

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

407.
Tesis
SR. CAL V9
K, Guinda



ESTUDIO EXPLORATORIO SOBRE CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES SEXUALES EN PACIENTES PARAPLEJICOS Y HEMIPLEJICOS

TESIS PROFESIONAL
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A

MARIO ENRIQUE BURRUEL MORENO
ASESOR: LIC. CELSO SERRA PADILLA

MEXICO, D. F.

1986

M-0034843



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.

El paso del tiempo, inmutable,
tranquilo deja sus huellas,
grietas quejumbrosas
al Hospital para Enfermos Crónicos
en Tepexpan, más de su largo silencio,
brota el lamento de rebeldía
del minusválido, que muerde su destino
y se aferra vigoroso
en un mar de sufrimientos que lo aquejan,
al maravilloso influjo de la vida
que la naturaleza le muestra
en todo su esplendor,
para fortalecer su espíritu en su tiempo,
en su silencio y en su destino.

Z. M. L.

A mis padres:

JESUS BURRUEL GALVEZ

MA. ANTONIA MORENO DE BURRUEL

Por su esperanza y confianza

depositada en mí,

para la culminación de la

carrera de Psicología.

A mi esposa e hija

SILVIA Y SILVIA BERENICE

Con todo mi amor y respeto.

De manera especial
al Lic. CELSO SERRA PADILLA
Por su paciente y eficiente
asesoría en la realización
de esta tesis.

Deseo también expresar mi agradecimiento
al Sr. LUIS RODRIGUEZ MUÑOZ
Por su acertado manejo
del proceso estadístico
que conllevó la investigación.

Al Dr. ZALATIEL MAYCOTTE LOPEZ
por el apoyo que me brindó
en su gestión como Director
del Hospital para Enfermos Crónicos
en Tepexpan, Méx.

De la misma manera al Sr.
ALVARO MARTINEZ BENITEZ,
Srío. Gral. de la Sección # 57,
del S.N.T.S., por las facilidades
que me otorgó para la terminación
de esta tesis.

Al Dr. JESUS NIETO CASTRO
por su auxilio en la traducción
del material bibliográfico consultado.

I N D I C E

	Página
PROLOGO	1
CAPITULO I	
MARCO TEORICO	5
CAPITULO II	
ANTECEDENTES	78
CAPITULO III	
METODO	86
CAPITULO IV	
RESULTADOS	120
CAPITULO V	
ANALISIS DE RESULTADOS	123
CAPITULO VI	
CONCLUSIONES	127
CAPITULO VII	
LIMITACIONES Y SUGERENCIAS	132
BIBLIOGRAFIA	137
ANEXOS	144

PROLOGO

Considero que una de las razones fundamentales para seleccionar el tema de esta investigación fue motivación personal, ya que el diario contacto institucional con lesionados medulares durante casi nueve años, me permitió tener un mayor conocimiento de las dificultades que presentaban y la manera de sobrellevar dichas dificultades, siendo las más evidentes: las emocionales, interpersonales, funcionales, familiares y de manera muy especial las sexuales.

Es curioso pero hay que admitirlo, el poco conocimiento que se tiene sobre la filosofía de la vida que tienen los parapléjicos o lesionados medulares y la poca cantidad de estudios relacionados dentro de este contexto; sin embargo, encontramos un mayor número de estudios realizados hacia los aspectos físicos.

Dado que abordar aspectos multifacéticos del parapléjico nos enfrentaría a plantearnos una diversidad de expectativas profesionales, que requerirían una aproximación más profunda e implicaría una labor multidisciplinaria en las ciencias de la salud, el presente trabajo se enfoca primordialmente a averiguar las actitudes y conocimientos sexuales de los parapléjicos.

Con frecuencia en el desarrollo del presente trabajo

utilizo términos tales como: "minusválido", "deficiente físico", "lesionado o traumatizado medular", no es otra cosa más que en el sentido de su disminución orgánica, en su relación con un estado teórico de normalidad orgánica, es importante mencionar que el término "minusválido" no aparece en los diccionarios de la Real Academia y Enciclopedia Vox.

Es de considerarse que el tema en cuestión en sí es difícil de cuestionar, ya que reviste en el ser humano experiencias de gran contenido emotivo, que entraña una multivariedad de actitudes emocionales; pero sí se aborda en el presente trabajo como tema central, considero que es porque creo firmemente en la posibilidad y necesidad de que el afrontarlo contribuirá a ampliar más el conocimiento y la ayuda que se le puede brindar a las personas que atraviesan por una disminución física, como consecuencia de una lesión medular.

Inicialmente nos planteamos el problema: ¿cuál es la actitud y conocimiento sexual que tiene el paciente parapléjico y hemipléjico? Por razones metodológicas se tuvo que excluir a la población de pacientes que cursaran con diagnóstico de hemipléjia, ya que no reunieron los criterios de inclusión que en la investigación se planteaba, es decir, rebasaron la edad de 50 años, o bien, cursaban con trastornos psiquiátricos, por lo que nuestra población de estudio se limitó a pacientes con diagnóstico de paraplejia, esto permitió

que se evitaran contaminaciones en los resultados de la investigación.

Así pues, se observa que a raíz de una lesión medular importante, el individuo sufre cambios físicos de gran relevancia que le afectan diferentemente en su modo de vida personal, familiar y social que a su vez, producirán actitudes emocionales de efectos decisivos, evidentemente que los que al sexo se refieren se verán también afectados.

Ya mencionaba con anterioridad que el número de trabajos y publicaciones realizadas sobre el tema son muy escasos por lo que considero que la bibliografía señalada no es tan extensa como hubiera sido mi deseo, además que en México se encuentran pocas investigaciones en este tipo de comunidad.

Las cuestiones o temas que se mencionan de manera general, para efectos de darle mayor operatividad al estudio son:

- 1.- Aspectos orgánicos de la lesión medular a nivel de inervación sexual.
- 2.- Aspectos sociales del parapléjico.
- 3.- Aspectos emocionales del parapléjico.
- 4.- Aspectos sexuales del parapléjico.

En cada uno se hace una breve consideración de los aspectos más relevantes encontrados y de los diversos factores que inciden en cada uno de ellos.

Cuando se les planteó a los sujetos asignados para el estudio de las bondades de la investigación sobre "Actitudes y Conocimientos Sexuales", la acogieron con mucho interés, manifestaron que era un tema del que deseaban saber más, pero que les daba pena o temor hablar acerca de estos tópicos.

Para efectos de llevar a cabo la investigación se utilizó el Test de SKAT (forma 2) de Harold Lief y D.M. Reed; dicho instrumento está diseñado para abarcar el área de la sexualidad a nivel de conocimientos y actitudes, el cual cuenta con cuatro escalas que son: Relaciones Heterosexuales, Autoerotismo, Aborto, Mitos Sexuales. Este cuestionario se aplicó a una población de 34 sujetos, 26 hombres y 8 mujeres parapléjicos. Ya que la población a la que se dirigió el estudio son individuos que se encuentran afectados en sus procesos neurofisiológicos, fue necesario conocer primeramente aspectos biológicos relacionados con lesiones de médula espinal, como base fundamental para partir en la exploración de Conocimientos y Actitudes Sexuales, ya que conociendo éstas, nos permitirá abordar posteriormente más psicodinámicamente otros aspectos relacionados con la personalidad en este tipo de comunidad.

CAPITULO I

MARCO TEORICO

Se han realizado una diversidad de estudios en el campo sexual en el lesionado medular, pero en su mayoría orientados en dar más bien una explicación médica de los trastornos que traen consigo este tipo de lesiones.

"Centenares de individuos son víctimas de lesiones de médula espinal a consecuencia de accidentes de automóvil y de trabajo, lesiones por buceo, traumatismo por proyectil con arma de fuego, procesos tumorales y otras formas de traumatismo. El parapléjico se enfrenta con ciertos números de adaptaciones en su género de vida y en sus actividades; entre sus adaptaciones, cabe citar problemas de movilidad, control de la vejiga y del intestino y reanudación de la función anterior al traumatismo, en la sociedad y dentro de la propia familia". (Nancy F. Woods (1978)

Ya que no es el propósito de la presente investigación revisar estudios neuroanatómicos de las lesiones medulares y exponer de manera amplia sus características anatómicas, es por ello que se reproducirá en forma textual el estudio anatómico más conciso encontrado y consultado sobre el tema.

Datos Anatomofisiológicos

Anguera D. (1980) dice: "Se entiende por síndrome medular, el conjunto de sistemas que traduce una lesión de la médula espinal".

La médula espinal es una formación compleja, a la vez centro reflejo, bajo el control de estructura subyacentes y órgano de conducción. A

esta doble polaridad funcional corresponde una diferencia anatómica; la médula está en efecto constituida por dos elementos bien distintos, la sustancia gris y la sustancia blanca.

1.- La sustancia gris constituye el eje de la médula y está formada por tres porciones:

- a) Las astas anteriores que contienen las neuronas multipolares, las cuales reciben aferencias que provienen del conjunto del sistema nervioso y cuyos cilindro-ejes salen de la médula, por las raíces anteriores, constituyendo así, la vía final común.
- b) Las astas posteriores reciben fibras que provienen de las raíces posteriores y sirven de sinapsis a las sensibilidades táctiles protopáticas y termoalgésicas.
- c) La parte intermedia y las astas laterales que tienen una función vegetativa.

2.- La sustancia blanca está constituida por los cordones anterolaterales y los cordones posteriores.

- a) Los cordones anterolaterales contienen vías descendentes y vías ascendentes.
- b) Las vías descendentes son motrices, bien que se

trate de fascículos piramidales directos y cruzados, o fascículos extra-piramidales: Fascículo tecto, vestíbulo y rubroespinal.

- c) Las vías ascendentes sensitivas y tienen su nacimiento en los núcleos de las astas posteriores y en la columna de Clarke. Los fascículos espino-talámicos, el tacto protopático y los fascículos espino-cerebelosos de Flechsig y de Gowers la sensibilidad profunda inconsciente.
- d) Los cordones posteriores formados por los fascículos de Goll y de Burdach, conducen la sensibilidad profunda consciente y el tacto epicrítico.

Para terminar y comprender de una manera más amplia el grado o tipo de lesión medular, siempre será importante para el clínico de la medicina, tener un conocimiento perfecto, no sólo de los aspectos neuroanatómicos y fisiológicos, sino que deberá manejar además, la diversidad de síntomas que los lesionados medulares presentan, así como sus causas y consecuencias.

Sintomatología

"El síndrome medular se caracteriza por la asociación de signos motores, signos sensitivos y signos vegetativos".

Los trastornos motores se manifiestan por un déficit de

la fuerza muscular, cuya importancia es variable, pero que puede presentarse bajo dos aspectos diferentes:

- a) Bajo la forma de un síndrome neurógeno periférico, con amiotrofia, fasciculaciones, hipotomía, abolición de reflejos osteo-tendinosos y reacción de alentecimiento, al electro diagnóstico.
- b) Bajo la forma de un síndrome llamado piramidal del cual importa precisar la uni o la bilateralidad y sobre todo, la extensión.

Es importante investigar la existencia eventual de reflejos de defensa, que traducen el automatismo medular liberado del control de las estructuras suprayacentes. El más conocido de estos reflejos es el reflejo de la triple retirada, provocado por el pellizcamiento de la cara dorsal del pie o la flexión pasiva de los dedos, que traduce por una triple flexión: dorso-flexión del pie, flexión de la pierna sobre el muslo y del muslo sobre la pelvis.

Los trastornos de la sensibilidad son también de diferentes tipos:

- a) Se puede tratar de trastornos sensitivos radiculares con presencia de dolores radiculares y una hipo o anestesia de la misma topografía; traducen el nivel de lesión.

- b) Los trastornos sensitivos cordonales son más frecuentes y pueden afectar el tacto, la termoalgesia y la sensibilidad profunda.

Convendrá precisar el carácter uni o bilateral y sobre todo, el nivel superior de la afectación.

La afectación de la sensibilidad profunda se manifiesta por trastornos subjetivos (dolores fulgurantes, terebrantes, constrictivos, parestesias y disestesias) y por signos objetivos (alteración de las sensibilidades profundas elementales, ataxia e hipotonia muscular).

La afectación de la sensibilidad superficial puede manifestarse por dolores y disestesias, pero importa apreciar la afectación de los diferentes tipos de sensibilidad (tacto, dolor, calor, frío) y precisar su límite superior que indica el nivel de la lesión.

- a) Una afectación directa del asta lateral de la médula: el trastorno observado será entonces diferente, según el nivel de la alteración; síndrome de Claude Bernard-Horner, por lesión de cervical dorsal 1 (C8-D1); síndrome vaso-motor del miembro superior, si la lesión se localiza al nivel D2-D3; trastornos esfinterianos vesicales, si la lesión se localiza al nivel S3-S4.

- b) Una interrupción de las vías vegetativas en la médula que se aprecia en clínica, estudiando la oleada descendente de los reflejos ilomotores, tras el pellizco de los músculos de la fosa supraespinosa.

El cese de la oleada descendente corresponde al nivel lesional.

Parapléjias (tipos) (Fustononi 1978)

"La parapléjia significa la parálisis de dos mitades simétricas del cuerpo, pero cuando no se dan detalles y se dice simplemente parapléjica, se sobreentiende que se trata de la parálisis de los miembros inferiores", y en este sentido será estudiada a continuación.

Para que haya parapléjia se requiere una lesión bilateral de la vía motora, la que puede ser afectada a nivel de la protoneurona o de la neurona, la parapléjia revestirá los caracteres clínicos que se ha visto corresponden a la lesión de la neurona central, o de la neurona periférica. Si es la neurona central la afectada, se produce una parapléjia espasmódica con signos de piramidalismo y si lo es la periférica se tiene una parapléjia con flaccidez.

Las primeras se denomina espásticas y las segundas, flácidas.

Parapléjias fláccidas. Las parapléjias fláccidas resultan de una lesión bilateral de la neurona motriz periférica que puede radicar, ya a nivel de la médula, ya a nivel de los nervios periféricos. De aquí la división de las parapléjias fláccidas en dos grandes grupos: Parapléjias medulares y parapléjias neuríticas.

Parapléjia fláccida medular. Aquí la lesión obra ya sobre las células motoras de las astas anteriores medulares, ya en su prolongación cilindroaxil intramedular.

Se caracteriza por la instalación en forma brusca, de una parálisis de los miembros inferiores, con impotencia absoluta, flaccidez o hipotonía acentuada, parálisis de los esfínteres, arreflexia profunda, signo de Babinski y sucedáneos presente, 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 glúteas, ampollas y flictenas), parálisis de los vasomotores.

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.

Parapléjia fláccida neurítica. La lesión que produce este tipo de parapléjia actúa, ya sobre las raíces anteriores medulares o ya sobre los mismos nervios periféricos (parapléjias radiculares y neuríticas). La parapléjia neurítica se inicia ordinariamente en forma lenta, con pródromos constituidos por parestesias y dolores. En algunas ocasiones, la iniciación es brusca como los casos de parapléjias medulares. Es corriente que el cuadro clínico no sea el de una parapléjia 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 exteriores. Se acompaña de atrofia rápida de las masas musculares o de los trayectos nerviosos provoca 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 parapléjias fláccidas 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 parapléjia tiene tendencia regresiva con aparición de retracciones musculares.

Causas de las parapléjias fláccidas. Las causas de las parapléjias fláccidas varían según sean medulares o neuríticas. La etiología más común de las parapléjias fláccidas medulares es la poliomyelitis anterior aguda (enfermedad de He-

ine-Medin o parálisis infantil). La mielitis aguda transversa (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 compresión brusca de la médula, la mielitis de los buzos son otras tantas causas de parapléjia fláccida medular.

Las parapléjias flácidas neuríticas se deben a polineuritis infecciosas o tóxicas (alcohólica, saturnina) o a procesos traumáticos o tumorales que determinan la compresión de las raíces anteriores, en su trayecto intrarraquídeo, por ejemplo: una fractura de la columna vertebral que comprime las raíces anteriores 12 dorsal, 1 y 2 lumbares, o las raíces lumbares 1 a 4 o la cola de caballo. También es causa de ellas la radiculitis.

Parapléjias Espásticas. Las lesiones bilaterales de la vía motriz piramidal original parapléjias espásticas, caracterizadas por la parálisis de los miembros inferiores con espasticidad hipertonía evidente. El grado de la parálisis es variable, yendo desde la parecía 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 parapléjia fláccida.

El enfermo con parapléjia 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 o poniendo resistencia los movimientos pasivos. Está presente el síndrome de piramidalismo en ambos lados: hiperreflexia osteotendinosa clonos y signo de Babinsky. Los reflejos cutáneos abdominales tienen un comportamiento variable, según la causa que determina la parapléjia; así por ejemplo: faltan, casi siempre, desde temprano en la esclerosis en placas y pueden faltar en inferior medio superior, 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, es del tipo paratospástico con sus distintas variedades; marcha digitigrada, de gallinácea o pendular. Existen trastornos sensitivos ligeros.

