele centrarse en la muerte de un ser querido, el cambio de localidad, el fracaso amoroso, el caos económico, el despido laboral etc. Pero en los pacientes que nos conciernen, la pérdida de objetos, es la pérdida del esquema corporal (14,16,17,20,23,25) que crea angustia, imposibilita la motilidad y reduce la expresión de energía psíquica a través de la motora, reduciendo el espacio que normalmente utilizan los impulsos instintivos para "desahogarse".

Por otra parte, en los varones, la aceptación de "medio hombre", la conciencia de su impotencia sexual y la incapacidad para considerarse autosuficientes, provoca un agravamiento sintomático. Siendo el caso de los parapléjicos diferente al de los tetrapléjicos. En el caso de los primeros, las gratificaciones orales (fumar, comer ellos mismos, beber, besar, chupar etc), juntamente con el reforzamiento de la musculatura superior, compensa de una forma narcisista una buena parte de sus frustraciones. En el caso de los segundos, el escasí-

mo rendimiento muscular "apaga" la vía de expresión agresiva, su control se hace insuficiente y por tanto menos notorio y sin embargo su energía libidinal proporciona una forma madura, más genitativa, una compensación. Suelen ser estos enfermos los que mejores conservados sexualmente están y los que consiguen mayores gratificaciones.

-Dentro de las Neurosis Histéricas, las mujeres son las que con abrumadora mayoría militan en este grupo. De las dos formas de expresión histérica, es la de conversión la que más nos importa. Un síntoma de conversión es la somatización de un conflicto psíquico. Ahora bien, el principal problema con que se enfrenta el médico y el psicólogo es el diagnóstico diferencial, entre una y otra parálisis, y solamente un buen diagnóstico, teniendo en cuenta los hallazgos incompatibles y los resultados contradictorios y confusos, lo inclinarían hacia lo neurótico, pero no lo determinan.

El mecanismo psíquico más común en la producción del síntoma somático es el control de la agresión. La imposibilidad de golpear con, ir hacia, pisar a, etc., condiciona la parálisis del miembro o miembros agresores.

-La Neurosis Hipocondríaca, como se sabe se trata de la manifestación continua y repetida de quejas somáticas de una amplia gama y localización sin conciencia ni aspecto de enfermedad psíquica. La neurósis hipocondríaca esconde en la casi totalidad de los casos una situación depresiva de fondo, o una ansiedad profunda.

-Está señalada aquí la Neurosis de Angustia, porque ha sido hallada ocasionalmente en fases aguda de los tetrapléjicos y en las permanencias prolongadas en la Unidad de Terapia Intensiva, la neurósis de angustia proporciona el alargamiento de

la situación monotorizada (la protección del monitor apaga la angustia, en un principio que vuelve a presentarse de nuevo por el miedo de depender de él) y produce una sintomatología como son: arritmias, taquicardias, bradicardias, etc..

Se debe tener en cuenta y de hecho los médicos de terapia intensiva lo hacen de manera casi espontánea, la sedación de estos pacientes, pero desgraciadamente se olvida consultar al especialista (psicólogo) para buscar la raíz de esa angustia que de otra forma quedará latente, para surgir en el momento menos oportuno.

-Ahora bien, las Neurosis de Carácter, pueden fácilmente ser confundidas con la personalidad neurótica, sin embargo existe una clara diferencia. Dentro de las neurosis de carácter, existen rasgos y tipos, esto quiere decir que podemos encontrarlos con un individuo portador de una neurosis de carácter de tipo ciclotímico con rasgos orales-dependientes, y otro igualmente ciclotímico anal-pasivo.

En cuanto a los tipos de personalidad, es necesario incluir todos, ya que de alguna manera, todos somos partícipes de algún rasgo patológico en nuestra personalidad. La mayor o menor abundancia de ellos limitará la anormalidad o normalidad de la salud mental. Es importante aclarar la presencia de los rasgos paranoides en la personalidad que se encuentran en aquellos pacientes que se sienten observados, vigilados, perseguidos o tratados como conejillos de indias.

Vamos a explicar brevemente lo que estos rasgos significan: La neurosis de carácter, engloba los patrones de conducta de por vida, fundamentalmente aceptables al individuo, pero productores de conflicto con los demás, las causas son debidas a-

fijaciones en las etapas del desarrollo de la personalidad, y principalmente en la etapa edípica. Aunque algunos creen que los instintos sexuales son relativamente de poca importancia, las soluciones que el niño encuentra a las relaciones interpersonales y familiares, sentarán un patrón para la conducta posterior.

Conforme crece el niño, continuamente estará buscando soluciones parciales a los problemas residuales de su relación con la familia. El individuo que desarrolló un trastorno de carácter, es diferente del neurótico o del normal en la rigidez de la resolución con los que aplica estas soluciones parciales a sus tareas de resolver problemas. La diferencia principal entre las neurosis sintomáticas y las neurosis de carácter, radica en que en las últimas el individuo lleva a cabo la solución de sus problemas de su niñez o del conflicto de edipo, de una vez por todas y vive su vida según esa decisión. En las neurosis sintomáticas sin embargo, el síntoma presente preferente y actual es la ansiedad; mientras que en las de carácter no se presenta dicha ansiedad en forma franca; presentando por ello problemas de superficie (conducta agresiva, provocativa, cambio de humor, etc).

Como es de suponerse, estas manifestaciones no son producidas por la lesión orgánica, ya que las neurosis de carácter se forman en la infancia pero si puede ser está lesión un elemento desencadenante, o estimulante de dicha neurosis. Estas neurosis de carácter son siempre recuerdos de etapas infantiles mal elaboradas, y por tanto cuando aparecen, provocan una regresión a esas etapas que fueron conflictivas.

Dentro de los rasgos, cabe destacar el oral = agresivo, como el de mayor índice de exaltación en estos pacientes (para y tetrapléjicos). Son preci-

samente estas fijaciones en la etapa oral, las que más fácilmente son revividas en forma de regresiones a esta etapa sádica, en la que el morder es la base sustantiva de la personalidad. En estos enfermos la idealización y la verbalización se encuentran indenes, y en los casos en que una ligera fijación oral tuvo lugar, se presenta dentro de una personalidad adulta un volver a morde a través de la agresión por la palabra, y el hacer daño con el pensamiento expuesto en forma verbal, esto es índice en muchos parapléjicos.

Los rasgos anales-pasivos, se manifiestan casi de una forma real, en la falta de control de esfínteres. La fantasía infantil de la etapa correspondiente, traducible por un "soltar las heces como forma de dar lo sucio al medio ambiente", se ve reflejado en éste tipo de enfermos de manera consciente; real y agresiva. Cuando el rasgo es anal-pasivo, éste simbolismo se refleja en los sentimientos de culpa por ensuciarse.

El oral-dependiente, en contraposición del agresivo, rehuirá el hablar se encontrará a gusto en medio de las conversaciones, fumará en exceso si es fumador, beberá en exceso si es bebedor, rehuirá el preguntar a su médico, desplazando a través de enfermeras o auxiliares su demandas de información y adoptará una bulimia continua o por el contrario, se hará subsidiario de mimos o ayudas para comer él mismo.

En cuanto a los tipos, dentro de los cuales se presenta cualquier rasgo descrito anteriormente la experiencia demuestra según la revisión bibliográfica, que es la forma ciclotímica la más frecuente, esto es, en períodos alternativos, en los que una fase con sintomatología más difundida, debilitada o carente, pasan a otra más florida y bañada por una situación subdepresiva de fondo. Cuando la ti-

pología adopta la forma paranoide, menos frecuente en nuestros pacientes, el paciente tomará todos los rasgos, como provenientes de una mala atención presentará una continua queja del personal que lo circunda y en los casos más extremos ideará un boicot sistematizado del mundo externo que lo rodea.

-Antes de terminar de hablar sobre las Neurosis, mencionaremos por último a la Neurosis Traumática cuya presentación es rara en nuestros pacientes, pero cabe la posibilidad de presentarse.

Se entiende por trauma a la situación en la cual las formas habituales de adaptación de una persona han fracasado, y es cuando la persona busca formas de adaptaciones nuevas y mejores. Cuando se usa el término adaptación, se quiere destacar un nuevo aspecto especial, y éste es el papel activo del yo. Dos cosas suceden, cuando fracasa el yo y sus formas de adaptación: 1). El yo es arrollado, y más allá del yo, se producen síntomas que son experimentados pasivamente. 2). Tan pronto como es posible, el yo trata de establecer su control, llegando incluso al extremo de aplicar principios más arcaicos de control, y aún de recurrir a la regresión, si es necesario.

Existen estímulos de intensidad tan abrumadora que tienen un efecto traumático sobre cualquier persona; en cambio, hay otros inocuos para la mayoría de las personas, pero que son traumáticos para algunos que tienen una propensión especial a ser arrollados traumáticamente, y esto puede tener una raíz de carácter constitucional, además de depender de la economía mental de la persona.

El adulto está más expuesto a las experiencias traumáticas cuando se halla cansado, exhausto o enfermo. Otra diferencia importante es sí, en el momento del trauma, son posibles o no las reaccio-

nes motrices. El bloqueo de la actividad motriz externa aumenta la probabilidad de un derrumbe.

Los síntomas de las neurosis traumáticas son:

a). bloqueo o disminución de diversas funciones del yo, b). accesos de emoción, e incontrolable, e incluso, ocasionalmente de ataques convulsivos, c) insomnio o perturbaciones graves en el dormir, con sueños típicos en los que el trauma es experimentado una y otra vez, también repeticiones, en horas del día, de la situación traumática, ya sea en conjunto o en parte, bajo la forma de fantasías, pensamientos o sensaciones, d). complicaciones psiconeuróticas secundarias.

Es importante observar dentro de las funciones del yo que pueden ser debilitadas o bloqueadas por haber perdido relativamente su importancia - después del trauma figura la sexualidad (tema central de nuestro estudio en los pacientes para y tetrapléjicos). El interés sexual de los neuróticos traumáticos decrece generalmente y en los pacientes masculinos es muy frecuente la impotencia y si bien este síntoma puede deberse a complicaciones psiconeuróticas, puede ser también un síntoma inespecífico. Recordamos que la energía sexual, como toda otra energía Psíquica, es movilizada al efecto de controlar la excitación invasora y deja de estar a disposición de la sexualidad.

Hablaremos ahora sobre las Psicosis:

Dentro de las psicosis orgánicas en los enfermos con edad avanzada, podemos encontrarnos con las demencias, de entre las cuales, la motivadas por la edad y la arterioesclerosis, son las más comunes. Posteriormente las traumáticas (ya que no podemos olvidar el porcentaje de accidentes laborales, casuales o de tráfico que llenan las salas de los hospitales) y en último lugar las llamadas in-

fecciosas que pueden provenir de una intoxicación orgánica (urea) o extraorgánica (infecciones que provocan septicemia o fiebre alta, medicamentos, etc.)

La sintomatología de las demencias se caracteriza por la disfunción a nivel mental superior. La memoria, de la cual se pierde antes la de fijación que la de evocación. La dificultad ideativa - que se observa clínicamente - por la pérdida de poderes cognitivos (aprendizaje, comprensión razonamiento), y que se pueden valorar objetivamente mediante los tests apropiados, e igualmente el juicio y las funciones creadoras que se ven menos caídas.

-En las Psicosis Traumáticas, que se consideran como la resultante del daño físico al encéfalo, hay una clara diferencia con las neurosis de igual patología. En las primeras, la sintomatología es igual a la demencia senil siendo mucho más rápida su instauración. En las segundas, la sintomatología es subjetiva y la ansiedad, el pánico, las pesadillas y el insomnio están presentes.

-En cuanto a las Psicosis infecciosas, su sintomatología principal consiste en la obnubilación sensorial, la desorientación, la anormalidad afectiva, la confusión y las alucinaciones generalmente visuales.

-Terminaremos con el último apartado de la clasificación nosológica referido a la debilidad mental.

Dentro de los límites del cociente intelectual que pudiéramos considerar como normalmente bajos, cabe distinguir el verdadero débil mental, en el que su capacidad no es subsidiaria de mejora por que sus niveles se hallan sensiblemente disminuidos, al que, su medio socio-económico le ha priva-

do de enriquecimiento cultural, o el medio familiar le ha ocasionado una privación afectiva importante enclaustrándolo en una carencia de estímulos que si, pueden ser subsidiarios de una elevación de su cociente intelectual. (2,20).

Pasaremos ahora a la tercera parte de nuestra exposición concerniente tambien a la Psicología, donde daremos información acerca del aparato genital de la mujer y del hombre respectivamente, y las justificaciones explicativas de los diferentes tratamientos que se realizan para la problemática sexual de nuestros enfermos, según nuestro punto de vista sobre la reinserción social y la completa rehabilitación.

### III. SEXUALIDAD EN EL LESIONADO MEDULAR.

Hoy en día es fácil escuchar, hablar acerca de la sexualidad y más difícil es hablar de ella aún dentro de la intimidad; la descripción que en seguida se dará podrá ruborizar a algunos y ofender a otros, más creemos que el sexo tanto física como psíquicamente forma parte de nosotros mismos; y que la sexualidad en todos se manifiesta de una u otra forma y tiene como finalidad poder lograr la mejor satisfacción de uno mismo, encontrándose en la misma situación el lesionado medular.

A). Ciclo de respuesta Sexual, Willian H. Masters y Virginia E. Johnson, describieron y definieron las reacciones anatomofisiológicas del ciclo de Respuesta Sexual, dividiéndolo en cuatro fases: 1). Fase de excitación, 2). Fase de meseta, 3). Fase de orgasmo y 4). Fase de resolución. Está división aparentemente arbitraria da una base efectiva para la descripción detallada de las variaciones fisiológicas de la reacción sexual, que pueden ser transitorias y aparecer sólo en una de las fases del ciclo.

La primera fase de excitación del ciclo sexual humano, se desarrolla a partir de una estimulación somatogénica o psicogénica. El factor estimulante es de la mayor importancia para que se produzca un incremento de la tensión sexual durante el ciclo. Si la estimulación es adecuada a la demanda individual, la intensidad de la respuesta aumenta por lo general con rapidez, y la fase de excitación resulta acelerada o corta. Si el estímulo es física o psicológicamente objetable, la fase de excitación puede prolongarse mucho o interrumpirse. La primera parte y la final (fase de resolución) representa la mayor parte del tiempo que dura el ciclo de la respuesta sexual humana.

De la fase de excitación se pasa a la de meseta, si la estimulación sexual efectiva continúa. En esta fase la tensión sexual se intensifica y llega al máximo, después de lo cual aparece el orgasmo. La duración de la fase de meseta depende de la efectividad del estímulo empleado, combinado con el factor de canalización individual para la culminación del incremento de la tensión sexual. Si el estímulo o canalización son inadecuados o si el estímulo se interrumpe, el individuo no llega al orgasmo y pasa, poco a poco de la tensión de la fase de meseta a una fase de resolución exclusivamente prolongada.

La fase de orgasmo se limita a los escasos segundos durante los cuales la vasocongestión y la hipertonia desarrolladas por el estímulo sexual son liberadas. Esta situación involuntaria se alcanza a un nivel que representa el máximo de tensión sexual para cada situación particular. El comienzo subjetivo del orgasmo es pélvico y se concentra de modo específico en la mujer, y en el pene, próstata y vesículas seminales en el hombre. Se experimenta una respuesta de todo el organismo a la tensión sexual, encontrando variaciones en la duración del orgasmo en la mujer, mientras que en el hombre tiende a seguir modelos estándares de reacción eyaculatoria con pocas variaciones individuales.

Tanto el hombre como la mujer pasan de la expresión orgásmica a la última fase del ciclo, la fase de resolución. Este período involucionario de pérdida de la tensión lleva al individuo de la etapa de meseta y orgasmo a un estado de inexcitabilidad. La mujer tiene una respuesta potencial que le permite volver al estado de orgasmo en cualquier punto de la fase de resolución si se reaplica un estímulo efectivo. Esta facilidad para múltiples expresiones orgásmicas es particularmente manifiesta si se pasa a la etapa de resolución luego de la meseta. En el hombre, la fase de resolución incluye un período refractario. La reestimulación

efectiva a altos niveles de tensión sexual sólo es posible después de terminar éste período refractario (28).