La parapléjia, 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 parapléjia ha sido descrito por Babinsky y es de observación rara. Los reflejos tendinosos en la parapléjia en flexión, tan pronto están exagerados como normales o disminuidos. Existe signo de Babinsky y los reflejos de automatismo medular están muy manifiestos siempre.

Causas de las parapléjias espásticas. Salvo ciertos ca sos encefálicos tales como: las debidas a una lesión bilateral de los lóbulos paracentrales, donde están los centros de origen de las fibras destinadas a los miembros inferiores de muy rara observación, ciertas parapléjias de los viejos por estado lacunar (parapléjia de Lhermitte) o la parapléjia de los niños que padecen enfermedad de Little (producida por detención del desarrollo de la vía piramidal, consecutiva a lesiones cerebrales congénitas) las parapléjias espásticas son todas de origen medular y sus principales causas son:

- 1°.- Compresión medular lenta. Por mal de Pott, cáncer vertebral, tumores meníngeos, aracnoiditis espinal crónica de Horsley, o tumores medulares. Como la compresión medular por estos distintos factores se ejerce a la altura de un determinado segmento medular, hay que establecer cual es el segmento lesionado, vale decir, hacer el diagnóstico de localización.
- 2°.- Sfilis. Originando una meningomielitis crónica que da lugar a la denominada parapléjia 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. En ausencia de estas perturbaciones esfínterianas no se debe hablar de parapléjia en Erb, tal

es su constancia.

3°.- Traumatismo. Ya lesionando directa o indirectamente la médula, ya por intermedio de una luxación o fractura vertebral o de una hemorragia intrarraquídea; en estos casos, si la lesión medular que se produce es incompleta, después de un período de parapléjia fláccida se pasa al de parapléjia 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 latirismo, etc.

7°.- Parapléjia espástica familiar periódica de Strümpell.

Parapléjias Intermitentes. Con este nombre se conocen ciertas parapléjias que en lugar de ser permanentes, como es el caso, de las estudiadas anteriormente son transitorias, duran algunos minutos u horas y luego desaparecen para reaparecer más tarde. Dependen de trastornos circulatorios de la médula. La claudicación intermitente medular sobreviene durante la marcha, en forma de una parapléjia espástica que impide continuar caminando y que cede después de algunos minutos de repo

so. Por lo general se debe a un espasmo de las arterias medulares, afectadas de arteritis luética y es un estado que precede a la instalación de una parapléjia sifilítica definitiva.

Parapléjia por alteraciones graves de la sensibilidad.

Se le observa en la tabes en ausencias de lesiones piramidales. La pérdida de la motilidad, es aquí, consecuencia de la pérdida de las sensaciones que deben llegar de la periferia y que no se hacen conscientes por estar interrumpidas las vías medulares correspondientes. El enfermo generalmente un tabético, siente de pronto durante la marcha que sus piernas dejan de obedecerle y cae; sin embargo, no ha dado ningún traspie; un segundo más tarde recupera todo su poder, se levanta y sigue marchando como antes.

Parapléjias funcionales. Se trata de parapléjias que en oposición las descritas anteriormente, de carácter bien orgánico, no presentan ninguna lesión demostrable en el aparato neuromotor. Su tipo es la parapléjia histérica que puede ser flácida o espástica, pero con ciertas características que permiten vincularla a su verdadera causa. La parapléjia pasa, según los momentos del tipo flácido al espástico, pero falta todo signo de piramidalismo, todo trastorno esfinteriano y trófico. Es común observar una anestesia completa y superpuesta al estado paralítico.

Parapléjias braquiales o dipléjias braquiales. Se observan solo en las lesiones que afectan bilateralmente a la neurona motriz periférica (poliomielitis anterior, radiculitis, polineuritis), pues cuando se trata de la neurona piramidal, la lesión que interrumpe su continuidad debe estar localizada en los segmentos altos de la médula y abarca entonces también a las fibras piramidales destinadas a los miembros inferiores, el resultado de este caso, una cuadripléjia.

Las parapléjias o dipléjias braquiales son: por corresponder a lesiones de la neurona motriz periférica, del tipo flácido con arreflexia; la parálisis es, por lo común, incompleta afectando no a todos los territorios radiculares del miembro superior, sino solo a algunos por ejemplo: a los músculos que inervan las raíces cervicales V y VI a las VII cervical o la VIII cervical y I dorsal.

Componentes neurológicos de la respuesta sexual humana.

Ya que el tema central sobre la cual gira la presente investigación, son los conocimientos y actitudes sexuales, es importante citar algunos componentes biológicos que sirvan como punto de referencia, en relación a la sexualidad humana.

Nancy F. Woods (1978) "El ciclo de la respuesta sexual humana depende de dos procesos fisiológicos principales: Vasocongestión y miotonía (masters, W., y Johnson, V. 1966). Es importante destacar que en la función sexual intervienen con-

juntamente influencias corticales, así como la de los nervios periféricos, vías autónomas, vías de la médula espinal y centros reflejos".

Excitación. Durante la fase de excitación, tanto los estímulos psíquicos como físicos se transmiten por vías corticomotoras descendentes o vías sensoriales ascendentes.

"Aunque otros tejidos, además del pene y del clítoris, son capaces de recibir estímulos sensuales, estas dos estructuras parecen ser los puntos nerviosos focales para los estímulos táctiles. (Masters, W. y Johnson, V: 1966). El pene en el varón y el clítoris en la mujer parecen ser homólogos, cada uno de ellos densamente provistos de terminaciones nerviosas periféricas!"

"Por consiguiente, parece que los estímulos resultantes de la presión o tensión en los órganos pelvianos, o los producidos por el tacto aplicado a los genitales externos, excita impulsos que son intervenidos por las fibras aferentes de los nervios pelvianos o pudendos. Estos impulsos son transportados aparentemente a la médula sacra, donde existen sinapsis con los nervios eferentes parasimpáticos destinados a la pelvis y que pueden conducir al reflejo de la erección. (Bors. E. y Comarr, 1960).

"La erección en el varón parece hallarse bajo la influencia de impulsos parasimpáticos que proceden del área sacra de la médula espinal, a través de los nervios del esplácnico pelviano destinados al pene. Estos impulsos son causa de la dilatación de las arterias y, en menor grado de la constricción de las venas del pene. Como resultado se produce vasoconstricción de los senos cavernosos" (Guyton, A.C. 1971).

"Estos centros reflejos parecen que se activan en el cerebro con la consiguiente inducción psicogena de la erección. En ausencia de la función de la médula sacra se cree que los centros situados en los segmentos dorsolumbares de la médula determinan el reflejo de erección. (Bors. E. y Comarr 1960) aunque los estímulos psíquicos sirven para favorecer la excitación, no son probablemente esenciales, ya que la apropiada estimulación genital puede ser causa de que se produzca la eyaculación, aún en los casos de que la médula esté seccionada por encima de la Región Lumbar".

"En la mujer, tanto la estimulación local como la psíquica puede iniciar la fase de excitación. Se cree que las sensaciones sexuales locales son conducidas a la médula espinal, por la vía del nervio pudendo y del plexo sacro como en el varón. Los estímulos sexuales a su vez, son transmitidos a niveles cerebrales; se cree que los reflejos locales importantes del orgasmo femenino están integrados en las regiones lumbar y sacra de la médula espinal. El tejido eréctil en la

pelvis femenina (plataforma orgásmica), está aparentemente controlado por los nervios parasimpáticos que pasan a través de los nervios del esplácnico pelviano del plexo sacro a los genitales. Durante la fase de excitación los nervios parasimpáticos dilatan probablemente las arterias en la plataforma orgásmica (y en menor grado producen congestión en las venas). Produciéndose el fenómeno es también responsable de la lubricación de la vagina" (Guttman 1964)

"Acme. Durante la fase de acmé se intensifica la excitación en ambos sexos. Los impulsos parasimpáticos en el varón, son causa de que las glándulas vulvouretrales secreten moco y en la mujer estimulen las glándulas de Bartholin a secretar moco inmediatamente en el interior del introito vaginal. (Guyton, A.C. 1971) (Masters and Johnson 1966).

"Orgasmo. A medida que los estímulos sexuales llegan a ser intensos en el varón, los centros reflejos de la médula espinal emiten impulsos simpáticos rítmicos. Las contracciones propulsoras que transportan el esperma a la uretra peniana (emisión) son controladas por los nervios simpáticos. Se ha afirmado que los centros reflejos para la emisión, están localizados en la médula dorsolumbar".

La emisión desencadena impulsos aferentes que se originan en la uretra prostática y membranosa y que siguen a través de los

nervios pudendos y posiblemente pelvianos hacia la médula sacra. Aquí se establece sinápsis con las fibras eferentes somáticas del nervio pudendo. Esta actividad culmina en las contracciones clónicas de los músculos isquiocavernoso y vulvocavernoso. La inervación sinérgica a los niveles dorsolumbar y sacro, evita la reejugitación del semen al interior de la vejiga, al producir la oclusión del cuello vesical durante la eyaculación". (Guyton, A.C. 1971)

"Cuando los impulsos aferentes procedentes de las vías simpáticas, que han establecido sinápsis en las fibras eferentes de los nervios hipogástricos, estimulan el conducto deferente músculos lisos de la próstata, vasos espermáticos y cuello vesical, tiene lugar la peristalsis. Estos impulsos parecen ser causa de la eyaculación".

Los centros reflejos de ésta parecen estar localizados en la médula sacra; se cree que la contracción de la musculatura perineal en la mujer, obedece a estímulos nerviosos similares a los que determinan la eyaculación en el varón". (Guyton, A.C. 1971)

"Vías de los estímulos psíquicos. Los estímulos aferentes centrales pueden originarse en muchas áreas de la corteza cerebral, especialmente en el lóbulo temporal, en ciertas partes del sistema límbico y en el hipotálamo. Los impulsos olfatorios, visuales, auditivos y somestésicos pueden facilitar o in

hibir la progresión del ciclo de la respuesta sexual humana por estas vías". (Guttman, L. 1964)

Función sexual después de lesión de la médula espinal

Partiéndolo de las consideraciones antes mencionadas se analizarán concretamente algunos hallazgos realizados por diferentes clínicos, estudiosos de las repercusiones a nivel se xual de los traumatizados medulares.

Presencia de erección en pacientes con lesiones medulares*

CUADRO 1

Origen	Año	Nº. de Pac.	Capaz de tener Erec.
Munro, Horne, Paull 12	1948	84	74%
Talbot 14	1949	200	64%
Talbot 15	1955	208	67%
Zeitlin, Cotrell, Lloyd 16	1959	100	86%

*Incluidos con sección completa e incompleta y erección parcial.

En 1948, Munro, Horne y Paull (Munro, Horne, Paull 1948), encontraron que las erecciones pueden o no ocurrir en ausencias de conexiones entre segmentos simpáticos y parasimpáticos intactos, el sistema nervioso central y los órganos reproductores pélvicos.

El estudio llevado por estos autores de 84 pacientes de sexo masculino, con lesión traumática de la médula espinal, demostró que el 74% de estos pacientes eran capaces de tener erecciones.

Talbot reportó en su estudio de 200 parapléjicos en 1949 (Talbot 1949) y en 208 más en 1955 (Talbot 1955). El encontró que en más de dos tercios de sus pacientes, tenían erecciones y en la tercera parte de éstos, se lograba una respuesta a un estímulo psíquico, además descubrió que en más de las tres cuartas partes de sus pacientes, el patrón de la función sexual se estableció dentro de los primeros seis meses de la lesión. Estos datos fueron confirmados por Zeittlim, Cottrell y Lloyd (Zeittlim. Cottrell. Lloyd 1957). En 1959 a través de un estudio de 100 pacientes, 86% de los cuales eran capaces de obtener una erección completa. (CUADRO 1)

SUMARIO DE DATOS ENCONTRADOS POR BORS Y COMARR (1960) 529 CASOS

Clasificación*	Lesión	N° de Pac.	Erec.	Eyac.	Coito Exitoso	Progenie
Neurona Motriz Superior	C1-C8	54	100%	6%	44%	4%
	T1-T4	36	75%	6%	58%	3%
	T5-T8	77	97%	10%	60%	1%
	T9-S5	120	93%	.8%	51%	0
	Total:	287	93%	5%	53%	1%
Neurona Motriz Superior	C1-C8	81	100%	25%	56%	5%
	T1-T4	9	100%	44%	89%	0
	T5-T8	16	100%	37%	75%	6%
	T9-S5	17	94%	53%	71%	12%
	Total:	123	99%	32%	63%	6%
Neurona Motriz Inferior	T5-T8	5	0	0	0	0
	T9-S5	104	27%	19%	24%	6%
	Total:	109	26%	18%	23%	5.6%
Neurona Motriz Inferior	L1-L5	10	90%	70%	80%	10%

* N.M.S. Neurona Motriz Superior N.M.I. Neurona Motriz Inferior

CUADRO 3

FUNCION SEXUAL EN LOS DISTINTOS TIPOS DE LESIONES MEDULARES

(Bors y Comarr - 529 casos)

	Erección	Eyacu- lación	Progenie
Lesión de Neurona Mot. Sup. Completa	93%	4%	1%
Lesión de Neurona Mot. Incompleta	99%	32%	6%
Lesión de Neurona Mot. Inf. Completa	26%	18%	5%
Lesión de Neurona Mot. Incompleta	90%	70%	10%

En 1960 Bors y Comarr (Bors. Comarr. 1960) (Cuadro 2), publicaron la serie más grande y completa hasta la fecha; ellos dividieron sus 529 pacientes en 4 grupos de acuerdo con la localización y seriedad de la lesión, encontraron que la lesión era más probable en pacientes con lesiones de Neurona Motriz Superior (NMS) que en aquellos con lesiones de Neurona Motriz Inferior (NMI) independientemente, si la lesión de que se trate era completa o incompleta, como era de esperarse aquellos con lesiones incompletas, se comportaron mejor que aquéllos con lesiones completas del mismo tipo. Ellos sostienen que las erecciones reflejas indican una lesión completa de NMS relacionada con los segmentos sacros, mientras que las erecciones psicogénicas reflejas están asociadas con lesiones incompletas, además que las erecciones exclusivamente psicogénicas sugieren una lesión de NMI del

segmento sacro. La ausencia de cualquier tipo de erección, es más común en pacientes con lesiones de NMI que en aquellos con lesiones completas de NMS.

Dado que la eyaculación es una función altamente compleja que requiere de una acción conjunta parasimpática (S2-4) y simpática (D12 a L3), ésto la hace más vulnerable a los traumatismos.

Munro, Horne y Paull (Munro, Horne, Paull. 1948), encontraron que el 7% de los 84 pacientes con distintas lesiones de la médula, podían eyacular, similarmente Zeittlin y Cottrell y Lloyd encontraron que la incidencia de eyaculación en serie de 100 pacientes fue de 3% y ninguno de éstos tenían lesiones que correspondieran a la parte baja de la médula dorsal o a algún segmento sacro.

CUADRO 4

RESUMEN DE LOS DATOS ENCONTRADOS POR ZEITTLIN, COTRELL Y LLOYD

(1957)

	Intento de Coito		Coito Exitoso		Orgasmo		Eyaculación	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Lesión								
Cervical	14	42	11	33	2	6	1	3
Dorsal alto	8	39	6	28	1	5	1	5
Dorsal bajo	12	31	6	15	1	2	0	
Lumbar	4	57	3	43	1	14	1	14
Total:		38		26		5		3

También Bors y Comarr compararon el efecto de lesiones de NMS y NMI y encontraron que la incidencia de eyaculación era de 8% en los pacientes con lesiones de NMS y el 19% de los pacientes con lesiones de NMI (Cuadro 2), la razón por la baja incidencia de eyaculación en los pacientes con lesiones de NMS es que cuando se pierde la acción cerebral, los centros sacros son capaces de impedir el semen.

Bors y Comarr concluyen que la eyaculación es rara en los pacientes con lesiones completas de NMS y que cuando llega a ocurrir, va precedida por una erección refleja. La eyaculación es más frecuente y está siempre asociada con una erección psicogénica, en los pacientes con neurona inferior completa. La eyaculación es precedida de erecciones psicogénicas en solo 25%. De ahí que la eyaculación que ocurra después de una erección refleja, puede sugerir más bien una lesión de NMS. Es también más frecuente en pacientes con lesiones incompletas de NMI y está siempre precedida de erecciones psicogénicas. (Bors, Comarr. 1960)

El orgasmo es relativamente raro en los pacientes lesionados de la médula que llegan a tener coito. Bors y Comarr reportaron que unos cuantos pacientes con lesiones de NMS que eyaculaban sin orgasmo y llegaban a tener una severa espasticidad flexora y extensora antes y durante la eyaculación.

Los pacientes con lesiones completas de NMI en los segmentos sacros experimentan la sensación grata, señalada en el bajo abdomen, ingle o cara interna de los muslos, pero no en el pene (Bors y Comarr (1960) Comarr (Comarr 1971), reportó algunos de los datos del estudio mencionado anteriormente y algunos datos nuevos de algún otro estudio aún no publicados, mostrando que el 29% de los pacientes con lesiones incompletas de NMS, 17% de los pacientes con lesiones de NMI y 60% de pacientes con lesiones de NMI podían eyacular y tener orgasmos.

Zeittlin, Cottrell y Lloyd (1957), reportaron que sólo el 38% de sus 100 pacientes, habían intentado el acto sexual y el 26% de la serie tuvo éxito (Cuadro 4). Por otra parte en un reporte más reciente de Comarr es más optimista (Comarr feb. 1966). En los pacientes con lesión completa de NMS que intentaban el coito el 72% lo llevaron a cabo, mientras que en los pacientes con lesión incompleta de NMS que lo intentaron el 85% tuvieron éxito. En los pacientes con lesión completa de NMI que intentaban el coito, el 65% lo lograron, mientras que el 90% de aquellos pacientes con lesiones incompletas tuvieron éxito.

El ciclo menstrual generalmente asume su normalidad en las mujeres, 6 meses después de sufrir la lesión de la médula espinal. La concepción es normal aunque rara por razones no

fisiológicas y el embarazo puede ser llevado a término con un parto normal (Comarr 1966) (Rossier, Rofleux, Ziegler. 1969).

La fertilidad en el hombre es baja después de las lesiones medulares, la incidencia de progeñie después de la lesión es reportada por varios autores de 1 al 10% (Bors, Comarr 1960) Zeittlin, Cottrell 1957) (Comarr 1971) son varios los factores que intervienen en esta esterilidad relativa. Uno de los principales factores es la falta de erección y eyaculación y coordinación de esta última, ya que el semen puede ser lanzado a la vejiga en lugar de ser eyaculado a través del pene (Rowan, Howley, Nova, 1962) (Weber, Wesman, 1971) otra causa de esterilidad puede ser una atrofia testicular con disminución o ausencia de espermatogénesis.

RESUMEN DE DATOS ENCONTRADOS EN 14 PACIENTES PARAPLEJICOS, DE
ACUERDO CON EL NIVEL DE LA LESION.

CUADRO 5

Nivel de Lesión *	Edad	Sexo	Erección	Eyaculac. Orgasmo	Coito	Progenie
C4+	33	M	Local, Psic.	Ocasional	Intento	No
C5	42	F	Ninguna	Nunca	Sin éxito	No
C6+	25	M	Espont. Loc.	Nunca	Sin éxito	No
C6	37	M	Ninguna	Nunca	No intent.	-
C7+	18	M	Espont. Loc.	A veces	No intent.	-
D4	25	M	Local	A veces	No intent.	-
D4	29	M	Espont. Psic.	?	Una vez	No
D6	20	M	Espont. Loc.	?	No intent.	-
D7+	38	M	Espontánea	Nunca	No intent.	-
D8+	29	M	Espontánea	Nunca	Sin éxito	No
D8	34	M	Espontánea	?	No intent.	-
D12	19	M	Local, Psic.	A veces	No intent.	-
L2	25	M	Espontánea, Loc. Psicológica	A veces	No intent.	-
L3	21	F	Local	A veces	Una por mes	No

* Nivel inferior intacto de la médula + Entrevistado

El cuadro 5 está compuesto por todos los datos encontrados en los pacientes de la investigación (Fitzpatrick 1975).

La erección está clasificada en tres grupos:

- 1.- Espontánea. Que ocurre sin estimulación local
- 2.- La que ocurre a consecuencia de estimulación de los genitales, parte baja del abdomen y muslos.
- 3.- Psíquica. Que ocurre a consecuencia de estímulos psicológicos. Los primeros dos grupos pueden ser considerados como erecciones reflexogénicas.

La erección en la mujer fue interpretada, basándose en la sensación de tumescencia clitoral. Un examen de la tabla 4, revela que de todos los pacientes, la erección de algún tipo, ocurrió en 86% de los pacientes, la eyaculación en 42% y el éxito del coito se obtuvo en 21%; sin ningún caso de progenie posterior al traumatismo. Estas cifras concuerdan con la de los investigadores anteriormente presentados, excepto que la incidencia de la eyaculación aquí puede ser fallazamente alta si la comparamos con los estudios anteriores.

FUNCION SEXUAL DE ACUERDO AL NIVEL DE LESION EN 14 PACIENTES
PARAPLEJICOS

CUADRO 6

Nivel de Lesión	Nº Pac.	Erec.	Eyaculación.	Coito
Cervical	5	60%	66%	60% Intentado 20% Exitoso
Dorsal	7	100%	28%	28% Intentado 14% Exitoso
Lumbar	2	100%	100%	50% Intentado 50% Exitoso

El cuadro 6 muestra la ocurrencia de erección, eyaculación y el coito de acuerdo con el nivel de lesión. Aunque la cifras en el grupo de lesiones cervicales y torácicas son probablemente confiables, no hay suficientes pacientes con lesiones en los segmentos lumbares para sacar conclusiones significativas de estas cifras.

RESUMEN DE LOS DATOS RELACIONADOS CON LA ERECCION EN 11 PACIENTES DEL SEXO MASCULINO

CUADRO 7

Nivel de Lesión	Tiempo transcurrido para recup. erect.	Métodos utilizados para lograr la erección	Durac. de la erect.	Erección buscada	Sensib. genital	Mejor medio estim.
C4	Inmediata	Local, Psic.	Minutos	Si	Si	Local
C6	?	Espont. Loc.	Minutos	No	No	Local
C7	Semanas	Espont. Loc.	Minutos	Si	No	Local
D4	?	Local	Segundos	Si	Si	Local
D4	Meses	Espont. Loc. Psicológica	Minutos	Si	No	Psic.
D6	2 meses	Espont. Loc.	Minutos	Si	Si	Loc.
D7	?	Espontánea	Segundos	No	No	Ninguna
D8	Inmediata	Espontánea	Minutos	No	No	Ninguna
D8	2 meses	Espontánea	Minutos	No	No	Ninguna
D12	5 meses	Loc. Psic.	Minutos	No	No	Local
L2	2 meses	Espont. Loc. Psicológica	Minutos	Si	Si	Psic.

54% Si

36% Si

El cuadro 7 es un exámen más completo de los datos relacionados con la erección de los pacientes del sexo masculino, ésta muestra el tiempo transcurrido después de la lesión y cuando se hubo recuperado la erección, la duración de la erección y la forma de estimulación que la produjo, la existencia o ausencia de control, cuando ocurría la erección, la existencia o ausencia de sensación en los genitales y finalmente, el mejor medio de estimular para producir una erección. En el 81% de éstos 11 pacientes, la erección dura más de un minuto y 54% de estos pacientes tienen cierto grado de control, solo el tiempo de ocurrencias de erecciones. Además 8 pacientes (72%) tienen erecciones funcionales, es decir, aquellas que ocurren con estimulación local o psíquica y de ahí que pueden ser producidas para lograr una erección que pueda ser utilizada. Teóricamente de un 54% a un 72% de los pacientes masculinos que puedan tener erecciones, deben ser capaces de llevar a cabo un acto sexual exitoso; sin embargo, de la tabla 6, puede determinarse que de echo solo 4 de 11 pacientes del sexo masculino (37%) que han tenido erección ha intentado el coito y solo 2 de ellos han tenido éxito (18%) debe recordarse de que Zeittlin, Cottrell y Lloyd (1957) reportaron que el 38% de sus pacientes intentaron el coito, habiéndolo obtenido éxito el 26%.

En 1948, Munro y Colbs (Munro, Horne, Paull 1948) descri

bieron los resultados de entrevistas y cuestionarios sobre 48 hombres con lesión de la médula espinal. El 78% de los pacientes con lesiones a todos los niveles de la médula espinal tenían erecciones y el 30% habían llegado a producir embarazo. Estos autores llegaron a la conclusión de que el hombre con lesión de la médula espinal, suele ser potente y fértil, excepto en el caso que sufra una lesión destructiva de la médula sacra, una sección de la cola de caballo o un traumatismo medular entre el sexto segmento dorsal y tercer segmento lumbar, suficiente para interrumpir completamente la inervación simpática. (Woods 1978)

Por otro lado Money (1960) estudió el orgasmo fantasma en los sueños de los hombres y mujeres parapléjicos. Llegó a la a la conclusión de que los arcos reflejos de la médula inferior son suficientes para producir erección del pene, pueden estar activados por estímulos táctiles sobre el pene y alrededor del mismo, en el abdomen inferior y en las superficies internas de los muslos. La persona parapléjica no tiene noción de la erección, excepto que pueda verla. Por consiguiente, Money llegó a la conclusión de que el erotismo cerebrocognoscitivo y las funciones genitopelvianas son independientes después de la sección completa de la médula. (Woods 1978)

Jackson (1972) estudió 20 atletas parapléjicos varones, por medio de cuestionarios y entrevistas. Comprobó que el 75% de estos hombres realizaban el acto sexual, el 85% tenían erecciones en respuesta a estímulos físicos y el 25% en respuesta a estímulos mentales. El 35% eran capaces de eyacular y tenían orgasmo y el 10% habían engendrado hijos. Se observó una diferencia sorprendentemente escasa en la función entre hombres con lesiones completas y los que presentaban lesiones incompletas en esta casuística. (Woods 1978)

Bors y Comarr (1960) describen el goce de la actividad sexual en mujeres jóvenes, a pesar de la anestesia completa de los genitales externos. Una paciente con lesión completa de la NMI por debajo de L1 experimentó orgasmo; otra paciente con lesión incompleta de la neurona motora superior, que presentaba disminución de la percepción sensorial de los genitales externos era incapaz de alcanzar el orgasmo y otra paciente con lesión cervical completa, describió una sensación placentera de calor sobre la parte superior del cuerpo durante el coito. Finalmente la libido en las mujeres con lesión neurológica fue menos constante que en los hombres y dependía de factores psicodinámicos y de la edad, concluyen refiriendo de que se habían estudiado pocas mujeres con lesión de la médula espinal para conseguir la valoración orgásmica. (Woods 1978)

FUNCION SEXUAL DE PACIENTES CON LESION EN MEDULA

CUADRO 8

A U T O R	Nº	EYAC. %	EREC. %	ORGAS. %	COITO %	PROGENIE %	
Munro	1948	84	7	74	2.8	-	3
Kuhn	1950	25	8	88	-	-	-
Talbot	1955	408	11.5	69	14	23	5
Zeittlin	1957	100	3	94	6	33	5
Bors	1963	529	15	80	-	50	3
Wahle	1970	48	8.3	58.3	2	-	-
Piera (1973)	100	47*	79	-	39	2	

*Eyacuación después de instalar prostigmina intratecal.

DIFERENCIAS EN LA VULNERABILIDAD DE VARIAS FUNCIONES

CUADRO 9

Erección	77%
Coito	35%
Eyacuación.	10%
Procreación	3.4%

El cuadro 8 muestra los resultados de un número determinado de casos (Uyttendaele, Brusselmans, Groot, Claessens. 1979), por diversos autores mientras que la tabla 9 sintetiza estos resultados a un total de 1,300 pacientes.

Se puede observar que se preserva la erección, mientras que la reproducción está por el contrario considerablemente limitada, el coito es menos frecuente que la capacidad para obtener erección, probablemente debido a causas psicológicas y sociales, por supuesto al impedimento físico que resulta de la parálisis o de la paresia. La erección se encuentra particularmente preservada, cuando queda una porción más larga de médula espinal más útil, ya que esto implica la existencia de mayor número de sinápsis y de ahí un poco de más función residual.

EFEECTO DE LA ALTURA DEL NIVEL DE LESION EN LA EYACULACION Y
ERECCION

CUADRO 10

	Erección (308 Pac.)	Eyaculación (209 Pac.)
Cervical	93	3
Dorsal	74	6
Lumbar	63	14
Sacro	56	14.3

La eyaculación es preservada principalmente en las lesiones más bajas (cuadro 10) los segmentos sacros pueden ejercer un efecto inhibitorio importante en el proceso eyaculatorio. Con las lesiones sacras puede verse que la eyaculación no es proyectada, debido a la parálisis de los músculos del piso pélvico.

En el análisis de los resultados (cuadro 2 y 3) Bors y Comarr (1960), hacían las diferencias entre lesiones completas y lesiones incompletas, así como entre parálisis espásticas y flácidas. Encontraron en el caso de parálisis espásticas una erección incompleta, la erección está casi preservada, mientras que es rara la eyaculación. Con lesiones incompletas y parálisis flácida, la eyaculación está presente en un 70% de los casos.

Por otra parte Uyttendaele, Brusselmans, Groote, Claesens (1979), realizaron un estudio sobre las características relacionales de la sexualidad en las lesiones medulares, en 26 pacientes rehabilitados (cuadro 11), 18 hombres y 8 mujeres. La erección está preservada en 13 de los 18 pacientes masculinos, mientras que 6 de las 8 mujeres, aún experimentaban sensaciones vaginales. Encontrándose que los individuos masculinos manifestaron una disminución considerable al deseo sexual, aún con la preservación de la potencia sexual. Esto no ocurrió con los individuos del sexo femenino.

RELACION ENTRE EL CAMBIO DE LAS NECESIDADES SEXUALES Y
LA PRESERVACION DE LA FUNCION SEXUAL

CUADRO 11

H O M B R E S	POCA O NIN GUNA NECE- SIDAD SEX.	NECES. NORMAL	TOTAL
Preservación de erección, eyacula ción y orgasmo.	3	2	5
Preservación solo de erección.	5	4	9
Preservación solo de eyaculación.	1		1
Pérdida de erección, eyaculación y orgasmo.	3		3
T O T A L :	12	6	18

M U J E R E S

Preservación de sensación vaginal y orgasmo.	1	5	6
Pérdida de sensación vaginal y orgasmo.	1	1	2
T O T A L :	2	6	8

RESPUESTA SEXUAL EN EL HOMBRE

	Lesión medular completa por encima de la porción sacra	Lesión completa en la médula sacra
Pene	Con erección	Sin erección
Piel del escroto	Se tensa	No se tensa
Eyaculación	No	No
Pezones	Con erección	Con erección
Frecuencia respiratoria	Aumenta	Aumenta
Pulso	Aumenta	Aumenta
Presión arterial	Aumenta	Aumenta
Piel del tronco		
caro y cuello	Rubor	Rubor
Orgasmo	Ausente o mental	Ausente o mental

RESPUESTA SEXUAL EN LA MUJER

	Lesión medula completa por encima de la porción sacra	Lesión completa en la médula sacra
Pared vaginal	?	No se humedece
Clitoris	Se dilata	No se dilata
Labios	Se dilatan	No se dilatan
Utero	?	No se contrae
Pezones	Con erección	Con erección
Pechos	Se dilatan	Se dilatan
Frecuencia respiratoria	Aumenta	Aumenta
Pulso	Aumenta	Aumenta
Piel de la cara, Cuello y tronco	Rubor	Rubor
Orgasmo	Ausente o mental	Ausente o mental

ASPECTOS SOCIALES DEL PARAPLEJICO

Todo ser humano se caracteriza por vivir en sociedad y cuenta con una serie de necesidades que tiene que sacar adelante. Cuando por circunstancias de la existencia, un individuo sufre una lesión medular, su rol social habitual presentará una nueva serie de dificultades en esta área. Anguera (1980) establece que las "Dificultades Sociales son muchas y valorarlas por orden de importancia es difícil, porque tienen que darse una serie de condiciones juntas para cubrir los objetivos de rehabilitación social". Agrega que en—"Nuestra Sociedad dinámica y competitiva utilizar silla de ruedas cierra muchas puertas; sin embargo, es esta misma sociedad la que valora enormemente la productividad del individuo, la que exige de cada uno que demuestre su eficacia y su éxito. A menudo las personas con lesiones medulares no se les deja demostrar su plena capacidad".

Los problemas que se plantean de forma más imperiosa son naturalmente, los más vitales: economía, vivienda, barreras arquitectónicas, etc., será más tarde cuando si se solucionan estos puntos, surjan otras dificultades por ejemplo: la actitud del resto de las personas.

Sin embargo, ¿cuál es la actitud de los "normales" hacia los minusválidos?

Según E. Goffman (1970), cree por definición que "la persona que tiene un estigma no es totalmente humana". Valiéndonos de este supuesto, practicamos diversos tipos de discriminación, mediante la cual reducimos en la práctica, aunque a menudo sin pensarlo, sus posibilidades de vida.

Para Cogswell (1977) establece: "Comprando la vida social que realizaban antes del trauma, la mayoría de los lesionados medulares nota una marcada reducción social en los siguientes aspectos:

- a) Pueden ir a menos sitios.
- b) Pueden desempeñar menos roles.
- c) Tienen menos contactos sociales con los demás".

Como vemos las dificultades que debe afrontar una persona en esta situación son cualitativa y cuantitativamente enormes. Al principio, la mayoría de ellos valora como más penosas sus dificultades somáticas, pero poco a poco los problemas psicosociales se manifiestan con toda amplitud.