Los remanentes fisiológicos de la tensión sexual se disipan con lentitud tanto en el hombre como en la mujer, a menos que se haya experimentado una descarga orgásmica abrumadora. La total involución sólo se produce después que toda forma de estímulo sexual ha desaparecido.

La respuesta fisiológica básica del organismo humano a la estimulación sexual es doble, una reacción primaria, consistente en una externa vasocongestión y una secundaria, que reside en un aumento generalizado de la tensión muscular. La vasocongestión puede ser superficial y profunda, mientras que la miotonía refleja la contracción de músculos voluntarios e involuntarios. Las reacciones más intensas se encuentran en las fases de meseta y orgasmo (29,30).

En el siguiente capítulo, se observarán las evidencias fisiológicas de aumento de la tensión sexual, que se tratarán cuando se consideran las respuestas específicas de los órganos y del organismo, y cuando, presentes de esta manera individual, se hallen identificadas entre las múltiples referencias que se encuentran en las cuatro fases del ciclo de respuesta sexual. Estas reacciones a la tensión sexual están relacionadas con las variaciones anatomofisiológicas relativas a cada sexo. Encontrando diferentes respuestas básicas en ambos sexos en cuanto a la intensidad y duración de los modelos establecidos.

B). Descripción anatómica y funcional de los aparatos genitales: La descripción de los aparatos genitales, se hará, con referencia a las reacciones anatómicas y fisiológicas en su función del medio físico para la expresión de la capacidad sexual (28).

1). El aparato genital en la mujer se divide en órganos externos, que están constituidos por vagina, vulva, vestíbulo, himen, labios menores, labios mayores y clitoris, y en órganos internos: Ovarios, trompas uterinas y útero (28,30) fig. III:b:1:1.

La vagina es un conducto achatado de adelante hacia atrás, con una mucosa fina y plisada. En su parte superior aparece el cuello del útero. Por abajo se abre a la vulva por el orificio himeneal Fig. III. b:1:2.

En esencia, el túnel vaginal responde a la estimulación sexual efectiva con una involuntaria preparación para la penetración del órgano sexual masculino. Siendo la expansión y lubricación vaginal la indicación fisiológica directa de invitación al acto sexual, así como la erección en el hombre es la expresión fisiológica directa al acto sexual. (31).

Las alteraciones anatómicas que se realizan en la vagina de la mujer están orientadas a menudo en relación con niveles específicos de tensión sexual (fases del ciclo de respuesta sexual). Siendo la respuesta vaginal desarrollada de acuerdo con un plan básico, sea el estímulo original primitivamente somático o de origen psicógeno.

Fase de excitación.- La primera manifestación fisiológica de respuesta femenina frente a cualquier forma de estímulo sexual es la lubricación vaginal. El material aparece de los 10 a los 30 segundos después de cualquier estímulo efectivo.

A medida que aumenta la tensión sexual puede observarse un fenómeno de transudación en las paredes vaginales Fig. III:b:1:3. Apareciendo gotas aisladas de un material mucoso de transudación distribuidas en forma irregular sobre los pliegues vaginales. Al aumentar la tensión sexual, estas se unen para formar una capa continua y brillante en el túnel vaginal. Este fenómeno "sudoral" proporciona lubricación completa para las paredes vaginales muy tempranamente en la fase de excitación del ciclo de tensión sexual y es, la primera manifestación de respuestas vaginal fisiológica al estímulo sexual. En cuestión de segundos la mujer desarrolla lubricación suficiente para un coito normal (32).

A medida que continua la fase de excitación, aparecen nuevas manifestaciones propias de la preparación psicológica para el coito. Al comienzo se comprueba un alargamiento y distensión de los dos tercios inferiores del túnel vaginal. Pueden observarse movimientos irregulares expansivos de las paredes vaginales a medida que la tensión sexual se acerca al nivel de la meseta, antes de completarse la fase de excitación la vagina esta muy dilatada. Esta se expande involuntariamente, pero también se relaja en forma parcial de manera irregular. Poco a poco las demandas de expansión sobrepasan la tendencia a la relajación y así se establece la distensión vaginal en la mujer en la respuesta sexual.

Además de la dilatación vaginal, el cuello y el cuerpo uterino son empujados poco a poco hacia atrás y arriba a medida que crece la tensión sexual. Este movimiento, junto con la expansión, contribuye a la distensión de los dos tercios internos del túne vaginal. La elevación cervical produce un efecto de succión con topografía transcervical en el plano medio vaginal. Este desplazamiento lento e irregular del cuello hacia la pelvis falsa depende de una posición uterina normal. Si el útero está en retro-

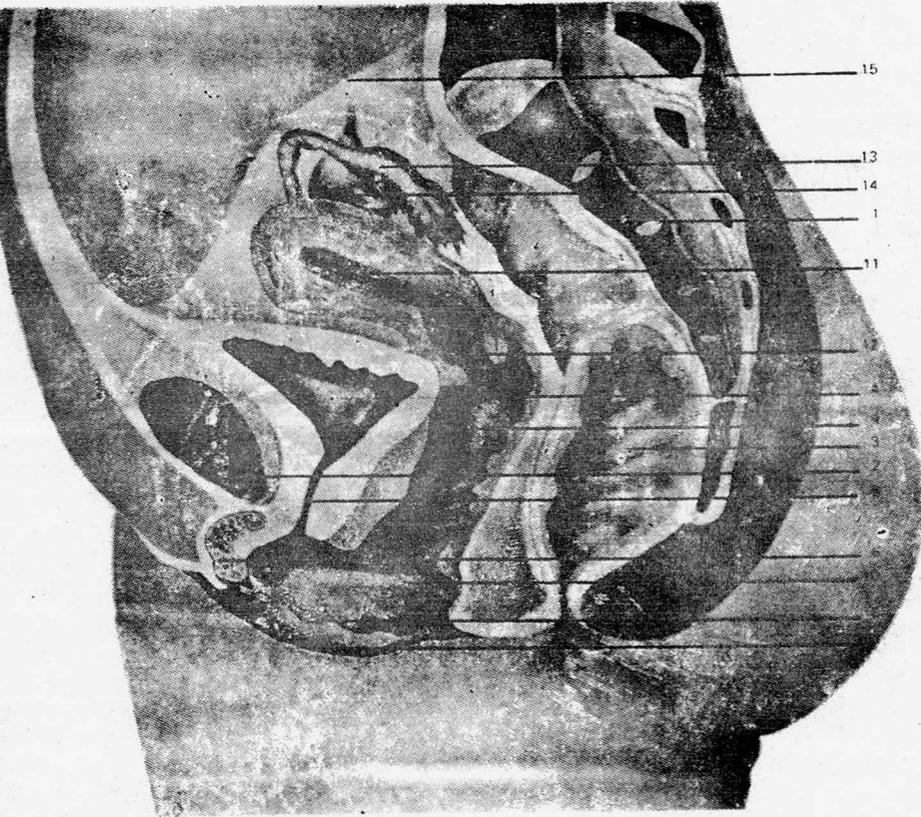


Fig. III:b:1:1

cción longitudinal y media de la pelvis menor femenina.

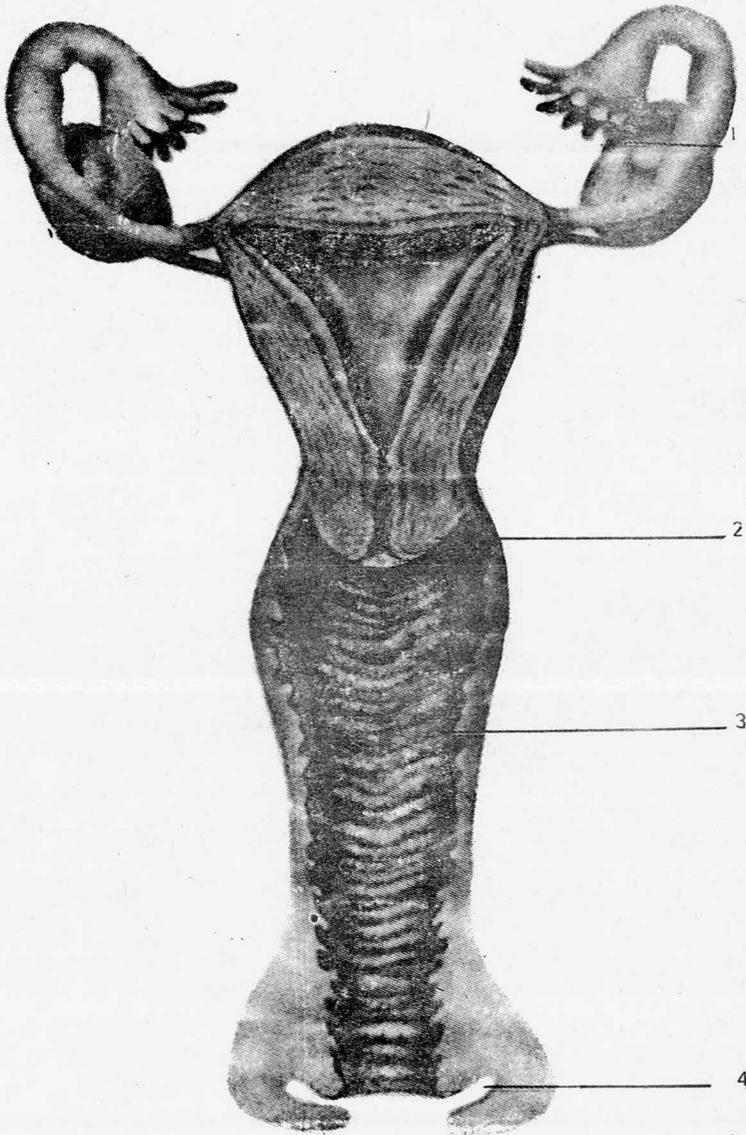


Fig. III:b:1:2  
La Vagina.

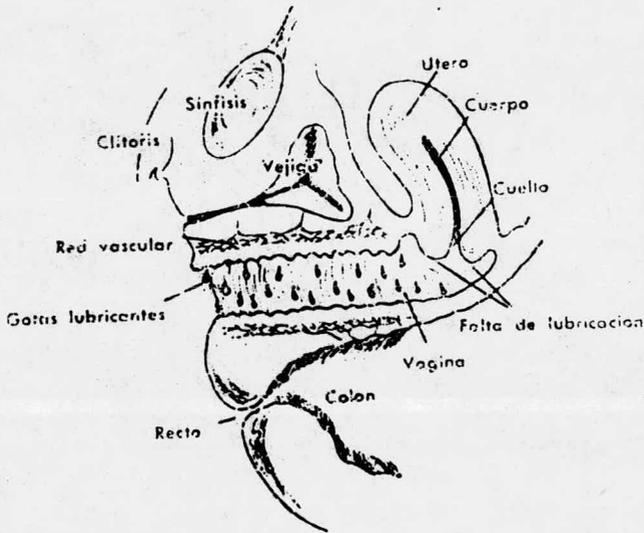


Fig.III:b:1:3 Representación esquemática de la lubricación vaginal.

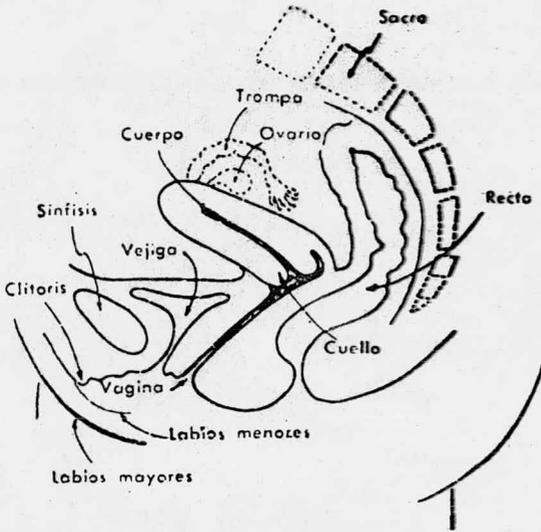


Fig. III:b:1:4. Pelvis femenina; anatomía normal ( vista lateral ).

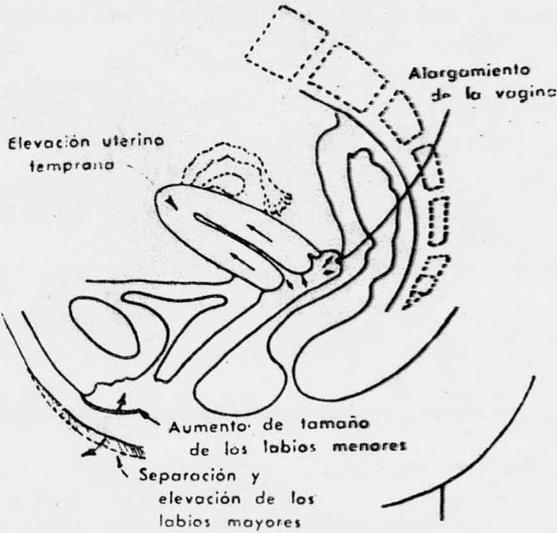


Fig. III:b:1:5. Pelvis femenina: fase de excitación.

versión de tercer grado, por ejemplo no sólo hay -  
falta de elevación cervical, sino que disminuye el -  
grado de expansión media posterior en la vagina --  
Fig. III:b:1:4,5.

A medida que se alcanza la fase de la meseta -  
se produce un aplastamiento de la superficie rugosa  
vaginal. Este adelgazamiento de la mucosa vaginal -  
es consecuencia de la expansión involuntaria de los  
dos tercios del tunel vaginal.

Fase de meseta.- Las alteraciones de respues-  
ta a la estimulación efectiva no están localizadas  
sólo en los dos tercios internos de la vagina. Por -  
lo general, se observa una distensión mínima del -  
tercio externo de la vagina en la fase de excita -  
ción. Al llegar a la fase de la meseta se produce -  
intensa reacción vasomotriz en el área vaginal espe -  
cífica. Fig. III:b:1:6. El tercio externo vaginal, -  
inclusive el vestíbulo vulvar, se distiende grande-  
mente con sangre venosa. Esta distensión es tan in-  
tensa que la luz del tercio externo del tunel vagi-  
nal se reduce por lo menos un tercio alcanzado en --  
la fase excitatoria. Esta vasocongestión se desa --  
rolla como respuesta involuntaria y representa un -  
signo seguro que nos indica que se ha alcanzado la -  
fase de meseta. La vasodilatación del tercio exter-  
no vaginal, junto a la tumefacción de los labios me -  
nores, constituye la base anatómica de la experien-  
cia orgásmica.

Durante está fase, aparece un aumento mínimo  
en el ancho y la profundidad vaginal, así mismo, -  
hay un infimo grado de distensión comparado con la -  
respuesta expansiva de la fase anterior.

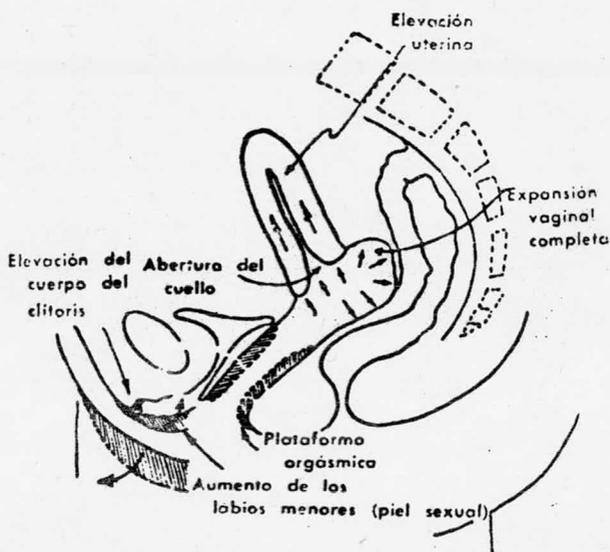


Fig. III:b:1:6. Pelvis femenina: fase de meseta.

Fase orgásmica.- La reacción fundamental del túnel vaginal es esencialmente de carácter expansivo más que constrictivo durante el orgasmo. La respuesta específica vaginal a la explosiva entidad fisiológica del orgasmo se halla confinada a la plataforma orgásmica Fig. III:b:1:7. Esta área localizada de vasodilatación vulvar se contrae fuerte y regularmente durante la fase orgásmica. La duración de este fenómeno y el número de contracciones son variables de una mujer a otra, y en el mismo sujeto de una experiencia orgásmica a la siguiente. Estas contracciones recurrentes del tercio externo vaginal son las únicas respuestas fisiológicas confirmadas en la fase orgásmica del ciclo de tensión sexual.

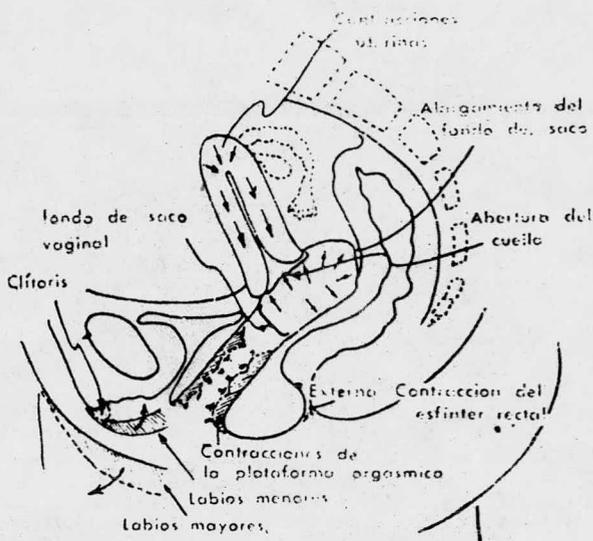


Fig. III:b:1:7 Pelvis femenina: fase orgásmica.

Fase resolutive.- En la fase resolutive se producen en primer término regresivos fenomenos en el tercio externo vaginal. La vasodilatación localizada establecida durante la fase de meseta que sirvió de plataforma a las contracciones espasmodicas del orgasmo, se dispersan con rapidez. Como resultado de la disminución de la vasodilatación, la luz central del tercio externo vaginal incrementa su diámetro en los primeros estados de la fase de resolución.

Poco a poco los dos tercios interiores distendidos llegan al estado de colapso. Esta reacción no es un colapso uniforme para todas las paredes vaginales. Es una reacción irregular, zonal para las pa

redes lateral y posterior de la vagina. La pared anterior y el cuello uterino en anteversoflexión - descienden hacia el piso vaginal con rapidez, desapareciendo el efecto de vacío en el diámetro transcervical de la vagina. El retorno del cuello al eje vaginal desde su elevada posición pelviana y el colapso coordinado de los fondos de saco vaginales a menudo tarda de 3 a 4 minutos en cumplirse.

El color de la mucosa vaginal, que aparece en la fase de meseta, vuelve a su normalidad en forma muy lenta. Se hacen más aparentes los pliegues vaginales normales, típicos de buena lubricación hormonal, a medida que la reacción expansiva de los dos tercios interiores vaginales retroceden.

La reacción del túnel vaginal a la tensión sexual sólo se ha considerado en lo que respecta al órgano de expresión sexual femenina. La rapidez e intensidad de los mecanismos de respuesta, como la producción de lubricación, expansión y elongación del túnel vaginal, efecto de vacío transcervical y reacción vasomotora de la plataforma, son siempre paralelas al grado de tensión sexual experimentada por el individuo. La vagina proporciona la medida directa de las tensiones psicosexuales femeninas ya que se prepara involuntariamente para el acto sexual.

Labios mayores.- En ausencia de estímulo sexual, los labios mayores, llegan normalmente a la línea media, protegiendo de esta manera las estructuras subyacentes; labios menores, orificio vaginal y meato urinario, dicha disposición puede perderse luego del traumatismo obstetrico, con lo cual desaparece la protección vaginal. A medida que aumenta la tensión sexual durante la fase de excitación, los labios mayores se adelgazan y aplastan contra el períneo de la nulípara. Observando también elevación moderada de los labios hacia arriba

y afuera, alejándose del orificio vaginal. Este -- desplazamiento y elevación anterolateral se comple -- tan mucho más tarde en la fase de excitación inme -- diatamente después de completada la fase de ten -- sión sexual.

El desplazamiento anatómico de los labios ma -- yores puede originarse por la protusión de los la -- bios menores y la vasocongestión vascular prelimi -- nar del tercio externo de la vagina. Existe otra -- posibilidad que puede significar un proceso neuro -- fisiológico involuntario de liberación de cualquier impedimento exterior al acoplamiento.

Durante las etapas tardías de la fase de mese -- ta, o en la etapa de orgasmo del ciclo sexual, no -- existen cambios en la ausencia de los labios mayo -- res.

En la fase de resolución, los labios mayores -- recuperan su grosor y su posición medial. Esta in -- volución labial se produce con rapidez, si la mu -- jer alcanza el orgasmo, pero si sólo se llega al -- nivel de tensión sexual correspondiente a la fase -- de meseta sobreviene una fase prolongada de resolu -- ción de 2 a 3 horas, y los labios mayores separa -- dos y turgentes llegan poco a poco a su posición -- medial.

Labios menores.- Los cambios que sufren los -- labios menores son los más importantes dentro de -- los genitales externos, durante el ciclo completo -- de respuesta sexual. Los labios menores, tanto de -- la nulípara como de la múltipara, se expanden mu -- cho en diámetro, cuando la fase de excitación está -- bien establecida, cuando la tensión sexual alcanza -- la fase de meseta, los labios menores aumentan dos -- y aún tres veces su diámetro. El aumento de diáme -- tro de los labios menores añade por lo menos un -- centímetro a la extensión clínica del espacio vagi --

nal durante el coito, exceptuando la pared poste -  
rior del orificio vaginal.

Durante la fase de meseta aparecen cambios que están en relación con la paridad de la mujer. Estos cambios de coloración de los labios menores en la fase de meseta son tan específicos que se les ha denominado la piel sexual de la mujer en la respuesta sexual.

Muchas mujeres progresan bien en la fase de meseta del ciclo sexual, pero al suprimirse el estímulo efectivo no llegan a alcanzar el orgasmo. Con el estímulo adecuado, podían haberse producido los cambios de color mencionados. Cuando el estímulo cesa y no se alcanza la fase orgásmica, la coloración de los labios menores desaparece con rapidez mucho antes que lo haga el incremento en diámetro de los vasos. Por lo general, cuanto más intenso y definido el color, más intensa es la respuesta individual al medio de estimulación. La aparición de la piel sexual es patognomónica clínicamente de inminente orgasmo.

Durante la fase de resolución, la coloración de la piel sexual se transforma del rojo intenso o brillante rosado claro, por lo general dentro de los 10 a 15 segundos que siguen a la expresión orgásmica. La segunda etapa de la decoloración de los labios menores es también relativamente rápida, pero no con igual uniformidad. La piel sexual en la etapa final presenta un aspecto moteado.  
Fig. III:b:l:8.



Fig. III:b:i:8. 1a vulva.

Glándulas de Bartholin.- Las de Bartholin son glándulas vulvo vaginales localizadas en cada uno de los labios menores. Sus orificios de excreción se encuentran en la superficie interna de éstos, -adyacentes al introito vaginal y segregan material mucoso.

Las glándulas de Bartholin responden a la estimulación sexual con actividad secretoria. Apareciendo tardíamente en la fase de excitación o al -comienzo de la fase de meseta de tensión sexual. -Siendo el material secretado despreciable ya que -rara vez se ha escretado más de una gota.

La actividad efectiva de las glándulas de Bar -tholin se da en el coito prolongado, en particular si la mujer se mantiene en fase tardía de excita -ción o en fase de meseta de la tensión sexual. -- Contribuyendo de manera significativa a la lubri -cación del introito.

Clitoris.- Es un órgano único en la anatomía -humana. Su objetivo es actuar como receptor y trans -formador de los estímulos sexuales. De esta manera la mujer, posee un sistema orgánico cuya función -es iniciar o elevar los niveles de tensión sexual.

Está formado por dos cuerpos cavernosos en --vueltos por membrana fibrosa densa. En esa membra -na hay fibras elásticas y musculares lisas. Ambas -cápsulas fibrosas se unen a lo largo de su superfi -cie medial para formar un tabique pectiniforme en -tre cruzado por fibras elásticas y musculares lisas. Cada cuerpo cavernoso está unido con el pubis y el isquión por un pedículo. El clitoris como el pene -tiene un ligamento suspensor que inserta a lo lar -go de la superficie anterior del tabique medio. -Además en el clitoris se insertan dos músculos pe -queños, los isquiocavernosos, que originan en las -ramas isquiásticas.

El nervio dorsal del clitoris es muy pequeño y proviene del nervio pudendo, del cual es la rama de división más profunda. Termina en un plexo dentro de la substancia del glande y de los cuerpos cavernosos. Además contiene fibras nerviosas mielínicas del sistema somático vegetativo, corpusculos de Paccini, distribuidos en forma irregular entre las fibras nerviosas autónomas tanto en el glande como en los cuerpos cavernosos, pero se concentran en el glande. La irrigación del órgano proviene de las arterias clitorídeas dorsales y profundas, que a su vez son ramas de la arteria pudenda interna. La irrigación arterial y el retorno venoso del clitoris siguen las mismas formas de distribución descriptas para el pene. A pesar de que la circulación arterial tiene formas de distribución similares a las del pene, la vascularización clitorídea se cumple con vasos de menor capacidad.

Hay que destacar que por lo general se encuentran grandes variaciones en la estructura anatómica del clitoris. Hay también acentuadas diferencias en los ligamentos suspensorés. El cuerpo del clitoris puede ser largo y fino con un glande relativamente pequeño, o grueso, y corto con un glande grande, a veces la relación entre el cuerpo del clitoris y el glande puede ser al revés de la descripta.

La rapidez de la respuesta del clitoris depende de que el estímulo sea directo o indirecto. La única estimulación indirecta es la manipulación del clitoris o del monte de Venus. Hay numerosas estimulaciones indirectas, manipulación de otras áreas erógenas, coito, fantasía. Si por ejemplo, se estimulan sólo los senos o la vagina (sin contacto clitorideo directo), la respuesta del clitoris sigue los modelos establecidos. Sin embargo hay un retardo en la iniciación de la respuesta que no existe cuando la estimulación es directa.

Fase de excitación.- La respuesta clitoridea a la estimulación que se produce durante esta fase es la tumefacción evidente, aumenta de tamaño el glande de manera que los tegumentos y los tejidos subyacentes quedan en aposición al aumentar el glande de tamaño, su modelo de reacción se desarrolla de modo consistente. Las variaciones en la reacción de tumefacción sólo se refieren a la rapidez y extensión del aumento de tamaño del glande en respuesta a la estimulación directa, que se opone a la más lenta y menos extensa que se produce por la manipulada por los senos, el coito activo o la fantasía.

Cuando se produce la tumefacción del glande, está no ocurre hasta que la tensión sexual ha progresado bien en la fase de excitación del ciclo de respuesta sexual, el clitoris se ingurgita en forma paralela a la vasodilatación de los labios menores, Una vez que aparece la tumefacción clitoridea, la ingurgitación persiste durante el resto del ciclo sexual o más aún, mientras continúa cierto grado de estimulación sexual.

Fase de meseta.- La reacción fisiológica más significativa del clitoris a la estimulación sexual efectiva ocurre en la fase de meseta del ciclo sexual y es una respuesta global. El clitoris se retrae en su totalidad y las estructuras anatómicas que adquieren mayor importancia en esta respuesta fisiológica son los ligamentos suspensorios y crurales. Los músculos isquiocavernosos también contribuyen con su contracción activa.

El glande y el cuerpo del clitoris pasan de su posición colgante en la región pudenda a retraerse hacia el borde anterior de la sínfisis. El glande en estado de reposo se proyecta hacia afuera y se retrae para quedar protegido por la piel a medida que la retracción progresa. En el estado preor-

gásmico resulta difícil observar el clitoris clínicamente, porque en este momento la retracción -- ha reducido el clitoris a un 50% de su longitud -- normal.

La retracción del cuerpo del clitoris se produce en relación con el tipo de efectividad de la estimulación sexual. Durante el coito o la manipulación de los senos la retracción del clitoris se produce en una fase tardía del período de meseta, -- como indicación del nivel preorgásmico de tensión sexual, con la manipulación del monte de Venus la retracción aparece más pronto, con frecuencia en -- la iniciación de la fase de meseta y es más una -- reacción a la estimulación táctil que la inminencia de la experiencia orgásmica.

La retracción del clitoris que se produce en esta fase es reversible. Si el alto grado de tensión sexual se reduce deliberadamente o fallan las técnicas de estimulación, vuelve a su posición normal de reposo. Si reaparece la estimulación sexual efectiva, la retracción vuelve a producirse. La -- reacción clitoridea puede desarrollarse repetitivamente durante una fase de meseta prolongada. Dicha situación se produce cuando una mujer que no -- puede llegar al orgasmo insiste en una estimulación prolongada o repetitiva para tratar de alcanzar la resolución de su tensión sexual.

Fase orgásmica.- No hay ninguna reacción específica del clitoris en esta fase. Pero por consecuencia de la gran retracción del clitoris detrás de los labios menores, queda fuera de la observación durante la experiencia orgásmica.

Fase de resolución. El retorno a la posición normal de reposo luego del orgasmo se produce de -- los 5 a los 10 segundos, aunque la desaparición de la retracción del clitoris se hace con rapidez, la

tumefacción del glande y la vasocongestión pueden observarse de 5 a 10 minutos después del orgasmo, - Ocasionalmente en algunas mujeres puede persistir de 15 a 30 minutos después.

Aquellos individuos que alcanzan la tensión de la fase de la meseta pero no llegan al orgasmo, pueden mantener la ingurgitación venosa por horas después que la actividad estimulativa ha cesado.

Utero.- Anatómicamente el útero está formado por la confluencia de los canales de Muller en su parte terminal y esta situado en medio de la pelvis menor y directamente detras de la vejiga. Es un músculo en forma de pera con la extremidad estrecha hacia abajo, consta de una parte superior (cuerpo del útero), y de otra inferior (cuello del útero).

Al progresar el grado de tensión sexual del que corresponde a la fase de excitación a la meseta, el útero se eleva de la pelvis menor a la pelvis mayor. El cuello sale de su posición normal de reposo en contacto directo con la pared posterior de la vagina, no lejos del introito vaginal. El cuello se retrae con lentitud hacia un plano posterior y superior al mismo tiempo que la pared vaginal se expande bajo la influencia del aumento de tensión sexual Fig. III:b:1:9, 10.

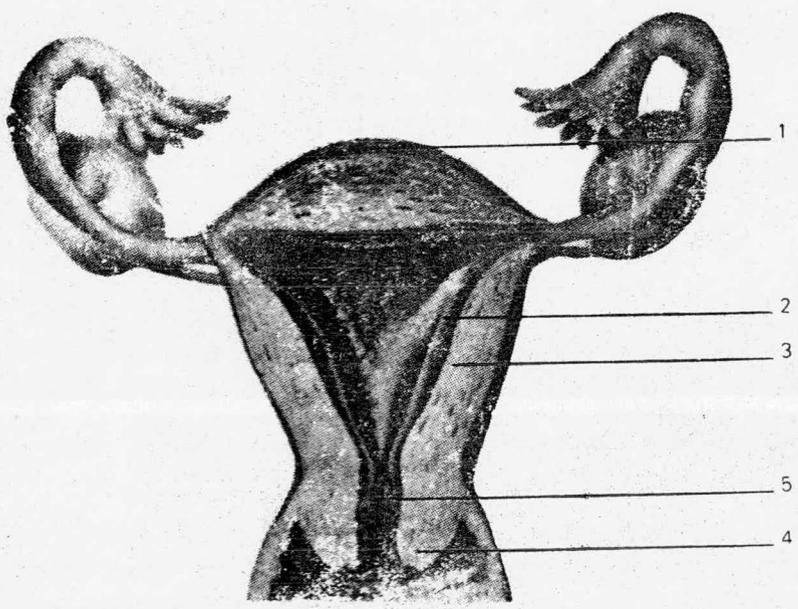


Fig.III:b:1:9 El útero.

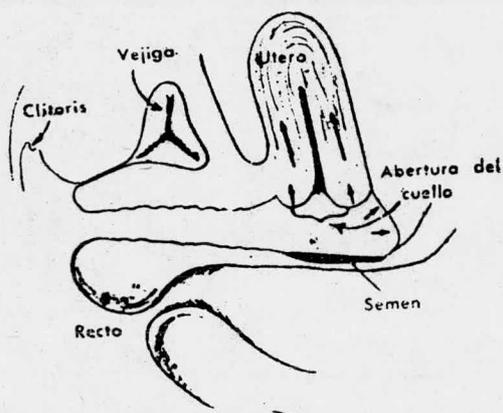


Fig. III:b:1:10 Perineo de nulípara:  
depósito del semen.