También Anguera D. (1980) dice que "no se trata de otorgar privilegios a las personas que pasan por esta vicisitud, sino lograr una igualdad de posibilidades, de medios, de trato humano". No podemos pasar por alto el importante rol que juega la familia en el individuo que ha adquirido una invalidez física, ya que su papel es esencial en relación a los mecanismos que se desarrollarán en el parapléjico. Pudiendo

ser la agresividad manifiesta hacia la sociedad como respuesta lógica a la frustración, el aceptar la nueva situación como inevitable e introyectar toda esta agresividad como autoacusación impidiéndole ver las causas ajenas que produjeron su estado, dando como resultado que él mismo se culpabilice o estigmatice y quede pasivo ante la situación.

Anguera D. (1980) dice que el adulto que ya había creado su grupo familiar, se encuentra con que a raíz de su lesión, su rol dentro del grupo tiene otras características que, tarde o temprano, tendrá que adoptar que su situación es ya diferente y la dinámica familia - paciente, se establece dentro del proceso de rehabilitación y es fundamental, ya que la actitud del grupo ejerce acentuada influencia en el paciente; puede parecer extraño, pero a pesar de que los profesionales señalan la importancia de la familia como un elemento rehabilitador, hay pocos estudios relacionados sobre la reacción y problemática familiar frente a la invalidez adquirida. Sin embargo, este autor hace mención a que la ansiedad que siente la familia ante el familiar lesionado es la misma que siente la mayoría de las personas, ante la minusvalía aumentada. Afirma creer que hay familias que temen mucho a esta "carga", ya que supone un trabajo considerable que no expresan, pero quizá en el fondo existe. Pudiera ser que el papel de la familia, a nivel emocional, no está tan

valorado o tan claro, ya que esta situación puede producir una cadena de reacciones que cada grupo familiar matizará de forma peculiar.

En un estudio realizado por los Doctores Alcazar, Amirola, Fajardo y Peñalver (Días Pereira, 1977) con 425 lesionados medulares en donde existe un ítem sobre "Reacción Familiar", ante el incapacitado tras su regreso a casa encontraron lo siguiente:

	CASOS	BUENA	REGULAR	MALA
Padres	213	76 (35.68%)	36 (16.90%)	101 (47.42%)
Esposas	118	92 (77.97%)	18 (15.25%)	8 (6.78%)
Hijos	118	65 (58.08%)	19 (16.10%)	34 (28.81%)
Hermanos	223	128 (57.39%)	28 (12.56%)	67 (30.04%)
Novia	93	19 (20.45%)	3 (3.22%)	71 (76.34%)

No se especifica en este estudio las categorías "buena, regular y mala reacción familiar", pero los datos que aportan manifiestan que así como las esposas, hijos y hermanos, reaccionan generalmente bien frente al lesionado medular; son las novias y los padres los que responden marcadamente de forma contraria. Dilucidar la dinámica familiar es un problema difícil, la familia es una de las instituciones más estables de la sociedad, es ineludible que se producen cambios a raíz de que uno de sus miembros ha sufrido una lesión, aunque exis

ten grupos familiares que integran de forma constructiva la nueva situación, pero en otros casos es necesaria la intervención externa en el grupo para lograr un nuevo equilibrio.

Como se ha mencionado con anterioridad, la multivariedad de problemas sociales a los que se enfrentan los individuos con lesiones medulares y la dificultad que implica jerarquizarlos por orden de importancia, son muchas las necesidades sociales y su interdependencia y ya que el propósito del presente estudio no tiene como objetivo detallar los diferentes roles sociales que adopta el parapléjico, únicamente se señalarán brevemente algunas consideraciones que se hacen al respecto, sin establecer un orden específico de prioridad.

Vivienda.- Anguera D. (1980) dice: "Creo imprescindible que el lesionado medular en el momento de salir del centro, tenga una vivienda a donde ir y naturalmente, que esté adaptada. Pero si nos quedamos con la vivienda y vemos que el individuo no puede salir de allí, realmente la reinserción no es válida".

Glorya H. (1980) asegura: "El hogar es un concepto con connotaciones universales y preciosas en todas las sociedades, excepto en las nómadas. Un hogar proporciona cobijo, pero por encima de ésto, proporciona comodidad y la oportunidad de independencia y autoexpresión.

Las personas impedidas pueden sentir una necesidad aún mayor por la seguridad de un hogar, ya que dadas las circunstancias y no necesariamente su temperamento son más vulnerables, menos móviles y menos seguras de su modo de vida. Sin embargo, para una persona impedida, un hogar mal diseñado puede ser un impedimento adicional o incluso una prisión inhospita".

Este autor señala una serie de ideas y medidas para hacer más funcionable el uso de instalaciones en viviendas habitadas por individuos impedidos, presenta además, una serie de diseños en donde detalla la adaptación de la vivienda que va desde la entrada, como el uso de rampas, escaleras, puertas, elevadores y utensilios de apoyo, hasta la adaptación de los diversos mobiliarios y equipo en el interior de la casa como son: luces e instalación eléctrica, sillas, mesas, armarios, alacenas, el dormitorio, el cuarto de baño, cocina, fregadero; finalmente propone una serie de tareas domésticas para la mejor organización y funcionalidad de la casa. Este aspecto es importante, ya que facilita el proceso de adaptación a las nuevas condiciones que el disminuido físico tiene que enfrentar, por lo que el individuo podrá crear un sentimiento de independencia en la realización y consecución de las tareas y formarse un criterio más amplio de las capacidades físicas residuales que puede explotar en beneficio de sí mismo y aún de las personas que le rodean.

Economía y Empleo.- Son dos conceptos que van íntimamente relacionados en nuestra sociedad y no implican ser si nónimo uno del otro, ya que el trabajo pudiera tener distin tas significaciones.

Anguera D. (1980) "Al principio es un modo de ganarse la vida e implica la adquisición de una independencia económica. El trabajo puede ser una realización personal y una aportación de éllo a la comunidad, o bien, puede proporcionar satisfacciones intrínsecas, debido a la naturaleza de la actividad misma".

¿Cuál es la situación de los impedidos físicos en materia laboral?

Glorya H. (1980) refiere que: "Para muchas personas impedidas cada palmo de este territorio está erizado de dificultades. El tipo de impedimento, el grado de incapacidad, de edad, nivel de educación, el temperamento de cada individuo son factores que influyen en el problema. Muchos de estos factores han contribuido a la deplorable situación de desempleo y subempleo de las personas impedidas". Hasta 1945 en USA, comenzó a prestarse atención a los problemas de empleo de los impedidos, ésto fue por la gran cantidad de individuos mutilados de guerra que buscaban trabajo.

Fue entonces cuando se creó la Comisión Presidencial pa-

ra Empleo de los Impedidos. En 1973 se establece una "Ley de Rehabilitación", que refiere oportunidades de empleo para los impedidos. En Inglaterra la Ley obliga a las empresas a dar ocupación a personas impedidas de un 3 por 100. En la República Federal de Alemania, las empresas privadas y públicas, con más de 16 empleados está obligadas a cubrir una cuota del 6 por 100 de su personal, con personas gravemente impedidas. En México no se encuentran referencias de algún decreto que obligue a empresas públicas y privadas, en proporcionar empleo a personas impedidas.

En un trabajo de campo realizado en España con 137 lesionados medulares en edad laboral, que presentaron en Minusval 74 los profesionales M. Camprubí y Ma. L. Curcoll (1974). En dicho estudio manifiestan que el factor cultural tiene gran influencia en la reinserción laboral, dándose el caso de que ninguno de los lesionados medulares de nivel cultural superior, ha dejado de reincorporarse laboralmente y solamente uno de los clasificados como analfabetos trabaja.

En el mismo estudio aparece otro dato importante, en relación a la posibilidad de empleo. El origen de la lesión.

ACTIVOS

Accidente laboral	26.3%
Accidente "in itinere"	38.5%
Accidente de tráfico	47.4%
Accidente fortuito	78.6%
Enfermedad	29.2%

Como se podrá observar, los lesionados medulares de ac
cidentes fortuitos son los que más se reincorporan al traba
jo y los que menos lo hacen son los de accidente laboral.
 Resulta pues, bastante comprensible, el rechazo de estos ú
ltimos a iniciar una nueva labor. La educación es otro de
 los factores en los que los disminuidos físicos se ven es-
 tigmatizados por toda la serie de circunstancias sociales,
 económicas y geográficas les imponen, ya que tradicionalmen-
 te al disminuido físico se le considera también, un débil so
cial integral y esta actitud limita sus posibilidades de bus
car nuevos caminos hacia la superación personal y aún no se
 le ha dado la importancia debido a las necesidades y capaci
dades que en materia educación es uno de los mejores conduc-
 tos para elevar la calidad de vida de un individuo, ya que
 amplía los horizontes culturales, estimula el pensamiento
 independiente, ayuda a desarrollar la madurez emocional y di
rigida a objetivos profesionales específicos, contribuye a
 proporcionar seguridad económica. En este aspecto USA ha

desarrollado la iniciativa de admitir en 1947, el primer estudiante parapléjico en la Universidad de Illinois. Durante los 30 años siguientes, los edificios e instalaciones Universitarias se fueron haciendo cada vez más accesibles para individuos con impedimentos físicos.

Las barreras arquitectónicas aumentan el impedimento, algunos centros de educación ha realizado modificaciones a las estructuras de sus instalaciones (Community College de San Diego, College de Fresno State), ésto ha contribuido a que la matriculación de estudiantes impedidos umente; en USA la educación se ofrece de diversas formas, desde cursos a domicilio, correspondencia, video - cassetes hasta clases por te léfono.

En realidad existen diversas circunstancias que contribuyen a que el disminuido físico se muestre pasivo y desinte resado en una superación profesional o educativa. El proble mas de acceso, por las barreras arquitectónicas. Hay algunas escuelas "especiales" para disminuidos físicos, pero quizá la enseñanza pueda adaptarse a una supuesta idiosincrasia del de ficiente físico.

Parece ser, que en el aspecto educativo los disminuidos físicos se enfrentan ante un mundo de discriminación en su formación profesional y hay una separación ante lo que pudiera ser, ya que no son una especie distinta a nivel cultural o

mental, dando la impresión de que deberán tener una enseñanza especial para disminuidos físicos, adaptada dicha enseñanza a una supuesta idiosincrasia, propia del deficiente físico.

ASPECTOS EMOCIONALES DEL PARAPLEJICO

Vistos los aspectos sociales lo que es de vital importancia para este estudio es el área emocional, para éllo realizo las siguientes observaciones.

Es muy complejo determinar las dificultades que pueden afectar más en el área psicológica. El sentirse devaluado, el ver que de golpe y porrazo debido a las grandes pérdidas, la sociedad ya no lo valora como antes, incluso puede ser que la familia tampoco, el individuo cree que tampoco y ver que no puede desempeñar el papel que desempeñaba antes de la lesión.

Realmente las pérdidas se presentan a muchos niveles, tales como: las complicaciones biológicas que pueden surgir de las secuelas de la lesión como tener problemas con vejiga e intestino, pérdida de sensibilidad en ciertas áreas del cuerpo, contracciones involuntarias, presencia de escaras por falta de movilidad etc., y por otra parte, las ocasionadas por el medio ambiente circundante en el área social y ya descritos con anterioridad. Es por éllo que no es difícil observar como una persona se encuentra en una situación de depresión que seguramente es provocada por las múltiples expectativas que se plantea por su situación. Las respuestas emocionales que el individuo traumatizado emita, estará de acuerdo al significado y lo que para él represente la lesión, ya que no

hay una forma de reaccionar única que caracterice al lesionado medular.

Para M. Siguan (1969) "Ante la invalidez adquirida cada hombre da una respuesta personal en función de su temperamento y de su carácter".

"Desentrañar sus raíces nos volvería otra vez a su infancia, a las influencias de herencia y medio que le han modelado". Por su parte J. Simon (1971) dice: "Se espera que el individuo se angustie y tenga ansiedad, ya que pueden ser develados viejos temores a ansiedades sobre lesiones. Puede temer la pérdida de seguridad o la pérdida de su fantasiado futuro, éllo puede estar relacionado con la pérdida del amor de su esposa, amigos o familia, y todos estos temores pueden tener una base real"

Según Nancy Kerr (1977, la reacción inicial es de Shock "La incompatibilidad entre la situación física de la persona y el cuadro mental que tiene de sí misma, explican su comportamiento verbal inadecuado al principio, la imagen de su cuerpo es más poderosa que sus percepciones y rechaza el hecho de que las percepciones son incompatibles con su imagen corporal".

Paul Schilder (1965), señala que la percepción de nosotros mismos y de los demás nos llega a través de nuestra imagen corporal. "La percepción de nuestro perfil corporal constitu-

ye la base de nuestra actitud autoestimativa frente al propio cuerpo".

Moragas, R. (1974), considera "La imagen que de nuestro propio cuerpo poseemos no se basa solamente en nuestro juicio sobre sí mismo, sino la opinión que los demás asignen (o nosotros creemos que asignan) a determinadas aptitudes o limitaciones corporales". Este es otro hecho importante, ya que un minusválido, por la pérdida que sufre, busca en los demás que reafirmen o devalúen el autoconcepto, ya que organiza su imagen corporal integrando múltiples percepciones de todas las imágenes corporales previas, que incluyen aspectos conscientes e inconscientes. Desde el punto de vista psicológico la imagen corporal no solo incluye el investimento personal del individuo sobre su cuerpo, sino la visión, valores y fantasías de las personas significativas a su alrededor y las actitudes y valores de la cultura.

La lesión física puede amenazar esta imagen corporal y exigir su cambio y como la imagen corporal está integrada por la organización de la personalidad, el cambio puede repercutir en el equilibrio de esta última.

La reacción del individuo frente a la lesión física y a las secuelas, será el resultado de la interacción compleja de varios factores; su imagen corporal anterior, premórbida y el significado psicológico de la situación en relación con el de

sarrollo de su personalidad.

La motivación es sin duda vital para lograr la reinserción a nivel social, por lo que he ahí de la importancia de detectar cuáles son las expectativas más fuertes y cuáles son las que olvida. En cuanto a las posibles causas de falta de motivación tenemos:

- 1.- El paciente teme no alcanzar el restablecimiento que desea y rehusa aceptar el cumplimiento parcial de la meta, ya que de un principio se plantea esperanzas de recuperación que van más allá de las posibilidades de rehabilitación, lo que origina que se muestre apático para iniciar con constancia el tratamiento.
- 2.- El individuo desea castigarse por no mejorar. Al respecto, Shilder P. (1965) dice: "Los sentimientos de culpabilidad ejercen un papel muy importante en la vida humana. No solamente tenemos al castigo, a raíz de actitudes de nuestra primera infancia, sino también creemos merecerlo".
- 3.- El disminuido físico desea dominar a los demás creando una fuerte dependencia. Suele ser muy frecuente que se presenten este tipo de actitudes, ya que busca en los demás a través de manifestaciones agresivas llamar la atención en un esfuerzo de reafirmar auto-

ridad y autoestima.

- 4.- El sujeto tiene datos falsos acerca de su estado físico. Es también muy común que el personal médico que atiende al individuo recién traumatizado se muestre indeciso en proporcionarle la información con veracidad y prefiere darle esperanzas de mejora de su situación actual, así también los familiares le ocultan la realidad de la gravedad de su estado, dándole falsas esperanzas de alivio; lo que provoca que a través del engaño puede socavarse su motivación para el tratamiento.
- 5.- El sujeto concede importancia excesiva a su cuerpo y capacidades corporales, de manera que la lesión, no solo es un obstáculo físico, sino la destrucción completa de la capacidad para defenderse.
- 6.- La persona ha establecido hábitos que originan ventajas secundarias nacidas de la incapacidad, esto suele verse en sujetos que dependen por completo de subsidios económicos, o bien, en individuos institucionalizados de mucho tiempo que tienen todo o casi todo, a cambio de nada, es decir, no intentan rehabilitarse, ya que es una amenaza a su seguridad de modo de vida.

7.- Para el individuo puede parecer que la situación ambiental no ofrece esperanzas y por lo tanto, el rehabilitarse carece de cualquier tipo de incentivo, ya que el futuro le parece que no le ofrece nada que merezca la pena. A é^llo puede contribuir una situación hogareña rechazante o infeliz, o bién un ambiente que realmente no ofrece oportunidades de cualquier tipo.

Como ya mencionaba con anterioridad, se debe de considerar el tipo y grado de motivación, ya que es la fuente indicadora de los procedimientos que se han de seguir, así pués, se puede mencionar el favorecer el acercamiento del paciente con otros individuos que han alcanzado logros en su tratamiento, tomar en cuenta y valorar el grado de motivación positiva del individuo, brindar apoyo psicoterapéutico y promover expectativas sociales gratificantes.

Anguera D. (1980) nos describe los diferentes pasos por los que atraviesa el lesionado medular, desde su traumatismo hasta su reincorporación social cuando la hay. Hace hincapié en que no se pueden describir reacciones únicas y puras, en respuesta a la toma de conciencia del estado de invalidez, ya que estas reacciones en intensidad y duración se darán de acuerdo a las características específicas de cada individuo.

Son esperadas como normales los estados de depresión, ansiedad, pena, posteriormente agresión, la cual puede darse positivamente cuando ésta es constructiva, esperanza de recuperación, pasividad, dependencia, compensación y situaciones de las que ya se ha hablado como son: la presencia de expectativas, las cuales serán determinantes en el tipo de actitud que toma el individuo, ya sea hacia la situación laboral, social y la actitud familiar.