La expansión elíptica del planovaginal medio-  
que resulta de la elevación del cuello y la dila-  
tación de las paredes vaginales crea una especie  
de recipiente para el semen que teóricamente lle-  
gará a él. Fig. III:b:1:ii, 12,13,14.

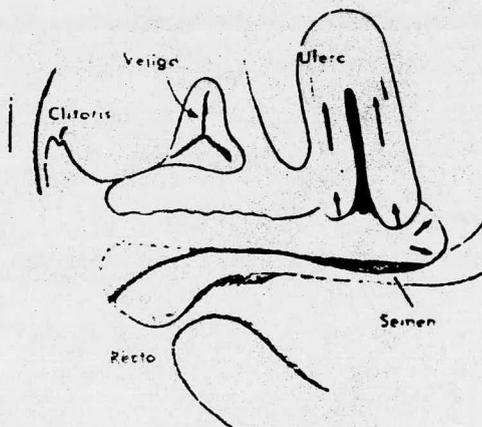


Fig. III:b:1:11 Orificio de la multipara:  
perdida del semen

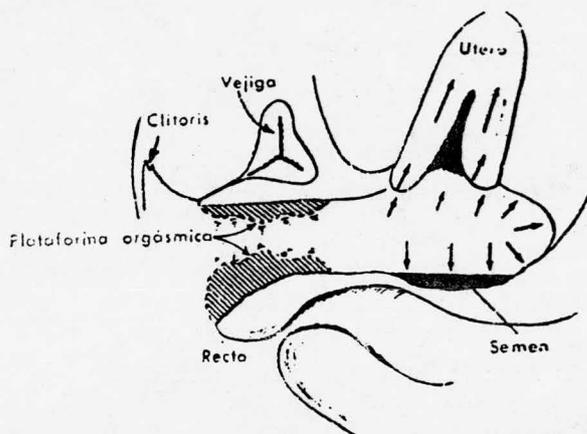


Fig. III:b:1:12 Plataforma orgásmica de la fase de meseta: depósito del semen.

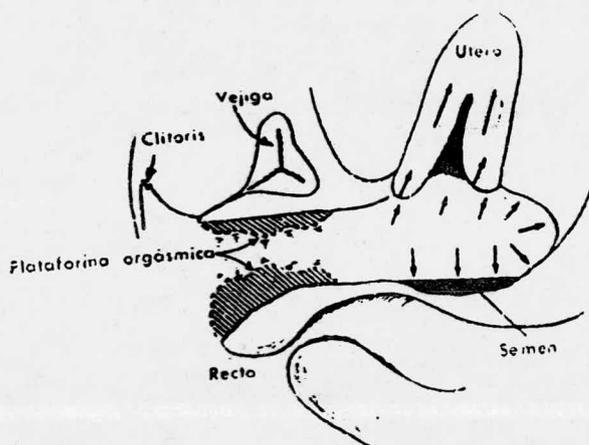


Fig. III:b:1:13 Multípara: plataforma -  
orgásmica y depósito -  
del semen.

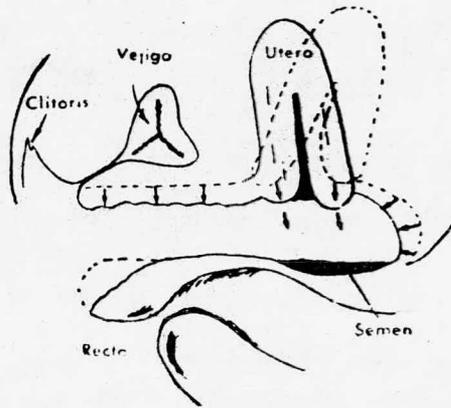


Fig. III:b:1:14 Inmersión del cuello en el semen fase de resolución.

La elevación uterina total no ocurre hasta que se llega a la fase de meseta de la respuesta sexual. El cuello de la nulípara puede elevarse casi hasta la pelvis menor. Una vez producida en forma total esta reacción, no hay otra respuesta global del órgano durante la fase de meseta o de orgasmo, ya que fisiológicamente se sabe poco con respecto a su respuesta sexual.

En la fase resolutive el útero comienza a retornar a su posición de reposo en la pelvis menor. Al volver a esta posición el cuello cae en el recipiente seminal del fondo del saco vaginal Fig. - II:b:1:14. Este descenso se produce con rapidez, sin embargo, la aposición del cuello con la pared vaginal posterior a menudo tarda de 5 a 10 minutos. Lo anteriormente descrito ha sido con un útero en anteroversión o en posición intermedia. Los úteros en posición posterior (retroversión y retroflexión) no se elevan de la pelvis menor a la mayor, como respuesta al estímulo sexual.

La reacción de cada uno de los componentes del útero (cuerpo y cuello) a los grados avanzados de estimulación sexual, constituyen la segunda fase de la respuesta uterina total.

La única respuesta del cuello a la estimulación sexual se desarrolla en la fase de resolución. A menudo se observa una dilatación mínima en el orificio externo del cuello. Si se produce esta reacción específica, aparece inmediatamente después del orgasmo. Si los sujetos no alcanzan el estado de relajación que sigue al orgasmo, dicha reacción no se produce. Cuando ocurre la dilatación del orificio cervical externo vuelve lentamente a su estado de construcción después de 20 a 30 minutos.

Este hallazgo es exclusivo del cuello de la nulípara, aunque puede ocurrir en las múltiparas. En su forma normal, el orificio externo está entreabierto en la múltipara. Y en esta entrada al conducto ceryical externo es el comienzo de la fase de resolución paralela a la intensidad del orgasmo. Cuando es intenso, es más fácil de reconocer la respuesta de dilatación del orificio externo de la nulípara.

A través de electrodos intrauterinos y abdominales y técnicas fisiológicas de registro, se -- encontro notable irritabilidad del cuerpo, que aumenta desde el comienzo de la fase de excitación -- hasta el final de la fase de meseta, que se reconoce en la fase de orgasmo por un modelo de contracción específico y se resuelve en la fase de resolución. Este modelo de contracción específica se -- repite en cada experiencia orgásmica subjetiva variando su intensidad y duración.

La contracción típica uterina durante el orgasmo comienza en el fondo, progresa por la parte media y termina en el segmento interior. Este tipo de contracción es similar a la que se desarrolla -- durante la primera etapa del parto. Sin embargo -- la contracción de la fase orgásmica es de extensión reducida e intensidad creciente.

El útero bajo la influencia del aumento de -- la tensión sexual junto con el tercio externo de -- la vagina (plataforma orgásmica Fig. III:b:1:13), -- los labios menores y las mamas, reaccionan de modo específico a la estimulación sexual efectiva por -- intensa vasodilatación del contenido líquido y en consecuencia, aumento de tamaño del órgano.

2). Descripción anatómica y fisiológica del aparato genital del hombre. Los órganos sexuales - internos y externos, aparecen vistos de frente, -- y situados con arreglo a su relación con la pelvis ósea, los dos testículos (1), alojados en el escroto (2), se hallan coronados por los epididimos (3) tras ellos los conductos deferentes (4), que se - dirigen hacia arriba y pasan delante del pubis, se dilatan formando las ampollas deferentes (5), y - confluyen detrás de la vejiga (6), a través de la próstata (7); la vejiga recibe los úteres derecho e izquierdo (8), bajo la próstata se encuentra la uretra (9), cuya fracción inicial se halla dilatada y forma un bulbo uretral (10); la uretra recorre de arriba abajo el pene (11) hasta llegar al - glande (12), recubierto por el prepucio (13), y - termina en el meato (14). Fig. III:b:2:1. (30).

El pene está formado por tres cuerpos cilíndricos de tejido érectil Fig. III:b:2:2, los cuerpos cavernosos del pene yacen paralelos el uno al otro, y por encima de ellos el cuerpo esponjoso es más grueso en la base, formando el bulbo uretral, y en sentido distal forma el glande. Los dos cuerpos cavernosos y el cuerpo esponjoso están rodeados cada uno por una capa fibrosa individual. La túnica albugínea, y los tres cuerpos se hallan circundados por densas vainas (28,29).

En la base o raíz peneal los cuerpos cavernosos divergen para insertarse en las ramas del pubis y del isquión (arco púbico). Cada una de estas ramas está rodeada por el músculo isquiocavernoso de naturaleza estriada. El cuerpo esponjoso está - también encapsulado por músculo esquelético, el - músculo bulboesponjoso.

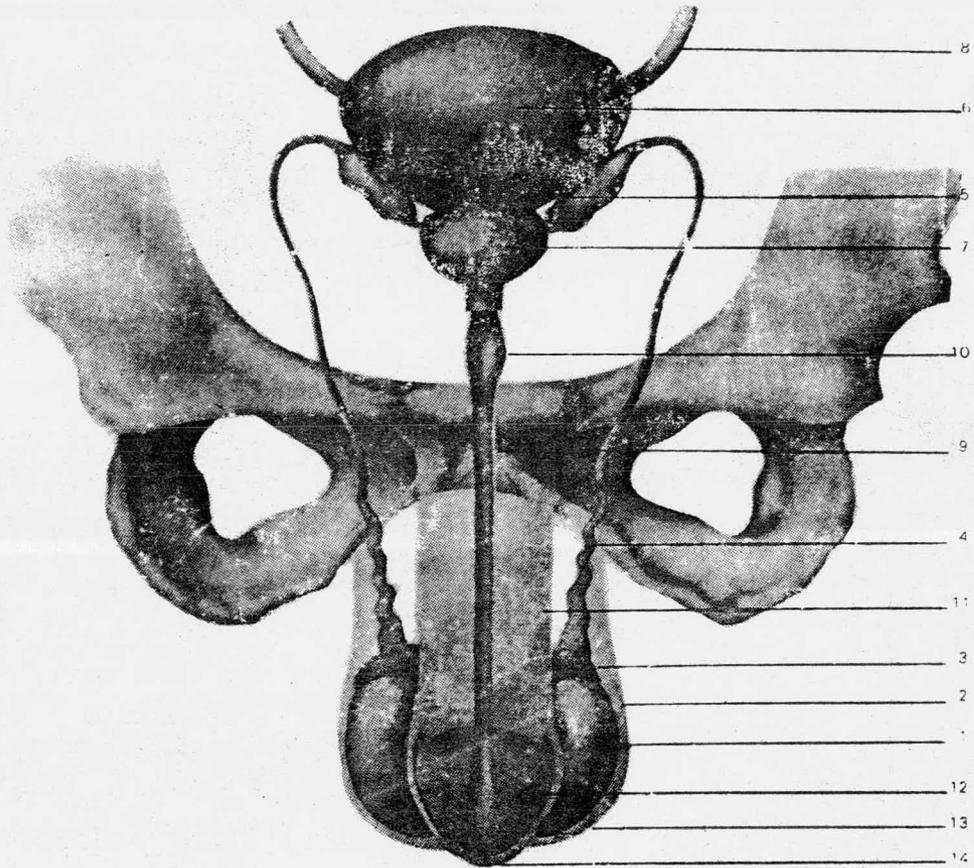


Fig. III: b:2:1

Anatomía de los órganos genitales del hombre.

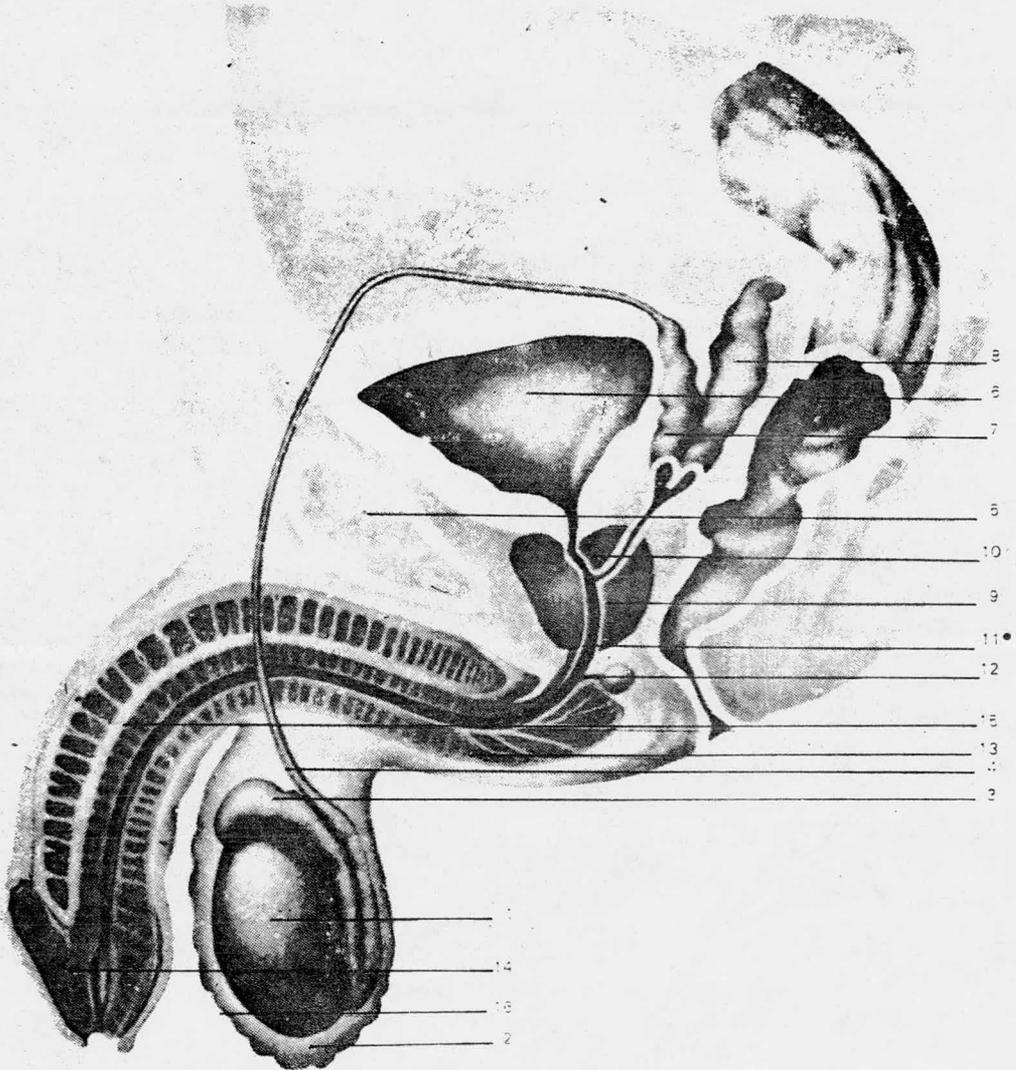


Fig. III:b:2:2 Sección de perfil de la pelvis masculina

Los tres cuerpos cilíndricos constituyen el tejido érectil del pene, que recibe sangre arterial de las ramas de las arterias pudendas internas. Estas ramas son: 1). Las arterias dorsales del pene, que se encuentran cerca de la superficie dorsal de éste en la túnica albugínea, 2). Las arterias cavernosas, que corren en sentido longitudinal a través de cada cuerpo cavernoso y 3). Dos arterias bulbouretrales, que corren longitudinalmente a través del cuerpo esponjoso en dirección ventral con respecto a la uretra. Las ramas terminales que se abren en forma directa en los espacios cavernosos. Fig. III:b:2:3.

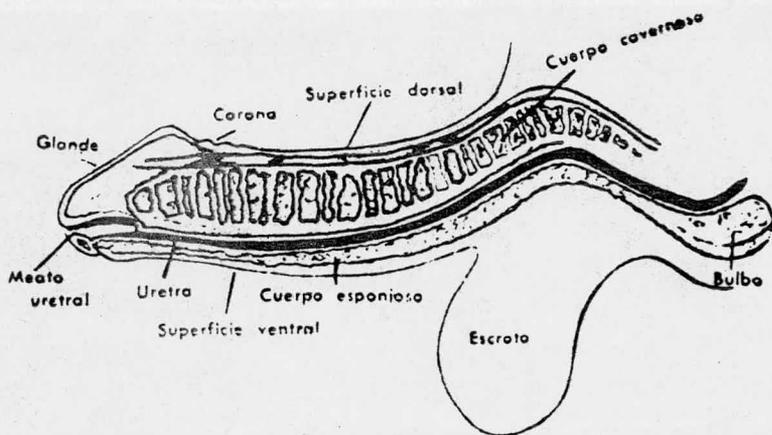


Fig. III:b:2:3 El pene anatomía normal (vista lateral).

El retorno venoso se realiza por dos caminos la vena dorsal superficial que recibe sangre de to do el cuerpo esponjoso, incluso del glande y del bulbo uretral, y la vena dorsal profunda, que recibe afluencias de los cuerpos cavernosos. Fig. - III:b:2:4.

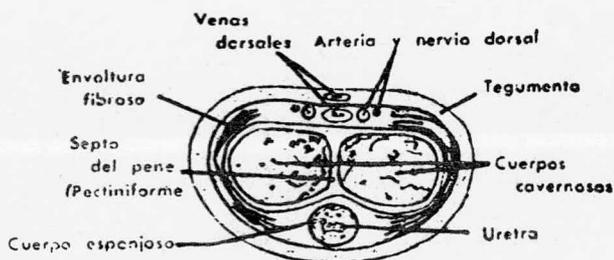


Fig. III:b:2:4 El pene; anatomía normal (vista -- transversal).

Hay muchos compartimientos separados por ban das o cordones de tejido fibroso y músculo liso -- llamados trabeculas. Estos compartimientos están -- entremezclados con arteriolas cuya túnica intima -- contiene supuestamente saliencias que en el estado de contracción ocluyen de modo parcial la luz, re -- teniendo la sangre de los senos cavernosos. Cuando las arteriolas se dilatan, aumentan el flujo de -- sangre en el pene y los senos se llena.

El retorno venoso de la posición erecta al estado flácido es resultado de la constricción activa de las arteriolas más que de ningún otro factor. La sangre venosa atrapada escapa de los senos cavernosos a pesar de la constricción pasiva de las venas.

La dilatación de las arterias del pene y subsiguiente erección son el resultado de la estimulación de los nervios espláncnicos. La erección es deficiente cuando el predominio del tono simpático provoca la constricción de las arterias del pene. El centro para el reflejo de la erección está localizado a nivel de la porción sacra de la médula espinal. Por supuesto, la estimulación primaria de la erección se localiza a nivel del cerebro en la corteza cerebral.

El componente erótico de la genitalidad masculina se localiza sobre todo a nivel de los órganos genitales externos. El pene, escroto y recto son en extremo sensitivos a la estimulación sexual efectiva con vasodilatación y elevación de la tensión muscular. No debe inferirse de esto que cualquier incidente que incremente la vasodilatación y la tensión muscular en los genitales masculinos sea necesariamente de un estado de elevación de la tensión sexual. La erección que aparece por lo general en el adolescente y en el hombre maduro, al despertar se ha observado en múltiples ocasiones, también se han observado erecciones durante el sueño a pesar de haber eyaculado momentos antes, en cambio en el hombre maduro, una eyaculación momentos antes realizada reduce la incidencia de erección durante el sueño, de modo particular en las primeras horas. La erección parcial se ha registrado en relación con circunstancias de stress, esfuerzos físicos intensos. Clínicamente se han observado estados de semierección en la fimosis, por estimulación de tipo irritativo del glande, y en -

Los adenomas de prostata, cuando existe retención-cronica de orina que produce estimulación secundaria del pene (2,28).

La erección del pene es la respuesta fisiológica primaria (vasodilatación) del hombre frente al estímulo sexual. Esta reacción constituye el paralelo neurofisiológico de la producción de lubricación vaginal. Ambas reacciones se suceden con idéntica facilidad, sea la fuente del estímulo somatogénica o psíquica en origen. Fig. III:b:2:5).

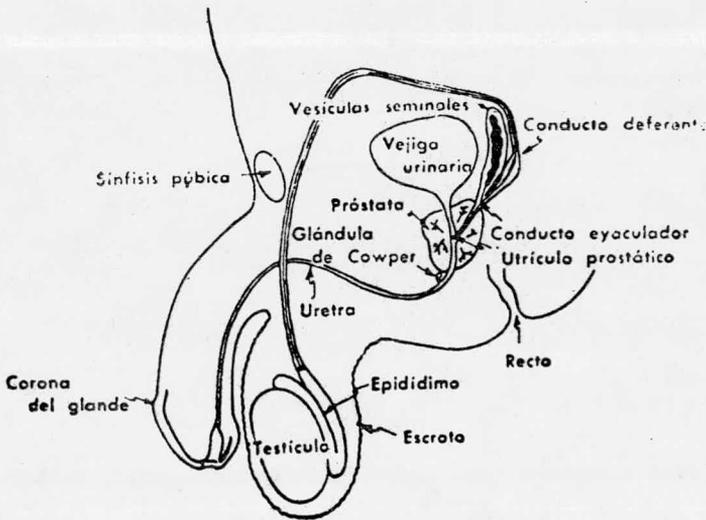


Fig. III:b:2:5 Pelvis masculina: anatomía normal (vista lateral).

Fase de excitación.- La respuesta principal del hombre frente al estímulo sexual es la erección del pene Fig. III:b:2:6, puede existir sólo un grado mínimo de tensión sexual antes de completarse esta respuesta. Luego de completada la erección, - la fase de excitación puede extenderse durante pocos instantes o aún hasta muchos minutos, esto depende de las variaciones del estímulo sexual efectivo

Una característica importante de la erección es que puede resentirse con facilidad con la introducción de un estímulo asexual, a pesar de mantenerse concomitantemente un estímulo sexual.

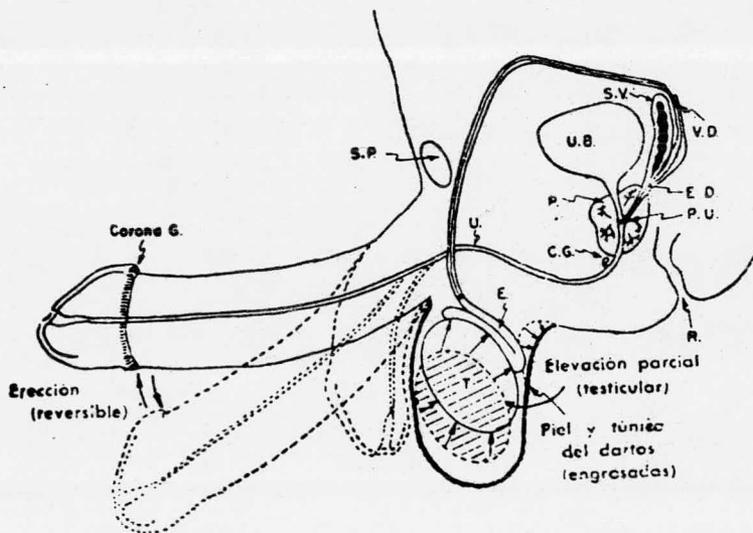


Fig. III:b:2:6 Pelvis masculina: fase de excitación.

Fase de meseta.- El pene que ha alcanzado en apariencia la erección completa durante la fase anterior desarrolla un aumento mínimo de vasodilatación y diámetro a medida que se acerca a la fase orgásmica Fig. III:b:2:7. Esta tumefacción adicional del pene durante la fase de meseta se limita de modo principal a la zona de la corona del glande.

También se observa un cambio de color del glande en esta fase de meseta. Observándose una profundización del color rojo purpúreo de la extasis venosa. Este cambio de color preeyaculatorio, cuando está bien establecido es reminiscencia de la coloración de los labios menores que se produce en la mujer. Sin embargo éste cambio de color en la corona del glande no es tan constante ni está tan definido como el cambio de color de la piel sexual en la mujer.

Fase orgásmica.- La reacción de la fase orgásmica en el pene se desarrolla de contracciones regulares del esfínter de la uretra y de los músculos isquiocavernoso, bulboesponjoso, transverso superficial y transverso profundo del perineo. Estas contracciones se desarrollan a todo lo largo de la uretra peneal y empujan el líquido seminal desde las porciones prostáticas y membranosas de la uretra, hacia y a través del meato uretral.

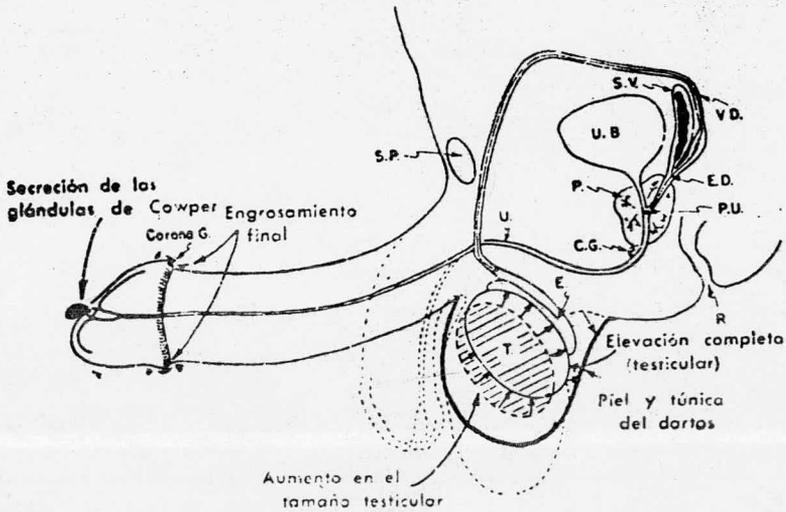


Fig. III:b:2:7 Pelvis masculina: fase de meseta.

El semen es expelido con gran presión, creada por la contracción involuntaria pero coordinada de estos grupos musculares. Se han medido los intervalos contractiles de las contracciones iniciales del pene, así como los de la plataforma orgásmica en el orgasmo femenino. Las contracciones expulsivas se desarrollan con intervalos de 0.8 segundos. Después de las 3 o 4 contracciones expulsivas mayores, éstas se reducen en frecuencia o

intensidad durante varios segundos, irregulares -  
que proyectan una cantidad mínima de semen sin =  
prácticamente fuerza expulsiva alguna. Fig. III; -  
b:2:8.

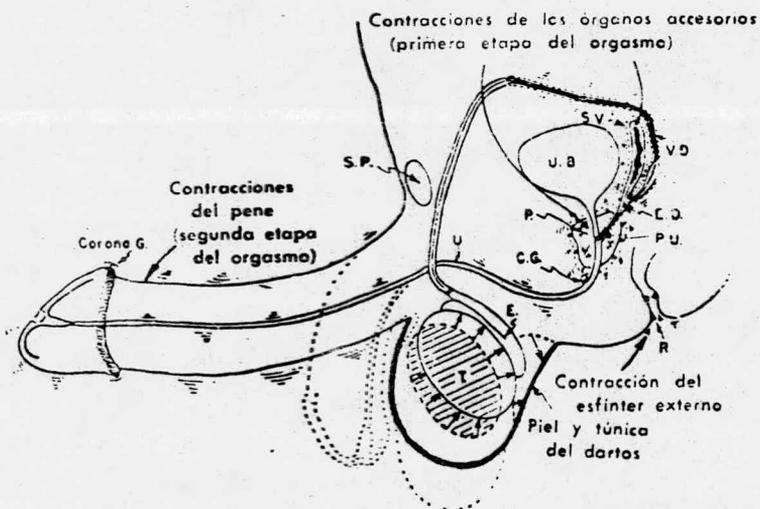


Fig. III:b:2:8 Pelvis masculina :fase orgásmica.

Fase de resolución.- La detumescencia del pene durante la fase de resolución se desarrolla en dos estadios diferentes Fig. III:b:2:9. El primer estadio de la involución se produce temprano en el periodo refractario de la fase de resolución y reduce al pene desde la erección completa a un 50%. Esta etapa se produce por lo general con gran rapidez. La segunda etapa de involución, lleva al estado normal de no estimulación, pudiendo extenderse más y sobre pasar con amplitud la etapa refractaria de la fase de resolución.

La primera etapa de involución se prolonga por lo común si la fase de excitación y la de meseta se han extendido voluntariamente. Muchos hombres aprenden a refrenar o demorar su eyaculación, para satisfacción de su compañera. Esta satisfacción puede implicar varios ciclos completos de respuesta sexual, con la consiguiente demanda de erección mantenida durante periodos prolongados. Cuando la erección se mantiene durante minutos, en particular dentro de la vagina se alcanzan grados muy avanzados de vasodilatación peneal que se prolongan después de la eyeculación. Demorando la fase primaria definitivamente y retardando la segunda etapa.

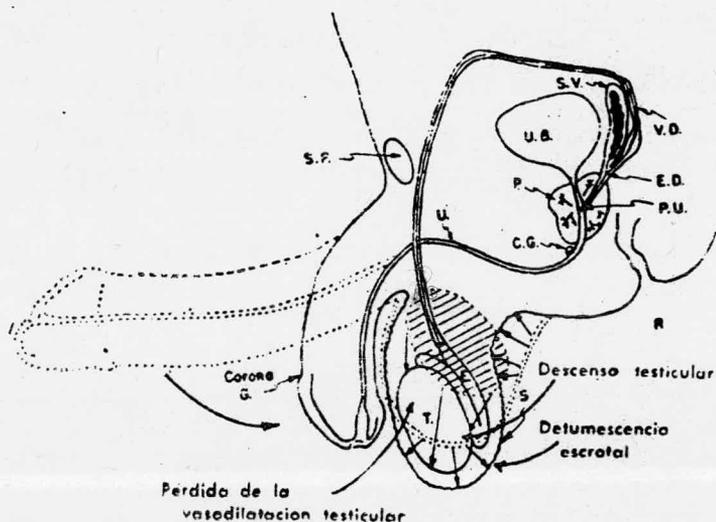


Fig. III:b:2:9 Pelvis masculina: fase de resolu --  
ción.

La rapidez con que se cumple la involución - del pene en dos estadios depende de la existencia - y la intensidad de los estímulos externos. El pro - greso de detumescencia se enlentece en la segun -- da etapa cuando el estímulo es sexual. Si en la - fase de resolución el hombre habla de cualquier -- objeto extrínseco o su atención diverge a cualquier objeto asexual la fase de involución ocurre con -- relativa facilidad.

La respuesta de la uretra peneal a la tensión sexual; en un principio la uretra se alarga durante la erección activa del pene, a medida que progresa en la fase de excitación hacia la fase de meseta, la luz de la uretra experimenta un aumento de diametro de por lo menos un doble. En la fase de meseta, el incremento de diametro de la uretra alcanza el triple, sobre todo en la base de la uretra, donde se localiza el bulbo uretral.

El meato uretral aumenta su eje transversal durante la fase de excitación del ciclo de la respuesta sexual. No existe dilatación del meato en la fase de meseta o en la orgásmica. En observaciones directas del meato uretral no se encuentran signos de eyaculación inminente. El meato uretral pierde su distensión transversal inmediatamente después de completada la eyaculación.

Durante el período refractario de la fase de resolución disminuye la distensión de la uretra y del bulbo uretral antes que se produzca disminución del largo del órgano.

El escroto y los testículos responden a la estimulación sexual con vasodilatación e incremento del tono muscular. En los períodos de no estimulación, el fino tegumento escrotal (piel y dartos) cuelga en forma de múltiples pliegues o arrugas sobre el contenido escrotal subyacente.

El escroto responde a la estimulación específicamente reflejando la intensidad de la estimulación.

Fase de excitación.- El incremento de la tensión sexual produce aumento de tensión y espesamiento del tegumento escrotal, que es acompañado de vasodilatación local y contracción de las pequeñas fibras musculares del dartos Fig. III:b:2:6. Los pliegues de la pared escrotal y su libre movi-

imiento desaparece rápidamente. La contracción de los tegumentos escrotales ocasiona intensa disminución del diámetro interno del saco escrotal disminuyendo la movilidad escrotal en todos los planos, menos el perpendicular.

El saco escrotal contraído, y su resultado, la disminución de su diámetro interno, son soperiores secundario para la reacción de acceso testicular en los estados avanzados de la fase de excitación. Si los niveles de tensión sexual de la fase se mantienen por largo tiempo sin seguir la progresión hacia los niveles de la fase de meseta, la constricción y congestión del saco escrotal pueden desaparecer. Cuando ocurre esta relajación, desaparecen los pliegues escrotales y los testículos elevados, en parte, retornan al fondo del saco escrotal. Esta pérdida puede ocurrir aun cuando se mantenga la erección peneal. Por último, si las tensiones sexuales continúan estimulándose y se alcanzan los niveles de la fase de meseta las reacciones congestivas y constrictivas del saco escrotal vuelven a establecerse con rapidez.