Glorya H. (1980) dice que: los problemas que origina el impedimento puede depender mucho de la actitud del individuo. "Se ha comprobado que en muchas personas con graves limitaciones se consideran, así mismos particularmente impedidos, mientras que otros, con impedimentos relativamente ligeros, se consideran gravemente incapacitados".

Y este tipo de actitudes afecta a todos los aspectos de la vida del individuo. A menudo la opinión que una persona tiene de su incapacidad, le imposibilita más que la incapacidad misma. Algunas personas evitan a las que tienen problemas similares. Aunque su excusa que no tiene nada en común con ellos puede ser verdad, están bastante motivados por el miedo a que los identifiquen como "uno de ellos". Identificar las actitudes obstaculizantes y comprenderles, ayuda a cambiarlas y controlarlas, de modo que podamos evitar que una incapacidad se convierta en desventaja.

ASPECTO SEXUAL DEL PARAPLEJICO

Dado que lo que más interesa al presente estudio es analizar los aspectos relacionados con la sexualidad del parapléjico, a continuación se realizarán una serie de consideraciones que se han hecho al respecto.

Tradicionalmente en nuestro sistema social abordar el tema de la sexualidad, es difícil, ya que reviste gran contenido emotivo. Los estudios realizados sobre sexualidad en lesionados medulares son muy escasos, probablemente por falta de interés, ignorancia, tabús o conceptos erróneos de los profesionales que de alguna u otra forma tienen contacto con este tipo de comunidad. La mayoría de estudios realizados con este tipo de padecimientos se han enfocado a tratar de descubrir las repercusiones que origina la lesión a nivel anatómico-fisiológico dejando a un lado los problemas vivenciales en los que el individuo traumatizado de la médula se ve envuelto, especialmente en lo que a sexo se refiere.

Glorya H. (1980) señala que "La sexualidad no se gana con trabajo o con buenas acciones, ni se pierde como resultado de una herida o enfermedad". Toda persona, cualquiera que sea su sexo, edad o impedimento es un ser sexual. Todo individuo impedido o no, tiene derecho a ser informado sobre todos los aspectos del sexo, el derecho a la expresión sexual

y a entablar una relación íntima". Los individuos que quedan impedidos en una etapa en la que ya han experimentado relaciones sexuales, descubren que la sexualidad es un aspecto olvidado de la rehabilitación y que deben programarse ellos mismos su vida sexual, es muy común que a las personas con lesiones medulares se les considere asexuados, seres que no piensan en el sexo y que ni les interesa, no se escapan de esta creencia profesionales de la salud. Son los médicos quienes lógicamente se cree que deberían ser los primeros en proporcionar consejos y orientación, pero se encuentra que a menudo éstos sufren las mismas inhibiciones, eludiendo el tema o enmascarando declaraciones en términos clásicos, fuera del alcance de la comprensión del disminuido físico.

Para San Martín H. (1978), el problema parece ser más complicado en quienes cuidan del inválido, como son profesionales dedicados a la salud y a la administración de la rehabilitación, quienes han tenido algunos obstáculos emocionales mayores para aceptar el concepto de que la persona disminuida física es un ser sexual, al mismo grado que las personas que cuentan con integridad física.

El mismo concepto profundo se manifiesta por sí mismo en el campo de las actitudes hacia el sexo y la conducta sexual, ya que se ha desarrollado una multitud de supersticiones, conceptos erróneos y prejuicios, con el paso de los siglos y de manera distinta de una cultura a otra, pero que se basan

principalmente en ansiedad por la función corporal, la conducta sexual en el sentido de obtener más que una simple satisfacción física.

Si el tema de la incapacidad física es sensible por sí mismo y el del sexo lo es más aún ¿qué sucede cuando se combinan ambos, cuando la sensibilidad se multiplica, al considerar el sexo del disminuido físico? Se ha observado que tanto padres como profesionales en la rehabilitación consideran a los niños y a los jóvenes como asexuales, es decir, que carecen totalmente del sexo.

En el caso de los adolescentes disminuidos físicamente, el influjo que producen las hormonas, suelen ser motivo de vergüenza, la aparición de estos cambios también produce ansiedad en los que tienen relación directa con lesionados medulares, ya que la percepción que se tiene de los impulsos sexuales, la excitación y autosatisfacción sexual producen muchos más problemas que lo que sucede en el adolescente que está disminuido físicamente.

Por otra parte este mismo autor propone una lista de derechos con respecto a la conducta sexual del individuo traumatizado de la médula.

- Derecho a ser informado.
- Derecho a ser educado.
- Derecho a la expresión sexual.

- Derecho a casarse.
- Derecho a volverse padre.
- Derecho a recibir servicios de la comunidad.

Derecho a ser informado. Todas las personas tienen derecho a recibir información, ya sea por la escuela, hogar, iglesia, etc., pero pocas personas creen que en la actualidad la necesidad de ocultar la información a los adolescentes y adultos, con el objeto de conservar el misterio del sexo.

Hay pruebas demostrativas (no las proporciona) de que las personas con disminución física, saben menos sobre el sexo que sus contraparte no disminuidas físicamente. No hay ninguna razón lógica para que los disminuidos físicos deban estar informados sobre el sexo que las personas que disfrutan de la integridad física total.

Derecho a ser Educado. La educación de los jóvenes en la conducta sexual, es aún un objetivo de la sociedad, no importa que se efectúe en el ambiente familiar, religioso o educativo. Los padres, profesores y los adultos responsables, no pueden dar la espalda cuando los jóvenes solicitan o requieren orientación, puesto que en sí misma, esta reacción es una forma educacional negativa, que hace que los jóvenes asuman que los adultos están confundidos, que carecen de principios básicos y por lo tanto "todo llegará en su mo-

mento". La aceptación por los padres, profesionales y otros adultos, de que la persona disminuida física tiene identidad sexual es una condición indispensable para que se ofrezcan programas educativos sobre conducta sexual, con respecto al grupo de edad y a la naturaleza de la limitación.

Derecho a la expresión sexual. Los observadores modernos aceptan el hecho de que los jóvenes normales empiecen a expresarse sexualmente. Primero por medio de fantasías y luego a través del placer propio de la masturbación, seguido por jugueteos sexuales con el sexo opuesto y por último, el contacto sexual directo.

Si otros jóvenes empiezan su sexualidad en el campo de las fantasías, no hay razón por la que debe prohibirse o censurarse, esto a los disminuidos físicos. Algunos creen que el disminuido físico tiene algunos problemas técnicos para lograr placer sexual, le está permitido recibir ayuda del mismo modo que la recibiría para comer, andar, transportarse, usar el sanitario, etc. Si las personas disfrutan de la compañía de miembros del sexo opuesto no debe haber razón para que esto se le prohíba al disminuido físico. El hecho de que el individuo se encuentre internado en una institución está relacionado con su incapacidad, pero no debe recurrirse a ésto, como razón para no relacionarse con el sexo opuesto.

Derecho a casarse. Salvo por las limitaciones impuestas respecto a la edad, relaciones familiares, estabilidad mental, religión y raza (estas dos últimas en algunos países), todas las sociedades reconocen el derecho de los adultos del sexo opuesto a casarse. La felicidad o capacidad para lograr la suficiencia o la satisfacción sexual, no es considerada pre requisito de matrimonio. Se ha concedido este derecho a los físicamente disminuidos, pero indudablemente que todavía hay muchos problemas primordialmente en lo que concierne a nuestra propia sensibilidad al respecto.

Derecho a volverse padres. Nuevamente se está hablando de un derecho universal. Nadie ha propuesto alguna sugerencia seria que certifique la suficiencia que deben adquirir los adultos antes de volverse padres. Incluso el caso de las madres solteras, es asunto que ha hecho que se desarrollen los conceptos del castigo para la madre y el niño. No es la suficiencia o el derecho a la maternidad como tales: sino más bien indignación moral reactiva por la presencia de conducta sexual fuera de los lazos matrimoniales y preocupación por la falta de familia estable. Se ha demostrado (no presenta estudios), que los que sufren alguna disminución física, son capaces de ser padres adecuados, no hay diferencia entre los hijos de otras personas no disminuidas en cuanto a su condición de vida.

Derecho a recibir servicios de la comunidad. No hay razón por la que los traumatizados medulares, no deban beneficiarse con los servicios generales y específicos de la comunidad en los campos de orientación matrimonial, problemas sexuales, asesoramiento genético, planeación familiar, etc. Quizá las razones por las que no se benefician se encuentra en que no se dispone de servicios específicos, o bien que aún todavía algunos profesionales no aceptan la sexualidad en este tipo de población.

Ya se mencionó que resulta difícil jerarquizar las áreas de mayor problema en el disminuido físico; sin embargo, Hernán San Martín (1978), plantea las siguientes áreas relacionadas con la sexualidad.

- 1.- Imagen corporal alterada. Como factor principal, cuando consideramos que la sociedad occidental insiste en la actitud prejuiciada, en relación al funcionamiento o apariencia corporal, mayormente cuando se dice que los jóvenes deberían ser vigorosos y bellos.
- 2.- Amor propio disminuido. Este fenómeno puede ser causado por dependencia continua de una persona incapacitada, desde el principio de la infancia, o como resultado de regresión a un estado de dependencia, que se ha establecido en quienes sufrieron invalidez en la edad adulta.

3.- Identidad sexual y dificultades del papel sexual. Si se espera que un varón o una mujer con disminución física, actúen de cierta manera en la conducta social o en el funcionamiento sexual, y no se puede satisfacer esta esperanza a causa de limitaciones fisicas, se pueden producir dificultades en las relaciones sexuales, hasta que por fortuna, con reacciones y cambios positivos, se pueda alcanzar un nivel de estabilidad.

4.- Extensión y naturaleza de experiencia sexual como área problema. Con esto quiero indicar la extensión a la que la persona disminuida física está o ha estado abierta a la explotación sexual y, por otra parte, a la extensión a la que dicho disminuido físico puede haber usado su incapacidad para obtener favores sexuales de sus amigos, las personas relacionadas con ellos o quienes les asisten.

En definitiva que los sujetos con lesiones medulares tienen que amoldarse a las diversas situaciones que se presenten, que influyan en su sexualidad, pudiendo ser: la movilidad, las funciones escretoras, la apariencia física, interacciones a su entorno social, valores socio-culturales del momento y la valoración subjetiva de las pérdidas. Y si a ésto agregamos su

relación con el resto de las personas en la que se establece una relación humana "mutilada", con la repercusión sexual y afectiva que ello comporta.

Sánchez H. Maruja (1982), asegura que toda la influencia de la paraplejia sobre la sexualidad, provoca un trastorno psicológico que se caracteriza principalmente por una sensación de soledad, abandono, angustia, confusión y actitud negativa ante la vida. Estas respuestas se manifiestan de manera diferente dependiendo de la edad, sexo y el momento de contraer la afección, así como la anterior valoración o importancia de la sexualidad para el individuo. Señala que los factores que generalmente preocupan más al parapléjico, con respecto a la sexualidad son:

- 1.- Temor a las interferencias de la función escretora, durante el desarrollo del acto sexual.
- 2.- Temor a no conseguir pareja.
- 3.- Temor a no poder poner en práctica la información y experimentar las propias posibilidades, por no encontrar con quien mantener relaciones sexuales.
- 4.- Temor a perder la pareja por no satisfacerla sexualmente.

Según Rusk (1966), la situación se plantea de forma distinta para el hombre que para la mujer, ya que está, casi siempre es menos afectada que el hombre, ya que desde el punto de vista anatómico y fisiológico, el papel de la mujer es

en la esfera sexual, es más pasivo que el varón y la lesión no disminuye su receptividad por lo que no le impide satisfacción emocional. En el varón la lesión medular origina impotencia parcial o completa, ya que algunos estudios han comprobado que los parapléjicos impotentes experimentan más depresión, alejamiento, trastornos emotivos que los que conservan la potencia. Los primeros consideran su cuerpo inútil y plantean problemas más difíciles para enfrentarse de manera constructiva a los problemas de readaptación y rehabilitación.

D. Uyttendaele M. (1979). Así mismo este autor proporciona tres factores psicológicos importantes que influyen en la conducta sexual del parapléjico masculino.

Pérdida del atractivo físico: debido a incontinencia por disminución en el control de movimientos voluntarios, presencia de espasmos y contracturas antes y después del coito y el impacto psicológico que ocurre tras la pérdida de eyaculación y orgasmo, así como la dependencia del compañero para llevar a cabo el acto.

Temor de una falla: el intento muchas veces para confirmar la potencia sexual puede afectar de forma adversa el contacto sexual y resultar en una incapacidad repetido, por estar concentrando la atención exclusivamente en el aspecto técnico.

Nancy W. (1978) al respecto señala: el parapléjico re-
ciente puede estar preocupado por otro problema, como es la
falta de movilidad o el control de su intestino, más que su
funcionamiento sexual, hay que estar pendiente de los datos
que el lesionado medular puede aportar, los cuales pueden
ser no verbales como por ejemplo: los intentos de masturba-
ción o el contacto corporal con otras personas. Otros datos
pueden ser preguntas directas tales como: ¿Qué clase de mu-
jer puedo tener? o afirmaciones como "yo supongo que nunca
seré capaz de representar el papel de un verdadero marido
para mi mujer". Por otro lado, algunos individuos paraplé-
jicos pueden llegar a suponer que la función sexual nunca se
recuperará y por consiguiente evitan discutir este tema.

Por el contrario el Dr. Theodore Cole, Profesor de Medi-
cina Física de la Universidad de Minnessota, en un primer cur-
so que dió a 21 parapléjicos titulado "Curso de Sexualidad
para paraplejicos", encontró unanimidad por el grupo de le-
sionados medulares de que si se les daba a escoger entre lle-
var una vida sexual o recobrar sus movimientos y el poder
deambular, escogían lo primero, tan importante les parecía a
esos jóvenes disminuidos físicos, la función sexual, que pa-
ra recobrarla estaban dispuestos a sacrificar la marcha si
era preciso. En ese mismo curso se afirmó el descuido que
tienen los médicos acerca del desconocimiento de los proble-

mas psicológicos de la vida sexual de los lesionados medulares.
(Schwisheimer, 1976)

Por otra parte Fitzpatric (1974) afirma que, el disminuido físico al percibir que ha quedado paralizado y que ha perdido el control de vejiga, intestino y órganos sexuales puede llevarlo a una gran depresión, frustración, ansiedad y hostilidad. Para la mujer parapléjica la dificultad es menor, puesto que su papel en el matrimonio es físicamente pasivo sin sentir vergüenza de haber perdido su feminidad. Con la ayuda de un marido comprensivo pueden satisfacerse ambos y continuar una vida sexual relativamente normal. Sin embargo, cuando el hombre es el lesionado, la mujer debe ser agresiva y esto puede causar ansiedad en el hombre al imaginarse que perdió masculinidad. Sin embargo, seguido se piensa que el parapléjico puede adaptarse a la mayoría de las dificultades fisiológicas de su enfermedad y que su vida sexual es indispensable y menos importante para su bienestar que una vejiga y un intestino funcionando adecuadamente y que desgraciadamente, se tiene que resignar a una vida de celibato sexual, sin pensar en las consecuencias que esto puede traerle a su propia psiquis o a su pareja. Así pues, se encuentra que el parapléjico experimenta sensaciones de angustia, al preguntarse si su nivel de lesión le impedirán el adecuado funcionamiento sexual, las dudas sobre suficiencia, potencia

y del atractivo que ejerce hacia las otras personas.

T. Allas, R. Brissot (1979) por su parte afirman que es importante considerar la personalidad y el medio sociocultural del parapléjico, ya que estos factores encierran bastante variabilidad y al no tomarse en cuenta, no se le ayudará al sujeto a captar la importancia que tiene el lograr placer, el rol que juega la pareja y todo lo que una relación sexual puede conllevar, ya que frecuentemente, éstos refieren múltiples motivos para declararse incompetentes, desde el lograr una satisfacción completa hasta procrear un hijo, aduciendo de que teme tener un hijo minusválido por ser un padre o una madre lisiado, ser una segunda carga, etc. En fin, la información exacta y no condicionada y suficientemente oportuna adaptada a la personalidad del individuo influirá en sus elementos, tenga o no la capacidad de procreación. El miedo y la falta de información sobre tópicos sexuales, pueden impedir al lesionado un enfoque amplio y realista de la situación, ya que el aspecto sexual, es una parte de la necesidad básica del ser humano, de amar y ser amado y el deseo de expresar amor es tan real para los lesionados medulares, como para los demás.

Sanbhun Banik y Martin Mendelson (1978), requirió de proporcionar psicoterapia a un grupo de parapléjicos; 5 mujeres y 12 hombres. Estos lesionados medulares llegaron a la conclusión, de que la calidad de las relaciones entre la pareja era

de gran importancia para ajustarse a otros modos de conducta sexual. Se hizo hincapié que había que enfatizar la comprensión por parte de la esposa o de la amiga, ya que éste era un factor importante en las relaciones sexuales normales y se hacía aún más necesario cuando una de las partes está físicamente incapacitada.

Se hizo hincapié, en que la comprensión por parte de la esposa o de la amiga, jugaba un papel importante en la naturaleza de la relación sexual y esto era mucho más necesario, cuando una de las partes estaba físicamente incapacitada; un grupo de miembros mostró intensos temores de que podía ser rechazado por sus esposas, al no funcionar satisfactoriamente haciéndolos sentirse más inadecuados aún más de lo que ya estaban, algunos miembros sugirieron llevar a cabo relaciones sexuales con alguna prostituta, a fin de mejorar sus capacidades sexuales, con la esperanza que la mejoría podía utilizarse con la novia o con la esposa.

Los miembros femeninos del grupo en contraste con los masculinos, se resistían más a discutir sus problemas sexuales, si es que los tenían, ellas mostraban una tendencia a reprimirse y a sentirse incomodas cuando los asuntos sexuales eran discutidos, esto se evidenciaba más por el hecho de que raramente usaban el lenguaje vulgar en la discusión; un miembro femenino insinuó que no tenía problemas en el acto sexual

y que incluso había llegado a concebir un niño, otro miembro femenino indicó que solo fue necesario un ajuste en la posición para realizar el acto sexual y así resolver el problema, puede ser que los miembros femeninos se encontraban inhibidos, debido a que poseían estereotipos culturales acerca del sexo, como por ejemplo: ser como una dama o que tuvieran temores de expresarse a ellos mismos, su conducta fuera a ser interpretada como indicación de que estaba disponible para un encuentro sexual casual.

El autor siente que la educación sexual entre tales grupos de lesionados medulares debe ser parte de un programa terapéutico exitoso en un hospital o institución. Desgraciadamente la conducta sexual en cualquier forma, es considerada como un tabú en muchos hospitales, los autores piensan que alejar la discusión de un tema tan vital como es la sexualidad humana, puede llegar a exacerbar la ansiedad y desajuste de los traumatizados medulares.

Para concluir este capítulo, considero importante señalar que tuve la oportunidad de asistir a la Primera Reunión Nacional sobre Integración Social del Minusválido, promovida por el DIF y la Cruz Roja en la Ciudad de México, llevándose a cabo en el Auditorio Adolfo López Mateos, los días 28 y 29 de marzo de 1985.

En dicho evento pude percatarme que los ponentes en su gran mayoría eran personas que demostraron habilidad y experiencia en los tópicos que ahí se vertieron en relación al minusválido, me permito mencionar algunos de los temas que para mí tuvieron relevancia:

Análisis Histórico de la Invalidez (conferencia), Concepto de Invalidez y Minusvalfa (conferencia), La Sociedad como responsable para integrar al minusválido (conferencia magistral), Factores que inciden en la estructuración del proceso invalidante (simpósium 1a. parte), La Familia, La comunidad, La educación, La práctica médica (simpósium 2a. parte), entre otros se habló también de El trabajo, La legislación, La cultura, El deporte y la Recreación, El entorno físico. Debo confesar con extrañeza que a pesar de que sentí el programa bien estructurado, ninguno de los ponentes mencionó, ni tan solo por descuido, algo relacionado con la sexualidad del minusválido.

C A P I T U L O I I

A N T E C E D E N T E S

En el presente Capítulo se expondrá una revisión de estudios realizados en Estados Unidos de Norteamérica y México, que se relaciona con el tema de esta Tesis, pero que no incluyen población de sujetos que cursan con secuelas de algún proceso invalidante, ya que los estudios realizados en estas poblaciones se han referido a explicar procesos neuroatómicos y fisiológicos de su sexualidad y no de la influencia que ésta tiene en sus conocimientos y actitudes hacia el tema que ahora nos ocupa.

En Estados Unidos de Norteamérica se han elaborado investigaciones sobre actitudes y conocimientos sexuales de médicos.

Pauly (1971) demostró que el número de problemas que el médico detecta, está directamente relacionado con el conocimiento de tales problemas. Más de las dos terceras partes de los médicos que hacen historiales sexuales dentro de su rutina, identificaban serios problemas en casi la mitad de su pacientes. Esto corresponde a lo que Master y Johnson afirmaron, que casi la mitad de las parejas casadas de Estados Unidos tienen problemas sexuales. Ya es una creencia generalizada en nuestra cultura de que las personas no deben masturbarse, encontrándose que esto es una causa de sentimientos de culpabilidad en unos casos y sensación de suciedad en otros. Al respecto



Shere Hite inició en 1972 una investigación acerca de la sexualidad femenina, siendo una de sus partes dedicadas a la masturbación, encontrando que una gran mayoría y un alto porcentaje de ellas, declararon que habían disfrutado con la masturbación físicamente, pero habitualmente no de un modo psicológico. Algunas mujeres experimentaban sentimiento de culpabilidad al masturbarse, pero lograron superar el mismo. Otras mujeres no pudieron desinhibirse pero disfrutaron plenamente con ella. Casi todas las mujeres fueron educadas para que no se masturbaran; la mayoría de las mujeres opinaron que la importancia de la masturbación radica en su carácter de sustitutivo de la relación sexual (u orgasmo) con otra persona. Otras la vieron como una experiencia enriquecedora. Algunas mujeres opinaron también que la masturbación les había ayudado a mejorar su relación con otra persona; pero algunas mujeres la vieron como un medio de ganar independencia y confianza en sí mismas y otras más la describieron como un puro placer, importante por derecho propio.

Por lo que todos sabemos las actitudes hacia el sexo han cambiado rápidamente, sobre todo en relación a las actitudes sexuales prematrimoniales, las cuales cada vez son más aceptadas, sino por la sociedad, si por los jóvenes de recientes generaciones y mientras más recientes son más permisivos.

En un estudio sobre actitudes sexuales realizado por Bauman y Wilson con estudiantes solteros de la Universidad Americana, en 1968 y 1972, encontraron grandes diferencias relativas a la conducta sexual prematrimonial, por considerarla más aceptable para el hombre que para la mujer, concluyendo en general, que hombres y mujeres en 1972, reportaron mayor permisividad que los de 1968. También detectó en 1968, cerca del 50% de hombres y mujeres habían tenido relaciones sexuales antes del matrimonio, mientras que en 1972 el porcentaje se había incrementado a 70.

En lo que se refiere a las actitudes acerca de la masturbación Montoya Pérez (1980), en un estudio con adolescentes encontró que "los hombres aceptan mucho más la masturbación que las mujeres", ya que éstas consideran que "es una conducta enferma y que produce trastornos", cuya frecuencia en porcentaje es de 66 a 61 y de 39 a 27 respectivamente. Con referencia al aborto, en este mismo estudio, Montoya Pérez encontró, que tanto hombres como mujeres apoyan que "es mejor el aborto que el nacimiento de hijos no deseados". No obstante, se oponen a la legislación del aborto, siendo las mujeres en un porcentaje mayor.

Sauceda Flores (1975), realizó estudios en México con grupos de adolescentes masculinos basados en actitudes y conductas sexuales, encontrando que la edad en que inician la mas-

turbación es a los 13 años en promedio, con una frecuencia de dos veces por semana, en un 74% de esa muestra; el 33% de estos jóvenes afirman que esta práctica produce debilidad física; el 19% dicen que ocasiona pérdida de la memoria.

Tanit Varela (1980), elaboró una escala para medir varias actitudes entre ellas se encuentran algunas relacionadas con la valoración de las relaciones extramatrimoniales, en donde el 81% de las mujeres aceptan la idea de que sean censuradas por igual, en ambos miembros de la pareja y solo el 61% de los varones lo hacen, el 18% opinan en forma indecisa.

Entre otras investigaciones se puede citar el estudio realizado por Gleason Meza (1976) en su adaptación y estandarización de la prueba de actitudes y conocimientos sexuales, exclusivamente en la población de estudiantes de la carrera de Medicina, diseñada por Harold I. Lief y David M. Reed.

En un estudio realizado en 1981, por Martha Sánchez Oviedo y Maite Jaurena Ross, para ver si existían diferencias significativas entre estudiantes de medicina, psicología y física de la UNAM. Considerando estas diferencias en el aspecto de la formación académica de estos profesionales y así como también, si poseen la suficiente capacidad para manejar con propiedad las actitudes y conocimientos hacia el sexo en su re

lación con el paciente.

Las hipótesis principales que se mencionan en este trabajo son encontrar si hay o no diferencias significativas en las actitudes y conocimientos hacia el sexo entre los alumnos de psicología, medicina y física. Como segunda hipótesis se plantea si estos estudiantes poseen más conocimientos sobre el sexo, sus actitudes serán más o menos liberales.

El instrumento que se utilizó fue el SKAT (forma 2) estandarizado por Gleazon Meza en 1976, para poblaciones de estudiantes de medicina del Distrito Federal, el cual lo conforman 4 escalas: Relaciones heterosexuales, aborto, mitos sexuales y masturbación.

La muestra estuvo formada por 571 alumnos de primero y noveno semestre, de las Facultades de Psicología, Medicina y Física, la población se tomó al azar, sorteando a los grupos de estos semestres, hasta reunir el 10% de alumnos de cada carrera, el requisito era ser soltero y contestar todos los reactivos del cuestionario número uno de actitudes.

Se encontró que en la población en general los alumnos de Psicología, son más liberales en sus actitudes hacia los mitos sexuales, relaciones heterosexuales y aborto, que los de Medicina y Física, siendo éstos, igualmente de conservadores.

En cambio, en las actitudes hacia la masturbación entre física y psicología, resultó difícil asegurar que los alumnos de Psicología, sean más liberales que los de Física. En esta misma escala, los alumnos de medicina son conservadores en sus actitudes, se pone en tela de juicio que haya diferencias significativas en las actitudes hacia la masturbación en los alumnos de Psicología.

En cuanto a conocimientos de toda la población, es decir, sin discriminar semestres, se encontró que los tres sectores de estudio poseen los mismos conocimientos. También se encontró que sí hay correlación entre actitudes hacia el sexo y conocimientos de la población en general.

En una revisión bibliográfica que realizó Alejandro Vázquez Cruz en 1981, sobre "Sexualidad en lesionados Medulares", se puede observar en su contenido, referencias que describen aspectos anatómicos y fisiológicos del aparato genito-sexual humano, así mismo de la respuesta sexual en sus diferentes facetas. Hace una breve reseña de los tipos de parapléjias y sus niveles de afectación medular. En el capítulo relacionado a reportar los aspectos psicológicos de los lesionados medulares, describe la estructura de la personalidad con un enfoque freudiano, prestando especial atención al Yo, Ello y Super Yo y a las diferentes etapas del desarrollo (oral, anal, fálica, latencia, genital). Sin embargo, asegura que aunque nadie está exento de padecer neurósis, en los lesionados medulares las

que se presentan con mayor incidencia son: las de carácter, fóbica, hipocondriaca, histérica, angustia, depresiva y traumáticas. En este mismo capítulo hace mención a los diferentes roles que juega el lesionado medular, en relación con su sexualidad, partiendo de que las personas son seres sexuales y esto conlleva problemas de adaptación en la identidad sexual, siendo más perjudicial en el hombre que en la mujer y por ende pueden desarrollar conflictos en sus relaciones interpersonales, reflejándose en la dinámica familiar, social, escolar, la boral, etc.

Finalmente se concluye en este trabajo que las instituciones prestan mayor atención a instruir al lesionado medular, en su movilización, vaciamiento de vejiga, vestirse, transportarse, dejando a un lado la atención psicológica. Por otra parte propone una serie de sugerencias como: proporcionar psicoterapia de acuerdo a sus descompensaciones psicológicas, elaborar fichas de indentificación sexual con fines de tratamiento, proporcionar capacitación teórica de sexualidad sobre anatomía y fisiología sexual, proporcionar recursos para relaciones sexuales como son: almohadas, películas y revistas pornográficas.

Como se puede observar, se han explorado las actitudes y conocimientos sexuales en diversas poblaciones, pero en lo que refiere a comunidades de sujetos con impedimentos físicos, son pocos los reportes científicos que conlleven a proporcionar aportaciones en lo que a esta área y población se refiere.

C A P I T U L O I I I

M E T O D O

El objetivo del presente estudio consistió en investigar las actitudes y conocimientos hacia el sexo en poblaciones que tuvieron lesiones medulares, cuyo diagnóstico fue: parapléjia, de ahí que se planteará el siguiente problema: ¿cual es la actitud y conocimiento sexual que tiene el paciente parapléjico? Esto dió como resultado que se crearán las siguientes:

HIPOTESIS PRINCIPALES

1. Ho. No hay diferencias significativas en los conocimientos hacia el sexo, entre los pacientes parapléjicos.

H_1 Hay diferencias significativas en los conocimientos hacia el sexo, entre los pacientes parapléjicos.
2. Ho. No hay diferencias significativas en las actitudes hacia el sexo, entre los pacientes parapléjicos.

H_1 . Hay diferencias significativas en las actitudes hacia el sexo, entre los pacientes parapléjicos.
3. Ho. Si los pacientes parapléjicos poseen más conocimientos sobre sexo, entonces sus actitudes no serán liberales.

H_1 . Si los pacientes parapléjicos poseen más conocimientos sobre sexo, entonces sus actitudes serán liberales.

HIPOTESIS SECUNDARIAS

1. H_0 . No hay diferencias significativas en los conocimientos hacia el sexo, entre los pacientes parapléjicos del sexo masculino y femenino.

H_1 . Hay diferencias significativas en los conocimientos hacia el sexo, entre los pacientes parapléjicos del sexo masculino y femenino.

2. H_0 . No hay diferencias significativas en las actitudes hacia el sexo, entre los pacientes parapléjicos del sexo masculino y femenino.

H_1 . Hay diferencias significativas en las actitudes hacia el sexo, entre pacientes parapléjicos del sexo masculino y femenino.

Escenario. La investigación se realizó en el Hospital para Enfermos Crónicos, situado al Nororiente de la Ciudad de México, el cual es dependiente de los Servicios Coordinados de Salud Pública en el Estado de México, de la Secretaría de Salud. Uno de los principales objetivos de atención que tiene

el Hospital, es atender pacientes que cursen con padecimientos en el sistema neuro-músculoesquelético, destacando síndromes tales como: paraplejia, hemipléjia, artritis reumatoide, secuelas de poliomielitis, traumatismo craneoencefálico entre otros.

Población. La población total de estudio estuvo formada por 57 sujetos que se encontraban internados en el hospital para Enfermos Crónicos, dependiente de la Secretaría de Salud, los cuales representaban un 17.54% (325 pacientes), del total de los pacientes allí atendidos de estancia prolongada.

La población se tomó considerando el diagnóstico de base que presentaban los pacientes, dicho diagnóstico fue tomado en relación al expediente clínico, con una previa reevaluación realizada por un médico general de la Institución, esto con el fin de establecer un mejor control en cuanto a una posible evolución que el paciente pudiera tener de su padecimiento, asentado en su expediente clínico.

Para efectos del presente estudio, a partir de aquí, se seleccionaron aquellos sujetos que reunieran los siguientes criterios de inclusión:

- 1°.- Ser lesionados medulares con diagnóstico de paraplejia.

2o.- Que no rebasaran una edad de 50 años y menores de 17.

3o.- Que no cursaran con trastornos de orden psiquiátrico.

4o.- Asimismo que hubieran contestando todos los reactivos del cuestionario número 1, por lo que las variables que se controlaron en la presente investigación, fueron sexo y edad, fundamentalmente.

Además se contó con información referente al estado civil, (Anexo No. 4), tiempo de estancia hospitalaria (Anexo No. 2), tiempo del padecimiento (Anexo Nos. 5 y 6) y religión (Anexo No. 7).

Esta como información complementaria de tipo estadístico que de ninguna manera influyen en el objetivo de este trabajo.

Como resultado de esta selección, la muestra quedó integrada por 34 sujetos.

A continuación se presentan los cuadros 1, 2 y 3 en donde el primero, muestra la frecuencia de distribución total de la población de estudio por edad y sexo, así como condiciones mentales. En el cuadro 2 se puede observar la frecuencia de la muestra de estudio por grupos de edad y sexo, y por último, en el cuadro 3 se observa la muestra de estudio por padecimiento y sexo.

CRITERIOS DE INCLUSION O EXCLUSION POR SEXO*

CUADRO 1

CONCEPTO	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL
50 AÑOS Y -	26	8	34
51 AÑOS Y +	16	2	18
PSIQUIATRICOS	4	1	5
T O T A L :	46	11	57

* Aplicando los criterios de exclusión se encontró que la población que quedó sujeta a estudio son: 34; 26 hombres y 8 mujeres, el resto quedó excluida.