Fase de meseta y fase orgásmica.- No existen reacciones específicas del saco escrotal en la fase de meseta y en la fase orgásmica.

Fase de resolución.- Durante la fase de resolución el tegumento escrotal responde a la pérdida de la tensión sexual en dos formas diametralmente opuestas. La reacción que se observa más a menudo es la rápida pérdida de la apariencia tensa y vasodilatada del escroto y su retorno a las características plegadas del estado de no estimulación Fig. III:b:2:9. La segunda reacción es una fase de resolución lenta y retardada, dada una de estas reacciones es por lo general específica para el sujeto. La contracción concomitante del diámetro interno del saco escrotal puede demorar el con

siguiente retorno bilateral testicular a la posición de relajación en las profundidades escrotales.

Los testículos se hallan en la bolsa escrotal encontrando que el testículo izquierdo se halla algo más abajo que el derecho.

Fase de excitación.- A medida que aumenta la tensión en la fase de excitación, se observa una elevación del cremáster, que reviste el cordón espermático el cual produce esta respuesta fisiológica a través de un proceso de contracción involuntaria.

En general, sólo se cumple durante la fase de excitación una elevación parcial de los testículos hacia el perineo Fig. III:b:2:6, además de esto, los testículos experimentan una modificación en su eje de suspensión durante este proceso. El polo superior del testículo está elevado por completo, la pared posterior testicular se pone en contacto directo con el perineo masculino. Dicha rotación ocurre tardíamente en la fase de excitación y se completa durante las partes finales de la meseta del ciclo de respuesta sexual individual.

Si los niveles de tensión de la fase de excitación se mantienen durante más de 5 a 10 minutos y su incremento no continúa. La musculatura contraída del cremáster del cordón espermático se refleja y los testículos, junto con el saco escrotal retornan con frecuencia a su posición normal a pesar de mantenerse los niveles de la fase de excitación y proseguir con una erección indefinidamente. El hombre en respuesta sexual puede pasar varios procesos de elevación parcial y descenso testicular particular durante la fase de excitación extendida, hasta que la tensión sexual acumulada sea lo suficientemente efectiva para lograr una fase de meseta y con ella la elevación testicular-

completa resultante, ahora bien, la elevación testicular no ocurre solamente como una respuesta fisiológica de la tensión sexual, se observa en exposiciones al frío y como respuesta inmediata al estímulo del temor o la ira.

Fase de meseta.- A medida que la tensión sexual se eleva hacia la fase de meseta, progresa la reacción específica de elevación testicular hasta colocarse en estrecha aposición del perineo masculino Fig. III:b:2:7. Si los testículos no se elevan, al menos parcialmente, el hombre no experimentará una secuencia eyaculatoria completa. La elevación de los testículos es pagtomonica de eyaculación evidente.

El testículo izquierdo, tiene una posición inferior en el saco escrotal, en el estado de no estimulación, y debe realizar un movimiento mayor que el derecho en el proceso de elevación. Este testículo por lo general, no establece una aposición completa con el perineo hasta la etapa preeyaculatoria inmediata.

Otra observación testicular que ocurre en la fase de meseta es el aumento de tamaño de los testículos que es otro fenómeno de vasodilatación.

Fase de orgasmo.- No se ha registrado específica reacción de los testículos en la fase de orgasmo. Fig. III:b:2:8.

Fase de resolución.- La disminución del aumento testicular y el descenso completo de los testículos en las profundidades del saco escrotal relajado Fig. III:b:2:9), pueden suceder en forma rápida o lenta. Debido a que existe acentuada especificidad de respuesta para cada sujeto, pero variación de un sujeto a otro. Cuanto más larga es la fase de meseta de tensión sexual experimentada y el aumento de tamaño testicular más lenta -

es la detumescencia durante la fase de resolución.

Dada la anatomofisiología de los aparatos ge nitales en el hombre y la mujer en respuesta a la estimulación sexual pasaremos al tema central la sexualidad en los lesionados medulares.

### C). Sexualidad en los lesionados medulares.

1). Alteraciones del aparato genital en los lesionados medulares.- Del conocimiento de la nosología del paciente para y tetrapléjico mencionados anteriormente, así como de las alteraciones -- anatomofisiológicas en el ciclo de respuesta sexual, se podría pensar que el lesionado medular -- viene hacer una persona asexual o que está incapacitada para seguir llevando una vida sexual satisfactoria.

Desde 1948 se han hecho investigaciones que nos reportan que el paciente en cuestión, puede -- llevar una vida sexual "casi normal", si tenemos -- en cuenta primeramente que la respuesta sexual --- es condicionada, y secundariamente que dada la -- lesión de la médula espinal a diferentes niveles -- el lesionado medular podra dar la respuesta del ciclo sexual en diferentes fases, si no es que en -- todas ellas.

Erección. = Los principios neurofisiológicos de la función sexual han sido descritos anteriormente, brevemente, la erección es el resultado de la injurgitación del cuerpo cavernoso y del cuerpo esponjoso, inducido por la actividad llegada de la sangre a consecuencia de la vasodilatación arterial. La detumefacción es causada por la vasocongestión de las arterias.

-En 1948 Munro, Horne y Paull (33), en un estudio de 84 pacientes varones parapléjicos encontraron que el 74% fueron capaces de tener erección. Ellos concluyen que la erección puede o no ocurrir en la ausencia somática intacta y las conexiones -- del segmento parasimpático entre el sistema nervioso central y los órganos reproductivos de la pelvis.

-Talbot (34), reporta sobre su estudio de 200 pacientes en 1949, y sobre 208 pacientes parapléjicos más en 1955. Sus resultados muestran que dos tercios de sus pacientes tenían erección, siendo un tercio en respuesta a estímulos psíquicos, encontrando en más de 3/4 de sus pacientes que el patrón de función sexual quedó establecido dentro de los seis meses posteriores al daño. Estos resultados fueron confirmados por Zeitlin, Cottrell y Lloyd (40), en 1959, ellos encontraron que de 100-pacientes el 64% pudo ejecutar la erección completa.

-Bors y Comarr en 1960 (35), dividieron a sus 529 pacientes en cuatro grupos dependiendo de la localización y la gravedad del daño, encontrando que la erección era más probable en pacientes con lesiones superiores de las neuronas motoras (UMN), que en aquellos con lesiones inferiores en las neuronas motoras (LMN), prescindiendo de si la lesión interesada era completa o incompleta, aunque hay la probabilidad de que aquellos con lesión incompleta les irá mejor, que aquellos con lesiones completas del mismo tipo, Argumentando que el reflejo indica una lesión completa UMN, con respecto a los segmentos sacros, mientras que el reflejo y la erección psicogenica eran asociados con lesiones incompletas, y erecciones psicogenicas sugieren una lesión completa LMN, de los segmentos sacros. La ausencia de cualquier tipo de erección es más común en pacientes con lesiones completas LMN, que en aquellos con completa UMN.

-Comarr en 1971 (36), reportó que el 93% de pacientes con lesión UMN completa, tuvieron erecciones reflexogénicas, por estimulación externa, y/o espontánea. El 98% de pacientes con lesiones UMN incompletas tuvieron erecciones psicogénicas, 25% del mismo grupo tuvieron erecciones psicogénicas. El 26% de los pacientes con lesión LMN comple

tas tuvieron erecciones psicogénicas (con lesión L1 y niveles inferiores), 83% de los pacientes con lesión LMN incompleta, tuvieron erecciones psicogénicas, no teniendo ninguna erección reflexogénica.

-Fitzpatrick (37), clasifico la erección en tres grupos, espontánea, local y psíquica, Reportando que de un total de 25 pacientes, el 80% de ellos tuvieron erección, siendo está de cualquier tipo

Eyaculación y orgasmo.- Dado que la eyaculación es una función muy compleja, demanda de las funciones del parasimpático S2, S4 y simpático T12-13. Munro, Horne y Paull, establecieron que 7% de sus 84 pacientes con diferentes lesiones en el cordón espinal tenían eyaculación. Similarmente Zeitlin, Cottrel y Lloyd, establecieron que la incidencia de eyaculación, entre su serie de 100 pacientes fué de 3%, y ninguno de estos tenían implicación de los segmentos torácico o sacro inferiores. Bors y Comarr, compararon los efectos de las lesiones UMN, son aquellas cuando el control cerebral está perdido. Los centros sacros pueden estar inhibiendo la salida de esperma.

Bors y Comarr, declararon que la eyaculación es rara en pacientes con lesiones completas UMN, y cuando esto ocurre es precedido por una erección refleja; la eyaculación es más frecuente y está asociada siempre con una erección refleja psicogénica en pacientes con lesiones completas LMN. Esto es todavía más frecuente en pacientes con lesiones incompletas LMN, pero está precedida por erecciones psicogénicas en solamente 25%.

Comarr reportó que 29% de pacientes con lesiones UMN, 17% de pacientes con lesiones completas LMN, y 60% de pacientes con lesiones incompletas LMN, habían eyaculado y tuvieron orgasmo.

-Fitzpatrick reporto que en un paciente con lesión UMN completa, se logro la eyaculación y el orgasmo. Entre los pacientes con lesiones UMN incompletas el 29% eyaculaba y tenía orgasmo, de los pacientes con lesión LMN completa el 17% tuvo eyaculación y orgasmo, y el 60% de pacientes con LMN incompleta tuvieron eyaculación y orgasmo. El concluye que la eyaculación puede ocurrir en cualquier de los pacientes UMN o LMN aunque sin embargo el control volitivo del esfínter externo este ausente (38,39).

Coito.- Zeitlin, Cottrel y Lloyd reportaron que solamente 38% de sus 100 pacientes intentaron el coito, y 26% de la serie tuvieron éxito. Comarr informa que entre los pacientes UMN con lesiones completas, el 72% que intento el coito tuvo éxito. Y de los pacientes UMN con lesiones incompletas el 85% tuvo éxito. Entre los pacientes LMN con lesiones incompletas que intentaron el coito, 65% fueron satisfactorias, mientras que el 90% de aquellos con lesiones incompletas fueron exitosas.

-Fitzpatrick reporto que 26% de pacientes con lesión UMN completa y 27% de los pacientes con lesión UMN incompleta no hicieron el intento del coito pese a que tenían erección. Entre los pacientes con lesiones UMN completas quienes intentaron el coito tuvieron éxito (72%), entre los pacientes con lesiones UMN incompletas quienes intentaron el coito fueron afortunados (85%). Entre los pacientes de lesión LMN completa 65% fueron satisfactorias. Entre los pacientes con lesiones incompletas 90% fueron satisfactorias.

Resumen podemos observar que tanto en el hombre normal y en el paciente lesionado médular, la erección puede ser refleja y/o psíquica, y que es la primera la más importante por su calidad, para intentar y tener relaciones sexuales, algunos pacientes, pueden tener erecciones psicogénicas pero la erección, puede no ser lo suficientemente firme para la introducción, otros pacientes tienen erecciones espontáneas las cuales pueden ocurrir en un tiempo inoportuno y/o ser pasajeras. Respecto a la eyaculación puede ocurrir o no, siendo más afectada, que la anterior, y puede haber una aparición mínima (por goteo). La sensación de orgasmo puede o no acompañar la eyaculación, dependiendo sobre qué músculos tiene los nervios intactos, siendo relativa su inexistencia, generalmente, en el hombre con lesión en el cordón espinal, Algunos pueden estar conscientes de un incremento de espasmos en la pierna y el abdomen durante la eyaculación y otros tienen sensaciones localizadas en el abdomen y músculos internos, aunque ninguno tiene la sensación de climax en el pene. Encontrando que algunos hombres parapléjicos reciben satisfacción cuando experimentan orgasmos fantasmas (37, 41, 42 48).

La mujer parapléjica tiene menor número de problemas, Cooper menciona brevemente que las mujeres parapléjicas dejan de menstruar de tres a seis meses después de que sufren la lesión, más no ofrece detalles acerca del ciclo de respuesta sexual de ésta (34, 37, 51).



2).- Rol del parapléjico y su pareja en la relación sexual.- Hemos descrito anteriormente el sexo en su capacidad fisiológica, en la interrelación personal, hablaremos ahora de la sexualidad que vamás alla del factor biológico.

La sexualidad implica vivir el papel de un muchacho o muchacha, esposa o esposo, hombre o mujer. Lo cual abarca un aspecto de actitudes muy amplio y se refleja en todas las relaciones y actividades del individuo. Las personas son seres sexuales, y esto es verdadero en las personas con lesión de la médula espinal, al igual que en las personas sanas.

Generalmente se acepta que el sujeto masculino tiene mayor dificultad en la adaptación del rol sexual, que la mujer. Esto se debe a la pérdida de capacidad para la erección normal, la eyaculación y la fertilidad que tienen un efecto desmasculinizante sobre el hombre y lo obliga a la inversión del papel en una figura relativamente pasiva (2,43,44,45).

Estos efectos son devastadores cuando el lesionado medular en este caso el hombre, cuando ha colocado en su vida antes del trauma un valor muy alto a su actividad física, como una meta de su vida y medida de su virilidad. Opuesto al valor de su actividad intelectual y verbal como es el caso del macho mexicano (que de hecho no sólo existe en México, sino también en algunos países de Latinoamérica y Europa). (46).

Por otro lado, se piensa que la adaptación sexual en las mujeres, es menos difícil debido a sus actitudes hacía el sexo antes de la lesión, a la identidad de su papel relativamente pasivo y debido a que su función genital no está afectada. En la mayoría de la mujeres y en menor proporción en

Los hombres, la sexualidad ha involucrado el problema carnal de relacionarse con otra persona, la ternura, el deseo de dar y recibir, el cumplido, las caricias casuales, tratarse en un medio ambiente agradable para alcanzar el orgasmo. Además, es mucho más aceptable para una mujer ser empleada, mientras que en el hombre es mucho más perjudicial para su identidad sexual el estar incapacitado para satisfacer (47, 48, 49, 50, 51).

El paciente parapléjico en sus relaciones sexuales, como mencionamos anteriormente, tiene que asumir el papel pasivo, adoptando la posición supina, posiciones de lado, apoyándose en sus brazos si estos tienen fuerza suficiente, o pudiendo adoptar cualquier otro tipo de posición para lograr el introito (introducción del pene en la vagina), pudiéndose auxiliar con almohadillas o cualquier otro objeto que pueda facilitar la relación sexual y la satisfacción de la pareja.

Si el lesionado medular no logra satisfacción con lo mencionado arriba, éste puede recurrir a otros medios, siendo común, la sexualidad oral (genital en muchas parejas, cuando una de las dos está invalida (por supuesto, muchas parejas reciben placer en esta forma y de otras más, así mismo auxiliándose de diferentes medios). Uno u otro el hombre o la mujer pueden usar su boca y la lengua para satisfacer a la pareja o puede simultáneamente la pareja practicar la sexualidad oral (69 posición). (29). La estimulación mutua de los genitales o masturbarse si le satisface (52), pudiendo auxiliar el terapeuta a la pareja con la literatura pornográfica y diversos aparatos estimuladores, para que estos puedan obtener mejor y efectiva excitación (48).

El desempeño de cada uno de los participantes de la relación sexual en sí, es un acto privado, en el cual se ven involucrados los caracteres morales, que dan como producto un sentimiento de culpabilidad para el lesionado medular y su pareja por poder llegar a sentir. Más dentro del desempeño de la actividad sexual mencionada anteriormente muchas si no es que todos, las practicamos también siendo importante comunicar y conocer, en primera instancia que el lesionado medular se tiene que enfrentar, amén de sus restricciones fisiológicas. al cambio de rol en su relación sexual, y en segundo término al tipo de actividad sexual que podrá desempeñar de acuerdo a sus capacidades para lograr su propia satisfacción sexual y la de su pareja (53, 54, 55, 56, 57):

#### IV. REHABILITACION INTEGRAL DEL LESIONADO MEDULAR.

El lesionado medular sufre de una lesión a nivel medular que fisiológicamente está inhibiendo el funcionamiento normal de sus intestinos, vejiga y - paralelo a éste su ciclo de respuesta sexual, físicamente se encuentra paralizado ya sea de sus miembros inferiores como es el caso del parapléjico, o de miembros inferiores y superiores como es el caso del tetrapléjico. A nivel sexual el primero se encuentra con mayores problemas en la obtención total de su respuesta sexual observando problemas para el logro de la erección, eyaculación y orgasmo, el tetrapléjico se encuentra en éste nivel en mejores condiciones (22) lográndose en éste la erección y la eyaculación estando ausente completamente el orgasmo. La mujer parapléjica se halla en mejores condiciones que el hombre, ya que no tiene el problema de la erección, y su ciclo de respuesta sexual se mantiene normal, reanudándose su ciclo menstrual a los seis meses después de sufrir lesión (34, 37, -- 51). En el hombre la observación y reanudación de su respuesta sexual se viene a observar entre los primeros tres y seis meses después de sufrir la lesión (35, 36).