PACIENTES PARAPLEJICOS POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO

CUADRO 2

GRUPOS DE EDAD	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL
17 - 21	3	0	3
22 - 26	3	2	5
27 - 31	3	1	4
32 - 36	5	1	6
37 - 41	2	0	2
42 - 46	5	3	8
47 - 51	5	1	6
TOTAL :	26	8	34

PACIENTES PARAPLEJICOS POR SEXO

CUADRO 3

S E X O	F	Fr
MASCULINO	26	76.47
FEMENINO	8	23.53
T O T A L	34	100

En total se excluyeron a 23 sujetos, los cuales como puede observarse en el cuadro No. 1, rebasaron el límite de edad para ser incluidos y por otra parte, los que fueron considerados psiquiátricos, según el expediente clínico, en donde se encontraba asentada valoración psiquiátrica, en las cuales se observó que los criterios que usaron para el diagnóstico, fue la exploración del campo de la conciencia, orientación temporoespacial, afectividad y trastornos en el curso del pensamiento.

Instrumento. El instrumento que se utilizó en la presente investigación, se basó en las dos primeras partes del Test de Actitudes y Conocimientos Sexuales (SKAT, forma 2), rediseñado por H. I. Lief y D. M. Reed del Centro de Estudios de Educación Sexual en Medicina, de Filadelfia, Pa., E.U.A., en 1972. Este Test se encuentra formado por cuatro partes, que contienen un total de 149 reactivos de opción múltiple y de falso/verdadero. Se utiliza para describir "grupos" y no para asesorar o brindar diagnóstico "individual". En esencia, este instrumento fue diseñado dentro del campo de la enseñanza para valorar cursos sobre la sexualidad humana y, dentro de la investigación científica, como una herramienta para las ciencias sociales. A continuación se mencionarán de manera breve los contenidos del SKAT y, posteriormente, se describirán con más amplitud las dos primeras secciones que utilizamos, por ser la base de los objetivos de esta investigación.

- Sección I. Actitudes (35 reactivos)
Sección II. Conocimientos (71 reactivos)
Sección III. Información Básica (6 reactivos)

PRIMERA SECCION. ACTITUDES

Esta parte contiene 35 reactivos de opción múltiple, con cinco alternativas de respuesta, tipo Likert. Mide 4 escalas, explorando las actitudes hacia las Relaciones Heterosexuales (RH), Mitos Sexuales (MS), Masturbación (M) y Aborto (A). Mediante el uso de este cuestionario se puede obtener una respuesta por cada reactivo y una puntuación grupal de cada escala.

DESCRIPCION DE LAS ESCALAS

Escala de Relaciones Heterosexuales RH. Se refiere a la actitud general del individuo hacia las experiencias heterosexuales, pre y extramatrimoniales. Los individuos con un alto puntaje, miran las relaciones premaritales como aceptables (o aún deseables para individuos de ambos sexos) y consideran las relaciones extramaritales como potencialmente benéficas, más que dañinas en cuanto a relaciones maritales de las personas involucradas. Los puntajes bajos, implican una actitud conservadora o de desaprobación hacia las relaciones pre y extramaritales.

Escala de Mitos Sexuales (MS). La escala de Mitos Sexuales está relacionada con la aceptación o rechazo del individuo de falsos conceptos existentes sobre sexualidad. Los individuos de niveles sociales bajos tienen impulsos y respuestas sexuales más intensas, la posesión de información anticonceptiva es a menudo un estímulo para la promiscuidad, etc. Las escalas bajas indican la aceptación de estos conceptos falsos.

Escala de Marturbación (M). La escala está relacionada con las actitudes hacia la permisibilidad de actividades masturbatorias. Los individuos con altos puntajes ven la estimulación autoerótica como un medio saludable de aliviar las tensiones y obtener placer sensorial. Los puntajes altos también indican el sentimiento de que no debe prohibirse a los jóvenes de ambos sexos, las prácticas autoeróticas. Los puntajes bajos sugieren una orientación que considera a la masturbación como una práctica dañina a la salud y que debe ser prohibida por los padres.

Escala de Aborto (A). La escala de Aborto se relaciona con los sentimientos generales del individuo desde el punto de vista general, social, médico-legal. Los puntajes altos implican una orientación que ve el aborto como una aceptable forma de control natal y que debe ser permitida cuando sea deseada por la madre. Las puntuaciones bajas sugieren una orientación

que considere al aborto como una forma de homicidio que debe ser conservada bajo una supervisión médica estricta.

SEGUNDA SECCION. CONOCIMIENTOS

Esta parte contiene 71 reactivos de falso/verdadero, acerca del conocimiento sexual humano, explorando aspectos psicofisiológicos y sociales, los cuales se someten a tratamiento estadístico.

Procedimiento. El procedimiento que se siguió fue traducir del inglés al español, las secciones I y II del SKAT, a fin de darle puntaje a los reactivos del cuestionario de Conocimientos Sexuales, fue valorado por 3 médicos de la Institución, cuando existió concordancia en el reactivo correspondiente en su respuesta dada, se tomó como correcto, asimismo cuando 2 de los médicos coincidían en una sola respuesta, también se le consideró correcta, por lo que a las respuestas que fueron evaluadas como correctas, se les asignó valor de un punto, en caso contrario se les otorgó cero puntos.

Para efectos de validar y darle significación al cuestionario de conocimientos del SKAT que se aplicaría a los pacientes, se llevó el procedimiento antes mencionado, en la puntuación que se obtuvo de cada uno de ellos se aplicó la prueba de CHI cuadrado, con un nivel de significación de 0.05 lo cual permitió obtener los resultados siguientes:

Valor obtenido		Valor de la tabla	Grados de libertad
χ^2 5.95	>	3.84	1
χ^2 0.5704	>	3.84	1
χ^2 0.0070	>	3.84	1
χ^2 6.5299	>	7.81	3

Lo anterior fue necesario realizarlo, en virtud de que el SKAT no establece en la sección de conocimientos, que es lo que debemos de entender por cierto o falso, según la respuesta de cada reactivo. Con el objeto de asegurar el entendimiento conceptual y sintáctico de ambos cuestionarios, se realizó un estudio piloto con un grupo de pacientes de ambos sexos, los cuales no deberían tener una edad mayor de 50 años y no tener padecimientos psiquiátricos, siendo un total de 13 hombres y 7 mujeres, cuyos resultados de los conceptos desconocidos fueron los siguientes:

Tabla. Conceptos que se modificaron por ser desconocidos por un grupo de pacientes.

CONCEPTOS DESCONOCIDOS	FRECUENCIAS		TOTAL	
	Hombres	Mujeres	Frec.	%
1.- Promiscuidad	11	6	17	16.03
2.- Orogenital	7	6	13	12.26

3.- Autoestimulación	4	1	5	4.71
4.- Abolidas	5	3	8	7.54
5.- Auge	5	4	9	8.49
6.- Placer sensorial	8	3	11	10.37
7.- Orgasmo	4	4	8	7.54
8.- Condon	2	4	6	5.66
9.- Clitoridea	10	6	16	15.09
10.- Moldeada	8	2	10	9.43
11.- Histerectomía	11	4	15	14.15
12.- Estimulación sexual sin penetración	2	0	2	1.88
13.- Convicto	5	3	8	7.54
14.- Castración	6	3	9	8.49
15.- Constitución corporal	2	0	2	1.88
16.- Distintivos	5	4	9	8.49
17.- Masturbación	3	3	6	5.66
18.- Exhibicionistas	3	1	4	3.77
19.- Latentes	5	3	8	7.54
20.- Orogenital	5	4	9	8.49
21.- Impotencia Secundaria	5	4	9	8.49
22.- Inseminación Artificial	4	4	8	7.54
23.- Promiscuidad	3	1	4	3.77
24.- Escencial	3	2	55	4.71
25.- Circuncidado	8	4	12	11.32
26.- Eyaculación	4	3	7	6.60
27.- Método del ritmo	4	2	6	5.66

28.- Juego sexual	3	0	3	2.83
29.- Ducha	6	4	10	9.43
30.- L.S.D.	4	2	6	5.66

En base a estos resultados se adaptaron algunos reactivos y se anotó el significado de los conceptos desconocidos. La versión final del material (anexo 1) quedó integrada la siguiente forma:

- 1) Cuestionario No. 1 de Actitudes con 35 reactivos de opción múltiple con 5 alternativas de respuesta:

- A) Estoy completamente de acuerdo.
- B) Estoy de acuerdo.
- C) No se que contestar.
- D) No estoy de acuerdo.
- E) Estoy completamente en desacuerdo.

- 2) El cuestionario No. 2 de Conocimientos con 71 reactivos y dos opciones de respuesta.

1. Cierto (C)
2. Falso (F)

- 3) Una hoja tamaño oficio de respuesta donde se indicaban el número de cuestionario, número de respuesta y las opciones de respuesta.

En la portada del material se inscribieron las instrucciones generales, acerca del objetivo de la investigación, forma de contestar los cuestionarios, procedencia de la misma, al igual la discreción con que serían manejados los datos proporcionados. Además se inscribieron instrucciones específicas en el encabezado de cada cuestionario, indicando las alternativas de respuesta, en cada uno de ellos.

Aplicación. La aplicación de los cuestionarios se llevó a cabo a partir de agosto a octubre de 1985. Estos cuestionarios se administraron de forma individual, la aplicación en su mayor parte, se hizo por la mañana y estaba sujeta a la disposición del paciente, o bien a las indicaciones que daba el médico tratante, por el estado de salud que guardaba el paciente, ya que se presentaron casos en que había que esperar a que el paciente se reestableciera de alguna intervención quirúrgica, o bien de algún malestar que le estaba aquejando. A los pacientes seleccionados, se les invitaba de uno en uno a participar en la investigación, explicándoseles el objetivo y bondades de ésta y, la discreción con que sería manejada la información, además que los cuestionarios eran anónimos, esto les permitía mayor confianza y por consiguiente una mayor sinceridad al contestar los reactivos.

Toda explicación se dió leída textualmente, tal y como está especificada en la portada del material, así como las instrucciones específicas, indicadas en el encabezado de cada cuestionario, ésto con el fin de evitar que hubiera la influencia de variables que no pudieran ser controladas.

Las preguntas les eran repetidas más de una vez, cuando el sujeto así lo solicitaba. El examinador anotaba en la hoja de respuesta, la opción que el sujeto emitía verbalmente, dichas opciones estaban anotadas en un cartoncillo de 25X30 Cms. Al término de la aplicación de cada cuestionario se procedía a revisar la hoja de respuestas, a fin de verificar que todos los reactivos estuvieran contestados. Sin embargo, cuando algún sujeto dejó sin contestar alguno o algunos reactivos, se le invitó a que era importante no dejar reactivos sin contestar. Afortunadamente y para fines estadísticos más precisos; los sujetos contestaron absolutamente todas las preguntas, por lo que no hubo necesidad de desechar a nadie de la presente investigación por este concepto.

TRATAMIENTO ESTADISTICO

El método estadístico que se siguió fue paramétrico porque los datos están basados en una escala, lo suficientemente fuerte como para permitir las operaciones aritméticas necesarias para llevar a cabo los procedimientos paramétricos.

La calificación y tratamiento de los datos se realizó en forma manual, mediante 2 cuestionarios del SKAT (forma 2) y se aplicaron los estadísticos siguientes: análisis de varianza, calificación Z , media, desviación standar, coeficiente de correlación. Dichos estadísticos permitieron conocer la media de la distribución (medida de resúmen de tendencia central) aunado a ésto, saber cual es la dispersión (extensión o variación) de los datos alrededor de la media (medidas de dispersión). Regla de decisión para aceptar o rechazar la hipótesis nula de acuerdo con el nivel de significación, así como saber si existe alguna correlación entre los dos grupos.

El procedimiento fue el siguiente:

- 1.- Se excluyeron los sujetos parapléjicos que no cumplan con los requisitos del grupo de edad, considerados para la muestra, menores de 17 años y mayores de 50, así como los que presentaron padecimientos de tipo psiquiátrico.
- 2.- Se agruparon los reactivos en base a cada una de las actitudes que integran la escala del cuestionario número 1, a los cuales se les dió una calificación ponderada, que osciló entre 1 y 5, según el peso de las normas del SKAT.

- 3.- Se sumaron las puntuaciones de cada escala. Se obtuvieron 4 por cada sujeto, siendo esta la puntuación cruda. Este procedimiento se hizo de la misma manera para todos los sujetos.
- 4.- La puntuación cruda del cuestionario de conocimientos, se obtuvo sumando las respuestas correctas. Se otorgó un punto por reactivo cuando su contestación era acertada, en caso contrario, se dió cero puntos. Esto mismo se realizó con todos los sujetos.
- 5.- En base a las puntuaciones crudas, se procedió a la aplicación de los estadísticos mencionados por ser una técnica estadística que presentó estimar diferencias significativas entre medias, utilizando la varianza y comparar simultáneamente varios conjuntos. La fórmula es:

$$S = \frac{\sum (X - \bar{X})^2}{N - 1} *$$

En donde,

S^2 , es igual a la varianza

$\sum (X - \bar{X})^2$, es la suma de los cuadrados

N , es el número de sujetos

$N-1$, son los grados de libertad

La suma de cuadrados se calcula así:

$$\sum (X - \bar{X})^2 = \sum X^2 - \frac{(\sum X)^2}{N}$$

En donde,

$\sum X^2$, es la suma de los cuadrados de los datos y,

$\frac{(\sum X)^2}{n}$, es cuadrado de la suma de los datos, dividido entre el número de ellos y que se le denomina factor de corrección.

* Para poblaciones pequeñas se utiliza $S^2 = \frac{\sum (X-\bar{X})^2}{N-1}$

Paso 1. Se colocaron en columna las puntuaciones crudas de los 34 sujetos de la muestra que en este caso, son las puntuaciones de actitudes hacia los Mitos Sexuales, quedando de la siguiente manera:

MITOS SEXUALES (M. S.) (HOMBRES)

PERSONAS FRECUENCIA F	PUNTUACION X	FX	X ²	X- \bar{X}	(X- \bar{X}) ²
2	17	34	578	-5.92	70.09
2	18	36	648	-4.92	48.41
2	19	38	722	-3.92	30.73
1	20	20	400	-2.92	8.53
1	21	21	441	-1.92	3.69
5	22	110	2420	-0.92	4.23
2	23	46	1058	0.08	0.01
2	24	48	1152	1.08	2.33
2	25	50	1250	2.08	8.65
4	26	104	2704	3.08	37.95
2	29	58	1682	6.08	73.93
1	31	31	961	8.08	65.29
$\Sigma N=26$	275	596	14016	0.04	353.84

$$\bar{X} = \frac{FX}{F} = \frac{596}{26} = 22.92$$

MITOS SEXUALES (M.S.) (MUJERES)

PERSONAS FRECUENCIA F	PUNTUACION X	FX	X ²	X- \bar{X}	(X- \bar{X}) ²
1	18	18	324	-5.38	28.94
2	22	44	968	-1.38	3.81
3	24	72	1728	0.62	1.15
1	26	26	676	2.62	6.86
1	27	27	729	3.62	13.10
EM=8		187	4425		53.88

$$\bar{X} = \frac{\sum X}{N} = \frac{187}{8} \quad s^2 = 6.73$$

$$\bar{X} = 23.38 \quad s = 2.77$$

Paso 2. Se eleva al cuadrado cada dato y se obtiene la suma:

$$\text{Hombres} \quad \sum X^2 = 14016$$

$$\text{Mujeres} \quad \sum X^2 = 4425$$

$$\text{Total} \quad \sum X^2 = 18441$$

Paso 3. Se suman los datos:

$$\text{Hombres} \quad \sum X = 596$$

$$\text{Mujeres} \quad \sum X = 187$$

$$\text{Total} \quad \sum X = 783$$

Paso 4. Para encontrar el factor de corrección se busca N en donde:

$$N = 26 + 8 = 34$$

Factor de corrección

$$F_c = \frac{(\sum X)^2}{N}$$

$$F_c = \frac{(783)^2}{34} = \frac{613089}{34}$$

$$F_c = 18032$$

Paso 5. Con el factor de corrección se obtiene la suma de los cuadrados:

$$S_{CTT} = \sum X^2 - Fc$$

$$S_{CTT} = 18441 - 18032$$

$$S_{CTT} = 409.0$$

Paso 6. Se calculan las desviaciones de las medias de cada grupo con la medida general. La $\sum X^2$ en esta ocasión, está dada por los totales de las columnas, las cuales resultan de los sumandos correspondientes de este modo:

$$\frac{(\sum X)^2}{N}$$

$$\text{Hombres } \frac{(\sum X)^2}{N} = \frac{(596)^2}{26}$$

$$\text{Mujeres } \frac{(\sum X)^2}{N} = \frac{(187)^2}{8}$$

$$\text{Hombres } 13662.2$$

$$\text{Mujeres } 4371.1$$

$$\text{Total } \sum X^2 = 18033.3$$

Paso 7. Se obtiene la suma de cuadrados entre tratamientos:

$$SCE + \sum X^2 - Fc$$

$$SCE = 18033.3 - 18032$$

$$SCE = 1.3$$

Paso. 8. Como cada muestra o grupo tiene su propia variabilidad interna, o sea, la existencia entre un sujeto cualquiera y la media de su grupo. Así que cada uno tiene su propia suma de cuadrados.

$$\text{Hombres } \Sigma X^2 = 14016$$

$$N = 26$$

$$\text{Mujeres } \Sigma X^2 = 4425$$

$$N = 8$$

$$\text{Hombres } Fc = \frac{14016}{26} \quad Fc=539.1$$

$$\text{Mujeres } Fc = \frac{4425}{8} \quad Fc=553.1$$

$$\text{Hombres } SCF = \Sigma X^2 - Fc$$

$$\text{Hombres } SCF = 14016 - 539.1$$

$$\text{Hombres } SCF = 13476.9$$

$$\text{Mujeres } SCF = \Sigma X^2 - Fc$$

$$\text{Mujeres } SCF = 4425 - 553.1$$

$$\text{Mujeres } SCF = 3871.9$$

Paso 9. Las sumas de cuadrados es:

$$\text{Total} = SCTT (\Sigma X)^2 \text{ Hombres} + (\Sigma X)^2 \text{ Mujeres}$$

$$\text{Total} = SCTT 14016 + 4425$$

$$\text{Total} = \text{SCTT } 18441$$

$$\text{Total} = \text{SCTT Fc (hombres)} + \text{Fc (mujeres)}$$

$$\text{Total} = \text{SCTT} = 539.1 + 553.1$$

$$\text{Total} = \text{SCTT} = 1092.2$$

Paso 10. Se buscan los grados de libertad para:

A) El total $N-1$; $34-1=33$

B) Los grupos; $2-1 = 1$

C) Dentro de grupos; $2(34-1)-66$

Paso 11. Se obtienen los cuadrados medios o varianza, mediante la fórmula:

Varianza

$$s^2 = \frac{\sum (X - \bar{X})^2}{N-1}$$

$$s_1^2 = \frac{\text{SCE}}{A}$$

$$s^2 = \frac{1.3}{33}$$

$$s^2 = 0.04$$

$$s_2^2 = \frac{\text{SCTT}}{C}$$

$$s_2^2 = \frac{1092.2}{66}$$

$$S_2^2 = 16.55$$

Paso 12. A fin de estimar en forma significativa la diferencia entre ambas varianzas, se utilizó la calificación "z" para comprobar si la diferencia entre medias de dos poblaciones era significativa por resultado del azar, para la cual se utilizó la siguiente fórmula estadística:

$$z = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{\sqrt{\frac{S_1^2}{N_1} + \frac{S_2^2}{N_2}}}$$

En donde:

Z, es la calificación que indica las diferencias significativas entre las dos muestras.