A estos cambios físicos y fisiológicos le suceden alteraciones psicológicas, debidas a la violenta experiencia traumática (a nivel físico), cambiando inmediatamente la persona a un estado de inde-pendencia. Ya que el lesionado medular ahora va a depender de otros para moverse, alimentarse y de su cuidado personal. Físicamente él ha regresado al nivel de un niño, por estar imposibilitado para ejecutar actos, los cuales anteriormente hacía automáticamente o con un pequeño esfuerzo consciente. Sus necesidades deben ser esmeradas como deben ser hechas para un niño, no puede moverse y salir de la cama, no puede caminar y desplazarse de un lugar a

otro, no puede hacer faenas que le hagan sencillo - cada día de su vida rutinaria como lo hacía antes. - Más sin embargo, su nivel intelectual no está afectado por su parálisis, distinguiéndose en ésta forma del niño, ya que él llega a estar consciente de su propia incapacidad, esto daña a su yo y demanda de toda su energía disponible para estabilizar primeramente la zona afectada, volviendo su energía a la normalidad después de realizada la anterior (15, 20, 23, 26, 27, 58).

Entre las reacciones inmediatas del yo, a la aparición del trauma están las siguientes: situación depresiva (la cual puede ser temporal o permanente), pensamiento autista, frustración y las reacciones secundarias que van a estar dadas de acuerdo a los rasgos que antes eran normales o aceptables - por la sociedad, y que en el momento del trauma y - ante su nueva situación invierten sus papeles convirtiéndose en patológicos. Por ejemplo una persona que ante una situación frustrante solía salir de casa y caminaba, ahora, no va a poder realizarlo y se ve en la necesidad de buscar otra forma en la cual ella misma pueda desplazarla, sea agrediendo verbalmente, leyendo un libro, haciendo pesas para fortalecer sus miembros superiores, etc.

Muchos de los pacientes en cuestión dan mayor importancia a sus relaciones sexuales que al poder volver a caminar, siendo necesario recordar que la lesión medular no interfiere en los procesos psíquicos y que condiciona no anula el físico y el lesionado medular puede seguir dando un cauce normal a su energía libidinal de acuerdo a sus posibilidades, en la forma en que se esfuerce y él mismo se proponga satisfacerse sexualmente (auto estimulación, masturbación, relación sexual con su pareja, fantasías) -- (43, 64, 65, 66).

Por otro lado, no es solamente el hecho de enseñarle al paciente el cómo efectuar el vaciamiento de

vejiga e intestinos, y el que él puede seguir llevando una vida sexual o el informarle acerca de su nueva situación en una silla de ruedas, hay que considerar que el Hospital y la Casa son dos medios -- completamente diferentes (44, 67). El paciente tiene que llegar a esta última y enfrentarse a una nueva situación, siendo importante el trabajo con el paciente y su núcleo familiar debido a que en múltiples ocasiones la familia hace inútil al paciente -- sobre protegiéndolo y no permitiendo que haga nada, teniendo en el otro extremo el olvido total de éste, es necesario establecer comunicación con la familia y hacer patente que ahora el hijo, la esposa, el esposo, o el hermano es un inválido, pero que éste -- cuenta todavía con la mitad de su cuerpo, teniendo la capacidad de hacer si no todo tipo de actividad, si las que él mismo pueda y se atreva a desempeñar, y que éste no es un niño sino que es un adulto, que cuenta con ciertas limitaciones.

Otro aspecto que se debe trabajar y que es de suma importancia, tanto del paciente en cuestión como para su pareja; es el área psicosocial de la sexualidad en la pareja, ya que es común que la pareja dentro de la "nueva forma de llevar sus relaciones sexuales", sienta que está haciendo algo fuera de lo normal lo cual podría desarrollar un senti- - miento de culpa que viene a provocar conflictos dentro de sus relaciones interpersonales, reflejándose en la dinámica familiar, social, escolar y laboral. (68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76).

El tipo de actividades que el lesionado medu- - lar puede llevar a cabo no se debe limitar a las labores manuales, como hacen muchos centros de Rehailitación, u olvidándolo por completo, considerándolo como una persona inválida sea éste lesionado medular, amputado o con trastornos mentales, o de - - otro tipo; puede seguir desempeñando su trabajo anterior, sea éste técnico o profesional en la medida

que él quiere se le motive, para poder desempeñar-- las (77, 78, 79, 80). Profesionalmente, el puede seguir ejerciendo y/o especializándose dentro de su misma área de interés personal, técnicamente encontramos que la mayoría de las veces la empresa le da de baja o le indemniza, siendo necesario establecer y difundir una cláusula que proteja al trabajador y le permita el regreso a su trabajo, ya que si el trabajo no requiere de los miembros afectados éste puede seguirlo desempeñando, como es el caso del lesionado medular y el de muchos otros inválidos, y en otros casos la capacitación y el adiestramiento podrán hacer que la persona pueda seguir desempeñando sus actividades normalmente, o hacer un cambio adecuado de éstas, ya que no hay ninguna barrera a la cual deba de enfrentarse el lesionado medular -- que le impida en un momento desarrollarla, dada la razón anteriormente y valga la reverberancia el lesionado está físicamente impedido más no mentalmente.

## CONCLUSION.

Se ha observado que en la República Mexicana - al lesionado medular, sólo se le proporciona atención médica Neurológica, terapia física en donde se le instruye acerca de los ejercicios que tiene que efectuar para poder movilizarse y así evitar la presencia de escaras y deterioro muscular de las partes no afectadas, también del vaciamiento de su vejiga y en caso de usar sonda rectal, la limpieza y el cambio de ésta y Terapia Ocupacional en donde se le enseña cómo vestirse, transportarse, alimentarse y en casos necesarios actividades de conducta motora fina.

Después de ésta instrucción y atención médica independientemente del Hospital en que se haya atendido, se le transfiere al Instituto Mexicano de Rehabilitación, donde al paciente se le comunica que ya nada hay que se pueda hacer por él (ya que el Instituto cuenta con la información necesaria, proporcionada por el Hospital en el que estuvo internado), dejando a un lado la atención psicológica necesaria para la nueva adaptación corporal y yóica del paciente, su readaptación al núcleo familiar, el área psicosocial de la sexualidad y el área laboral. A continuación enfocamos la problemática y algunas sugerencias de solución tentativa a dichos problemas.

1). Dentro del área Psicológica, se debe trabajar con el lesionado medular sobre sus descompensaciones psicológicas (depresión, frustración, pensamiento autista, etc.), debidas al traumatismo físico. Para lo cual sería recomendable una terapia breve y de emergencia, dada la crisis por la cual pasa el paciente respecto a su imagen corporal y cinestésica.

La ventaja del uso de esta terapia, vendría a

ser, dada la situación en la que se encuentra el paciente, que él terapeuta tiene que crear el insight, estimular la elaboración e intervenir fructíferamente cotejando con su avalúo las fuerzas circunstanciales de la vida real y condiciones del yo del paciente. Previñendo así que él paciente desarrolle una patología más profunda. Otra ventaja es el límite del tiempo, permitiendo al terapeuta atender a un grupo mayor de personas. Estas ventajas no las proporcionarían el psicoanálisis, la terapia de apoyo, la terapia psicobiológica, etc., ya que son más extensivas y requieren de mayor tiempo y profundización y la terapia breve y de emergencia trata de sacar apremiantemente al paciente de su situación traumática en la forma más rápida y efectiva.

Salvado el obstáculo de la depresión se recomienda que él paciente sea transferido a la rehabilitación sexual, previa entrevista, quedando esta opción a criterio del terapeuta, ya que debe seguir trabajando con el paciente sobre su patología si es que éste lo amerita, con el tipo de terapia que a éste último convenga, debido a que se pueden encontrar pacientes cuya psicopatología les impida seguir adelante.

2). Para poder entrar en la Rehabilitación Sexual, se debe elaborar una ficha sexual de identificación:

Nombre.

Edad.

Sexo.

Ocupación.

Dirección.

Estado civil antes de la lesión.

Estado civil después de la lesión.

Causa de la lesión.

Nivel de la lesión.

Edad en que se empezó a masturbar.

Primera relación sexual.

Frecuencia de las relaciones sexuales.

Esta ficha de identificación nos permitirá conocer e identificar a la persona, su estado civil - antes de su separación, si es que éste era casado - antes de sufrir la lesión y/o cuáles son sus expectativas para volver a casarse o contraer matrimonio como en el caso del soltero/a.

La causa y nivel de la lesión nos permitirá -- confrontar y refutar, con los estudios ya elaborados, en que grado el ciclo de respuesta sexual sufre alteraciones de acuerdo al nivel en que la médula es lesionada. La frecuencia y el tipo de accidentes nos permitirá conocer más acertadamente las causas y así poder tomar medidas preventivas. Lo referente a su historia sexual, proporcionara información acerca de la posible problemática sexual, para así poder resolverlas de acuerdo a las necesidades requeridas y poder entrar en el campo de la Rehabilitación Sexual.

3). Se considera necesario hacer del conocimiento el ciclo de respuesta sexual al lesionado modular y a su pareja. La ventaja que obtendríamos al dar a conocer el ciclo de respuesta sexual al inválido y a su pareja, sería: 1). El conocimiento teórico de la sexualidad de ambos, 2) Eliminar tabúes en cuanto a la sexualidad, 3). La comprensión de la pareja del inválido, de que éste por su lesión no es un "medio hombre" o "media mujer", ni un ser que ha perdido su sexualidad y 4). Iniciar la readaptación sexual de la pareja teóricamente.

Para lo anterior se sugiere que el método didáctico a emplear, se base en diapositivas o láminas con los siguientes objetivos:

El objetivo general del Ciclo de respuesta se-

xual es que el lesionado medular y su pareja, conozcan la anatomía y fisiología del aparato del hombre y la mujer respectivamente, los objetivos específicos serán:

#### ANATOMIA.

- Partes que integran el aparato genital femenino.
- Partes que integran el aparato genital masculino.

#### FISIOLOGIA.

- Alteraciones fisiológicas que sufre el aparato genital femenino en el ciclo de respuesta sexual.
- Alteraciones fisiológicas que sufre el aparato genital masculino en el ciclo de respuesta sexual.

Es de suma importancia que en este punto, el terapeuta conozca las alteraciones que ocurren dentro de la anatomofisiología del aparato genital del lesionado medular y que observe que sus posibles causas son a priori y no específicas.

Ahora bien, a través de esto se espera romper barreras y tabúes, que se observarán mediante una entrevista más a fondo acerca de la forma más detallada, lo que facilitará abordar más objetivamente el área Psicosexual.

4.- Como se dijo a tiempo dentro del área psicosexual se va a desempeñar un papel sea el de hombre o mujer respectivamente, en el cual la pareja va a llegar a su propia autorrealización tanto como cada uno de los miembros se lo permita. En el caso de la pareja donde se encuentra un lesionado medular, se considera necesario, trabajar en parejas in

dividualmente, en la cual el objetivo será conocer los cambios en la relación sexual, los medios con que se puede auxiliar ésta, como son los aparatos - estimuladores, almohadas, uso de los miembros superiores, etc. Así como el cambio de actitud que podrá haber ante dicha situación.

Para el logro de esto, el terapeuta, se tendrá que auxiliar con la literatura erótica versus bibliografía pornográfica, sea con películas o revistas, como el libro "Rojo Danes" y lo que a su alcance pueda permitirle dar una objetiva y mejor información. Teniendo que aclarar y hacer énfasis que el material usado es empleado por personas normales; para manejar dentro de la dinámica de la pareja los sentimientos de culpabilidad e inhibición. Este punto debe contar con un límite de tiempo por sesión y presentación, debiendo ser comunicado a la pareja para lograr salir adelante y no llevarse más tiempo del debido que de hecho se puede emplear en forma más o al mismo nivel, positiva por ser la sexualidad un campo bastante amplio de trabajo.

La desventaja de trabajar en grupo, es que en ocasiones, uno de los dos miembros de la pareja, se inhibe al hablar de sexualidad, lo cual haría más difícil la rehabilitación, rompiendo también la intimidad y no facilitando el reforzamiento amoroso, sino debilitándolo, ya que por lo regular se considera al lesionado medular aún de parte de su pareja como un ser asexual.

5.- Se ha enfatizado en los puntos tres y cuatro el trabajo con la pareja, sea esposo o esposa, según el caso ya que debemos recordar que para una relación social y sexual se deben de contar con dos personas y que no es sólo el paciente el que resulta afectado, sino también su cónyuge por la participación que tiene en la relación social y/o sexual.- Ya que, el enamoramiento, la característica humana

del vínculo matrimonial, da como resultado una mejor integración afectiva, gozando mejor de la vida sexual con la persona amada, más que con una persona desconocida, con quien no se posee una conexión emocional, teniendo que la ventaja de la discusión en la pareja de su vida sexual proporcionará más seguridad entre ellos, que si se discutiera en grupo. Y que la relación social discutida en grupo proporcionaría una mejor ayuda y comprensión por la identificación entre familias.

6). Es importante trabajar con el grupo familiar, para que éste pueda seguir su desarrollo normal, para lo cual se requiere una dinámica familiar en la que pueda haber intercambio de información e identificación de problemas y situaciones de un grupo familiar a otro. Conociendo y percibiendo los problemas a los que se tiene que enfrentar cada grupo familiar, y su actitud ante el inválido. El intercambio de información del grupo familiar permitirá enfrentar la nueva situación del inválido. Y a través de la dinámica familiar se logrará una mejor comprensión de éste y de cada uno de los miembros de la familia, para llegar a una mejor comprensión y facilitar de esta manera él que cada uno de los miembros del grupo logre seguir realizándose, permitiendo a la par que el lesionado siga adelante, para no impedir o limitar que se siga desarrollando al límite de sus capacidades. El grupo podrá estar constituido por un máximo de 15 personas con un terapeuta y un co-terapeuta, para lograr un mejor intercambio de información. El límite de tiempo estará marcado de acuerdo al desarrollo y logro de las metas marcadas.

7). La información que se obtenga de los puntos anteriores nos permitirá prevenir, en el caso de los solteros, el cómo podría estar constituida su vida matrimonial, en la cual se abarcarán el área social, afectiva, sexual, intelectual y laboral, permitiéndonos esto en cierto grado eliminar posi--

bles fracasos matrimoniales y cuadros depresivos de parte de la pareja en el primer caso, y de parte -- del paciente en el segundo caso.

8). La fertilidad del hombre para procrear, es otro tema que hay que tomar en cuenta. En esta área se tendrá que realizar un exámen de recuento de espermatozoides, de parte del médico especialista, ya que la temperatura del cuerpo daña considerablemente los testículos y en ocasiones la producción de esperma es pauperrina encontrando la mayoría de las veces esterilidad. En caso de resultar estéril el lesionado medular, cabe la posibilidad de dar alternativas de una posible adopción si es deseo de la pareja tener niños en la familia, también el uso de la inseminación artificial y otra técnica que facilite la fertilidad de acuerdo al caso en cuestión. En el caso de la mujer no llega a ser un problema grave, ya que ella sigue siendo fértil, no encontrando problemas en la procreación.

9). Otro punto importante en el cual se puede hablar de nuevo del inválido en general (ver punto seis) es el área laboral. El inválido es un problema social que afecta no sólo a la comunidad, afecta también a la Nación en general en un nivel económico.

Casi a la mayoría de los inválidos, cuando están trabajando y sufren un accidente, que los deja incapacitados físicamente de cualquiera de sus miembros, o el que está incapacitado por nacimiento, se le impide desarrollar o seguir desarrollándose en cualquier actividad profesional o técnica. En el caso de los accidentados lo que mejor se logra es una indemnización y en el caso del inválido de nacimiento se relega de la sociedad y del poder desarrollar una actividad laboral.

Esto nos da una grave pérdida económica, si tomamos en consideración que en el Registro Nacional

de Inválidos de la Secretaría de Salubridad y Asistencia Pública, elaborado de 1975 a 1978, contamos que sólo de los casos reportados, se tiene una población de 24,375 casos de los cuales la paraplejía medular ocupa el 14 lugar, con 534 casos, y la cuadriplejía medular el 25o., con 126 casos, atendidos en las 74 instituciones de rehabilitación en la República Mexicana, desconociendo en forma total la Rehabilitación laboral que se ha efectuado en la población total de inválidos.

Urgiendo con esto la necesidad de investigar y estudiar dicho problema, para poder de acuerdo al caso llegar a resolver la situación laboral de los inválidos. Y así eliminar en grado la pérdida económica que sufre el país por el desempleo de dichas personas, tanto como a la economía privada. La investigación en general es costosa, más debemos visualizar más adelante para poder concluir que a largo plazo ésta producirá más en favor de la economía Nacional y de la realización integral en la Rehabilitación del inválido.

10). De los puntos anteriores podemos observar la necesidad de ampliar y revisar el curriculum del Psicólogo Clínico que le permita visualizar mejor su campo de trabajo y la aplicabilidad en favor de la Psicología en general.

Siendo necesario ampliar las horas de Teoría y Práctica de la Dinámica de la Personalidad, y la aplicabilidad y conocimiento de terapia y dinámica en todas sus fases. Además de ser necesaria la observación y aplicabilidad del uso de la comunicación en forma individual y masiva, que se maneja tanto a nivel de terapia como a nivel de proporcionar información a diferentes niveles.

Y por último es necesario conocer anatómica y fisiológicamente, así como el factor psicosexual, -

el tema tabú aún dentro de nuestra propia área, para poder dar margen a la Rehabilitación sexual, no sólo a nivel de modificación conductual, sino a nivel terapéutico. Ya que en México no contamos con sexólogos expertos en Dinámica familiar, e individual con formación psicológica, quedando esta área bajo el dominio total del médico especialista.

Siendo esta un área en la cual el Psicólogo -- puede y debe participar, logrando un mejor desempeño y desarrollo, dada su formación psicológica, superando la modificación conductual en sí, ya que como se ha demostrado en otros países, esta última es solamente pasajera y de muy poca efectividad, siendo el dinamismo de la personalidad independientemente de la corriente psicológica mucho más efectiva que la mencionada.

BIBLIOGRAFIA.

- 1). Fustinoni, Oswaldo: Semiología del sistema nervioso, Buenos Aires, Argentina, 8a. edición, Librería "El Ateneo", 1972.
- 2). Aparicio, Martín: La sexualidad en el lesionado medular, Toledo, España, (Centro Nacional de Rehabilitación de parapléjicos), Tesis Doctoral, Marzo 1975.
- 3). Gardner, Weston D. y Osburn, William A: Anatomía Humana, México, Nva. Editorial Interamericana, S.A., de C. V., 1975.
- 4). Nava Segura, José: Neuroanatomía funcional, Síndromes Neurológicos, México, Impresiones Modernas, 1976.
- 5). Barr, Murray L: Sistema Nervioso Humana, un punto de vista anatómico, México, Harper & Row, Latinoamericana, 1975.
- 6). Almante Paulino, Rafaela: Paraplejía, México, Tesis, (Instituto Mexicano de Rehabilitación), 1970.
- 7). Paez Ramírez, Ma. Elena: Paraplejía, México, Tesis (Instituto Mexicano de Rehabilitación). -- 1973.
- 8). Alva, Martínez Natalia: Paraplejía, México, Tesis, (Instituto Mexicano de Rehabilitación), -- 1969.
- 9). Bueno Guarro, Ma. Dolores: Estudio paralelo sobre frustración y agresión (en poblaciones de parapléjicos y familiares encargados), México, Tesis, O.N.A.M., Psicología, 1974.

- 10). Calvin, S. Hall: Compendio de Psicología Freudiana, Buenos Aires, Ed. Paidós, 3a., Edición, 1974.
- 11). Freud, Sigmund: El yo y el ello, (obras completas, Vol. III), Madrid, España, Biblioteca Nueva, 1973. Págs. 2701-2728.
- 12). Freud, Sigmund: El yo y el super-yo, (obras completas, Vol. III), Madrid, España, Biblioteca Nueva, 1973, Págs. 2710-2716.
- 13). Hartman, Heinz: Ensayos sobre la psicología del yo, México, Ed. Fondo de Cultura Económica, 1974.
- 14). Schilder, Paul: Imágen y apariencia del cuerpo humano, Buenos Aires, Argentina, Ed. Paidós, 1958, Págs. 110-142.
- 15). Winston, Arnold y otros: Patterns of psychological decompensation in patients with spinal cord syndromes, U.S.A., Diseases of the nervous system, 1969, págs., 824-827, Vol. 30.
- 16). García Reinoso, Diego: Actualizaciones: Cuerpo-Mente, Buenos Aires, Argentina, Revista de Psicoanalista, 1956, Vol. 13, No. 3. Págs. 13-21.
- 17). Klein, Melanie: Desarrollos en Psicoanálisis, Madrid, España, Ed. Hormé, 1971.
- 18). Freud, Sigmund: Nuevas Lecciones introductorias al psicoanálisis, (obras completas, Vol. III), Madrid, España, Biblioteca Nueva, 1973, Págs. 3132-3146.

- 19). Bischof, Ledford S: Interpretación de las teorías de la personalidad, México, Ed. Trillas, 1973.
- 20). Aparicio, Martín: Problemas Psiquiátricos en el lesionado Medular, [Primer curso de puesta al día en el tratamiento del parapléjico], Toledo, España, 1977, Centro Nacional de Rehabilitación de Parapléjicos.
- 21). Fenichel, Otto: Teoría Psicoanalítica de las neurosis, Buenos Aires, Argentina, Ed. Paidós, 1976, Págs. 141-153.
- 22). Monroy de Velasco, Anameli: Estudios del desarrollo Psicosexual, México, Anuario de Sexología, 1978, Págs. 97-100.
- 23). Evans, John H: On disturbance of the body image in paraplegia, U.S.A. Brain, Dec. 1962, Vol. 85, Págs. 687-700.
- 24). Kolb, Lawrence C: Psiquiatría Clínica Moderna, México, La Prensa Médica Mexicana, 5a. edición 1976.
- 25). Nevarez Dour, Teresa: Estudio psicológico del sentimiento de inferioridad, México, Tesis, U.N.A.M., Psicología, 1968.
- 26). Mueller, Alfred D: Psychologic factors in rehabilitation of paraplegic patients, U.S.A., Archives of physical medicine & rehabilitation, 1962, Vol. 43, Págs. 151-159.
- 27). Weiss, Aaron J, y Diamond M, David: Sexual adjustment, identification, and attitudes of patients with myelopathy, U.S.A., Archives physical medicine & rehabilitation, 1966, Vol. 47, Págs. 245-250.

- 28). Masters, W. H. y Johnson V. E: Respuesta sexual humana, Buenos Aires, Argentina, Inter-Médica, 1978.
- 29). Toft, Mogens y Rasmussen, Kirsten: Estilos, México, Edexsa, 9a. edición, 1980.
- 30). Cohen, Jean y otros: Enciclopedia de la vida sexual de la fisiología a la psicología, Madrid, España, Librería Editorial Argos, S.A., 3a. edición, 1977.
- 31). Thomasa-Sánchez, José M: Enciclopedia Médica de la mujer, New York, Press Service Inc. 1963.
- 32). Azcarraga, G: Sexología Básica, México, La Prensa Médica Mexicana, 1976.
- 33). Munro, Donald, Horne Hernet W. y Paul David P: The effect of injury to the spinal cord and cauda equina on the sexual potency of men, Massachusetts, The New England Journal of Medicine, Dec. 1948, Vol. 239, Págs. 903-911.
- 34). Talbot, Herbert S: The sexual function in paraplegia, U.S.A. The Journal of urology, January 1955, Vol. 73, No. 1, Págs. 91-100.
- 35). Comarr, A. Estin: Psychologic aspects of disturbed neuromuscular functioning in the paraplegia, Long Beach, California, The American Journal of surgery, February 1956, Vol. 91, No. 2, Págs. 149-151.
- 36). Comarr. A. Estin: Sexual concepts in traumatic cord and cauda equina lesions, U.S.A. The Journal of Urology, September, 1971, Vol. 106, Págs. 375-378.

- 37). Fitzpatrick, William F: Sexual function in the paraplegic patient, U.S.A., Archives of Physical Medicine & Rehabilitation, May, 1974, Vol. 55, Págs. 221-227.
- 38). Rowan, Robert L, Howley, Thomas F., y Nova, -- Harvey R: Electro-eyaculation, U.S.A., The Journal of Urology, Mayo 1962, Vol. 87, No. 5, Págs. 726-729.
- 39). Diamond, Milton: Sexuality and the handicapped: U.S.A., Rehabilitation Literature, Feb. 1974, Vol. 33, No. 2. Págs. 34-40.
- 40). Zeitlin, Austin B. Cottrell, Thomas L, y Lloyd F. A: Sexology of the paraplegic male, U.S.A., Fertil Steril, July-Aug, 1957, Vol. 8, No. 4, Págs. 337-344.
- 41). Weber, Dorsen K, y Wessman, Henry C; A review of sexual function following spinal cord trauma, U.S.A. Physical Therapy, March 1971, Vol. 51, No. 3. Págs. 290-294.
- 42). Grynbaun, Bruce B. y otros: Methodology and initial findings in a follow-up study spinal cord dysfunction. U.S.A., Archives of Physical Medicine & Rehabilitation, April 1963, Vol. 44 Págs. 208-215.
- 43). Brenton, Myron: La sexualidad en los inválidos, México, Anuario de Sexología, 1976, Págs. 66-68.
- 44). Giralt, Federico: Los minusválidos, (Colección los marginados), Madrid, España, Dopesa 2.

- 45). Guttman, L. C.B.E., F.R.C.P. y F.R.C.S.: The married life of paraplegics and tetraplegics, U.S.A., Papers read at the Scientific meeting, 1964, Vol. 2, Págs. 182-188. ✓
- 46). Pérez de Fco. Cesar: Stress, ansiedad e inadaptación sexual, México, Anuario de Sexología, 1978, Págs. 89-95. ✓
- 47). Rainer, Jerome y Rainer, Julia: El placer sexual en el matrimonio, Buenos Aires, Argentina, Editorial Central, 1970, .
- 48). Sandowsky Carol L: Sexuality and the paraplegic, U.S.A., Rehabilitation Literature, Nov. Dec. 1976, Vol. 37, No. 10-11, Págs. 322-327. ✓
- 49). David, Ammon, Gur, Samuel y Rozin Raphael: Survival in marriage in the Paraplegic couple, Psychological Study, U.S.A., Paraplegia, 1977 1978, Vol. 15, Págs. 198-201. ✓
- 50). Oppenheimer, William M: Pregnancy in paraplegic patients: Two cases reports, Richmond, -- Virginia, American Journal Obstetric, Gynecology, July 1971, Vol. 110, No. 6, Págs. 784-786. ✓
- 51). Comments: Sexuality and the disabled, U.S.A. The Medical Journal of Australia, Nov. 1977, Págs. 691. ✓
- 52). Corona, Esther: ¿Es un vicio el "vicio solitario"?, México, Anuario de Sexología, 1976, -- Págs. 86-93. ✓
- 53). Kaplan, Helen S: Manual Ilustrado de terapia Sexual, (Colección Relaciones Humanas y Sexología, N.º. 5), Toledo, España, Ediciones Grijalbo, S.A., 1978.

- 54). Teal, Jeffrey C. y Ahtelstan, Cary T: Sexuality and spinal cord injury: some psychosocial considerations, U.S.A., Archives of Physical Medicine & Rehabilitation, June 1975, Vol. 56, Págs. 264-268. ✓
- 55). Millet, Kate: El orgasmo de la mujer, Anuario de Sexología, México, 1976, Págs. 115-116.
- 56). Griffith, Ernest R, y otros: Sexual dysfunctions associated with physical disabilities, Cincinnati, Archives of Physical Medicine & Rehabilitation, Jun, 1975, Vol. 56, Págs, 8-13. ✓
- 57). Frankel, Alan: Sexual problems in rehabilitation, U.S.A. Journal of Rehabilitation, Sep-oct. 1967, Págs, 19-20. ✓
- 58). García de León, Elizabeth: La intervención de la Psicología en la Rehabilitación del inválido, México, Tesis, U.N.A.M. Psicología, 1956. ✓
- 59). Bargalló, José María: La eyaculación retardada, Anuario de Sexología, México, 1976, Págs. 26-34.
- 60). Rodríguez Beverly: Eyaculación Precoz, México, Anuario de Sexología, 1976, Págs. 18-23.
- 61). Cienfuegos, Alvaro: Impotencia, México, Anuario de Sexología, 1976, Págs. 36-42.
- 62). Laban, Myron M. y otros: Sexual impotence in men having Low-Back Syndrome: U.S.A. Archives of Physical Medicine & Rehabilitation, nov. 1966, Vol. 47. Págs. 715-723. ✓
- 63). Brenton Myron: La sexualidad y los retrasados mentales, México, Anuario de Sexología, 1976, Págs. 59-62. ✓

- 64). Stauffer E. Shannon y otros: Ambulation in the  
ratic paraplegia, U.S.A., The Journal of Bone  
and Joint surgery, September, 1978, Vol. 60-A,  
No. 6, Págs. 823-825.
- 65). Romano, Mary D. y Lassiter, Robert E: Sexual -  
counseling with the spinal cord injured, U.S.A.,  
Archives of physical Medicine & Rehabilitation,  
1975, Vol. 53, Págs. 264-268.
- 66). Cavanagh, Denis: Tratamiento de la aversión se-  
xual, México, Anuario de Sexología, 1979, Págs.  
97-101.
- 67). Moragas Moragas R: Rehabilitación: Un enfoque  
integral, Madrid, España, Vicens-Vives, 1972.
- 68). Fromm-Reichman Frieda: Principios de Psicoter-  
pia intensiva, Buenos Aires, Argentina, Edicio-  
nes Hormé, S.A., 3a. edición, 1975.
- 69). Velasco Rubi, Rosenda: Tratamiento rehabilita-  
torio en la paraplegia, México, Tesis, Institu-  
to Nacional de Protección a la infancia, 1973.
- 70). León Loyola, Igor de: Ocho parámetros sexuales ✓  
en la pareja mexicana, México, Anuario de Sexo-  
logía, 1978, Págs. 83-86.
- 71). Mages, Joni: La comunicación con la paciente -  
en sexología, México, Anuario de Sexología, --  
1978, Págs. 102-106.
- 72). Levin, Robert J: Las clínicas de terapia se- -  
xual, México, Anuario de Sexología, 1976, Págs.  
137-140.
- 73). Ruiz Harrel, Rafael: Pornografía y Medicina, -  
México, Anuario de Sexología, 1976, Págs. 94--  
99.

- 74). Ibarra Orozco Guillermo: Diversas corrientes de la terapia sexual, México, Anuario de Sexología, 1976, Págs. 125-135.
- 75). Corona Esther: Cómo hacer una historia clínica sexual, México, Anuario de Sexología, 1976, Págs. 118-121.
- 76). Gutiérrez Cebreneros, Gabriela: Elaboración de un texto programado, sobre la sexualidad humana para alumnos de secundaria, México, Tesis, U.N.A.M., Psicología, 1976.
- 77). Martínez Salina, Graciela: Algunas de las Ocupaciones que pueden desempeñar los inválidos del aparato locomotor, México, Tesis, U.N.A.M.
- 78). Held, James P. y otros: Sexual attitude reassessment workshops: effect on spinal cord injured adults, their partners and rehabilitation professionals, U.S.A., Arch, Phys. Med. Rehabil., Jan 1975, Vol. 56, Págs. 14-21.
- 79). Kimura, Tetshuhito y Kawano Yasunori: Therapy to Help disabled persons, Japan, Pacific Friend, July, 1979, Págs. 1-9. Vol. 7, No. 3.
- 80). Bucy, Paul C: Paraplejia the neglected problem, U.S.A., Physical therapy, 1969, Vol. 49, Págs. 269-272.