\bar{X}_1 , es la media aritmética de la primera muestra.

\bar{X}_2 , es la media aritmética de la segunda muestra.

S_1 , es la desviación estandar de la primera muestra.

S_2 , es la desviación estandar de la segunda muestra.

N, es igual al número de casos de ambas muestras.

El nivel de significancia empleado fue de 0.05 o de 5% teniendo como consecuencia, un 95% de confianza en la toma de decisiones, o 5 ocasiones en 100 de rechazar una hipótesis, cuando debería ser aceptada, siendo por esta razón la frontera de decisiones de 1.96 que corresponde al valor de Z.

Formulando, por lo tanto, la regla de decisiones de la siguiente manera.

Si el valor que se obtenga de Z, es mayor de 1.96 la prueba será significativa, hecho que induce a rechazar H_0 , aceptando la Hipótesis Alternativa, o bien, si el valor que se obtiene de Z es menor de 1.96, la prueba no será significativa, aceptándose la Hipótesis Nula, rechazándose la Hipótesis Alternativa.

A fin de obtener el resultado de la calificación, se procedió a obtener la media aritmética y la desviación estándar, mediante las fórmulas siguientes:

$$\text{Media : } X = \frac{\sum fX}{\sum f}$$

En donde : X, es igual a la media aritmética de la muestra.

$\sum f$, es la sumatoria total de las frecuencias.

f, es igual a la frecuencia con que ocurre una respuesta.

X, es igual al punto medio de las frecuencias.

Desviación estandar:

$$S = \sqrt{\frac{\sum fX^2}{N} - \frac{(\sum fX)^2}{N}} *$$

En donde: $\frac{\sum fX^2}{N}$ es la suma de los cuadrados de los datos dividida entre el número de ellos y

$\frac{(\sum fX)^2}{N}$ es el cuadrado de la media aritmética.

* Para pequeñas poblaciones se utiliza:

$$S = \frac{\sum fX^2 - \frac{(\sum fX)^2}{N}}{N-1}$$

N-1

Utilizando la calificación Z

$$Z = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{\sqrt{\frac{S_1^2}{N_1} + \frac{S_2^2}{N_2}}}$$

$$Z = \frac{22.92 - 23 - 38}{\sqrt{\frac{0.04}{26} + \frac{16.55}{8}}}$$

$$z = \frac{-0.4600}{2.0703}$$

$$z = \frac{+}{-} 0.2222$$

Paso 1. Se seleccionan y ordenan las puntuaciones crudas de los cuestionarios de actitudes y conocimientos sexuales, para la elaboración de tablas de distribución de frecuencias, en este caso ejemplificaremos el procedimiento con las puntuaciones crudas de Mitos Sexuales; Actitudes (X), Conocimientos Sexuales (Y).

(X) MITOS SEXUALES Y CONOCIMIENTOS (Y)

	X£Y	Y£+	XY	X ²	Y ²
1	25	37	925	625	1369
2	22	32	704	484	1024
3	23	29	667	529	841
4	19	33	627	361	1089
5	26	31	806	676	961
6	18	30	540	324	900
7	20	30	600	400	900
8	23	34	782	529	1156
9	17	40	680	289	1600
10	24	28	912	576	1444
11	29	25	1015	841	1225
12	26	29	754	676	841
13	29	35	1015	841	1225
14	17	35	595	289	1225
15	25	25	625	625	625
16	24	29	696	576	841
17	18	30	540	324	900
18	31	37	1147	961	1369
19	19	33	627	361	1089
20	26	31	806	676	961
21	22	35	770	484	1225
22	21	42	882	441	1764
23	26	28	728	676	784
24	22	34	748	484	1156
25	22	26	572	484	676
26	22	34	748	484	1156
27	27	33	891	729	1089
28	26	33	858	676	1089
29	24	38	912	576	1444
30	24	31	744	576	961
31	18	32	576	324	1024
32	22	47	1034	484	2209
33	22	29	638	484	841
34	24	31	744	576	961
£	783	1126	25908	18441	37964

Paso 2. Se multiplica X y Y y se obtiene la suma, la cual se multiplica por el total de la población.

$$\begin{aligned}\Sigma XY &= (25) (37) + (22) (32) + \dots + (24) (31) \\ &= 25908\end{aligned}$$

$$N\Sigma XY = 34 (25908) = 880,872$$

Paso 3. Se suman las X por un lado y las Y por otro y luego estos totales se multiplican.

$$\Sigma X = 783$$

$$\Sigma Y = 1126$$

$$(\Sigma X) (\Sigma Y) = (783) (1126) = 881,658$$

Paso 4. Se obtiene la resta de los resultados obtenidos en los pasos 2 y 3.

$$N\Sigma XY - [(\Sigma X) (\Sigma Y)]$$

$$880,872 - 881,658 = -786$$

Paso 5. Se obtienen los cuadros de cada variable y se suman.

$$\Sigma X^2 = (21)^2 + (18)^2 + \dots + (16)^2 = 18441$$

$$\Sigma Y = (37)^2 + (32)^2 + \dots + (31)^2 = 37964$$

NOTA: El mismo tratamiento estadístico se utilizó para buscar la correlación entre las actitudes y Conocimientos Sexuales en el resto de las escalas.

Paso 6. Se multiplica el número de sujetos por la suma de los datos elevados al cuadrado.

$$NEX^2 = 34 (18441) = 626,994$$

$$NEY^2 = 34 (37964) = 1'290,776$$

Paso 7. Se suman los datos de cada variable y el total se eleva al cuadrado.

$$\begin{aligned} (\Sigma X)^2 &= (25 + 22 + \dots + 22 + 24)^2 = (783)^2 \\ &= 613,089. \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} (\Sigma Y)^2 &= (37 + 32 + \dots + 29 + 31)^2 = (1126)^2 \\ &= 1'267,876. \end{aligned}$$

Paso 8. Se obtiene la resta del total en el paso 6 menos el total en el Paso 7.

$$NEX^2 - (\Sigma X)^2 = 626,994 - 613,089 = 13905$$

$$NEY^2 - (\Sigma Y)^2 = 1290,776 - 1'267,876 = 22,900$$

Paso 9. Se multiplican entre sí los 2 resultados obtenidos en el paso 8 y se obtiene su raíz cuadrada.

$$\sqrt{[NEX^2 - (\Sigma X)^2] [NEY^2 - (\Sigma Y)^2]} = \sqrt{(13,905) (22,900)}$$

$$= 17844.45292$$

Paso 10. Se divide el resultado obtenido en el Paso 4 entre el obtenido en el paso anterior:

$$r = \frac{-786}{18965.50289} = -0.0440473016$$

Este resultado nos indica que la correlación entre Actitudes y los Conocimientos Sexuales es muy baja.

CAPITULO IV

RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados obtenidos, de acuerdo a las hipótesis planteadas, después de haber tratado estadísticamente toda la información de los dos cuestionarios a los parapléjicos.

HIPOTESIS DE TRABAJO

De acuerdo a la muestra que se manejó y a los criterios de inclusión y exclusión (Cuadro No. 1, Cap. III), los resultados que se obtuvieron fueron los siguientes:

HIPOTESIS PRINCIPALES

1. Ho. No hay diferencias significativas en los conocimientos hacia el sexo, entre los pacientes parapléjicos.

Se rechaza

2. Ho. No hay diferencias significativas en las actitudes hacia el sexo, entre los pacientes parapléjicos.

Se acepta

3. Ho. Si los pacientes parapléjicos poseen más conocimientos sobre sexo, entonces sus actitudes serán liberales.

Se rechaza

HIPOTESIS SECUNDARIAS

1. Ho. No hay diferencias significativas en los conocimientos hacia el sexo, entre los pacientes parapléjicos del sexo masculino y femenino.

Se acepta

2. Ho. No hay diferencias significativas en las actitudes hacia el sexo, entre los pacientes parapléjicos del sexo masculino y femenino.

Se acepta

C A P I T U L O V

ANALISIS DE RESULTADOS

La finalidad primordial de este trabajo, es obtener información de los conocimientos y actitudes sexuales que tiene el paciente parapléjico y la influencia de éstos, en su vida de relación intrahospitalaria, de tal manera que permitan incluir en los programas ya establecidos aspectos en materia de sexualidad.

Considerando, que los Conocimientos y Actitudes hacia el Sexo, juegan un papel determinante en la vida del ser humano y más aún, cuando este aspecto se ve limitado por circunstancias de tipo biológicas, se analizarán a continuación los resultados expuestos en el capítulo anterior.

Se encontró que la muestra estudiada, tanto en hombres como mujeres en términos generales, que sus conocimientos sexuales son bajos; asimismo en sus actitudes, en Relaciones Heterosexuales, Mitos Sexuales, Masturbación y Aborto son similares.

Por lo que respecta a la escala de Relaciones Heterosexuales el puntaje, tanto en hombres como en mujeres fue muy bajo, por lo que se puede considerar que la actitud sexual de ambos sexos es de franca desaprobación hacia las experiencias heterosexuales pre y extramatrimoniales, por lo que su actitud en este sentido, será conservadora, no aceptando cambios de los patrones establecidos al respecto.

En la escala referente a los Mitos Sexuales, también la puntuación es baja en ambos sexos, por lo que es indicador de un nivel social bajo, pero con impulsos sexuales muy intensos, aceptando conceptos falsos sobre sexualidad.

En la escala de Autoerotismo (masturbación), consideran a ésta como dañina para la salud y que debe prohibirse, esto provoca que se traduzca en tensión por la prohibición misma a la que es sujeta, además que socialmente es un acto que está prohibido realizar.

Por lo que se refiere al Aborto al igual que las anteriores, la puntuación obtenida en ambos sexos fue baja, lo cual es indicador de que consideran el aborto como un homicidio y por consiguiente que debe prohibirse por ser una forma inaceptable de control natal.

En la calificación Z con un 95% de confianza en la toma de decisiones (Cuadro 2), los resultados indican que existen elementos para aceptar Ho. Es decir no hay diferencias entre hombres y mujeres en cuanto a sus Conocimientos y Actitudes.

Con la correlación "r" de Pearson se buscaba conocer si existía alguna relación entre Conocimientos, El Sexo y las Actitudes, si tomamos en cuenta que para que exista, debe estar cerca de 1, los resultados nos indican claramente que no existe correlación alguna (Cuadro 3).

ACTITUDES Y CONOCIMIENTOS SEXUALES EN PACIENTES PARAPLEJICOS DEL SEXO MASCULINO Y FEMENINO

CUADRO 1

A R E A	SECTOR	FRONTERA DE DECISIONES	TOMA DE DECISIONES
I. ACTITUDES			
Mitos Sexuales	Hombres, Mujeres	0.2222	Se acepta Ho
Relaciones Heterosexuales	Hombres, Mujeres	0.256	Se acepta Ho
Aborto	Hombres, Mujeres	0.3132	Se acepta Ho
Masturbación	Hombres, Mujeres	0.7713	Se acepta Ho
II. CONOCIMIENTOS	Hombres, Mujeres	0.04404	Muy baja

ACTITUDES HACIA EL SEXO DE PACIENTES PARAPLEJICOS

CUADRO 2

E S C A L A S	MEDIA		CALIF. Z	FRONTERA DE DECISIONES		TOMA DE DECISIONES
	Masc.	Fem.				
				0.05		
Mitos Sexuales	22.92	23.38	- 0.2222	- 1.96	1.96	Se acepta Ho
Relaciones Heterosexuales	20.65	21.38	- 0.2561	- 1.96	1.96	Se acepta Ho
Aborto	21.58	22.38	- 0.3132	- 1.96	1.96	Se acepta Ho
Masturbación	19.56	18.38	- 0.7713	- 1.96	1.96	Se acepta Ho

CORRELACION DE ACTITUDES Y CONOCIMIENTOS SEXUALES DE UNA POBLACION DE PARAPLEJICOS

CUADRO 3

E S C A L A S	VALOR "r" DE PEARSON
Mitos Sexuales	- 0.0440
Relaciones Heterosexuales	- 0.0123
Aborto	- 0.1827
Masturbación	0.4116

Correlación "r" de Pearson entre actitudes y Conocimientos Sexuales de la población total de estudio por escalas de Actitud.

C A P I T U L O V I

C O N C L U S I O N E S

1. Considerando que la muestra estudiada nos indica que los Conocimientos de Sexualidad son bajos * y tomando en cuenta que las personas que fueron sujetas a estudio, tienen una estancia prolongada (Anexo 2), podríamos pensar que los programas de salud dirigidos a éstos, adolecen en su contenido de información sobre sexualidad.
2. Se observa que los Conocimientos sobre Sexualidad son similares en los pacientes, por lo que se puede pensar, que el tiempo de estancia hospitalaria no es determinante en la adquisición de Conocimientos sobre Sexualidad.
3. Se encontró que tanto hombres como mujeres aceptan conceptos erróneos sobre sexualidad, lo que hará probablemente más difícil la aceptación de los Programas de Salud Rehabilitatoria establecidos, puesto que de no resolver favorablemente sus inquietudes acerca de la sexualidad y de la suya propia, agravaría su sentido de identidad, pues la sexualidad por sí misma conduce más prontamente otra conducta, ya sea con expresiones hacia sí mismo, hacia otros y hacia la vida, simbolizándose a través de los genitales y relaciones eróticas y de una manera más concreta hacia una situación interna.

De los puntos anteriores se desprende que es necesario fortalecer la investigación en el área de la sexualidad de tal manera, que por un lado se puede capacitar al personal que ahí labora, fundamentalmente aquellos que directamente atienden a individuos con estancias prolongadas y por otro lado, establecer programas institucionales a la población hospitalizada en donde se observe que por secuelas del padecimiento su sexualidad se encuentre afectada. Lo anterior podría ser motivo de gran influencia, a fin de que la actitud de estas dos poblaciones se modifique en lo relativo a la sexualidad en traumatizados medulares. Seguramente que al lograr ésto, la población de pacientes será la más favorecida, ya que sus mecanismos de adaptación y autocrítica se fortalecerían, no solo en el aspecto sexual, sino en otros que lo conlleven a participar más activamente en aspectos de orden psicosocial al aceptar los programas de rehabilitación ya establecidos.

4. Es deseable que se cuente con un presupuesto para establecer una infraestructura suficiente, que permita establecer programas sobre sexualidad para toda la población hospitalizada, de tal forma que se crea la necesidad de obtener los recursos básicos necesarios para el desarrollo óptimo de los Programas de Salud a

una forma más integral.

5. En las instituciones de Salud del país, siguen la tendencia marcada en el extranjero, que es la de enfocar a los lesionados medulares desde la perspectiva médica, olvidándose de que se deben tratar a los pacientes dentro del contexto bio-psico-social, que permita una comprensión amplia de ser humano.

C A P I T U L O V I I

LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

LIMITACIONES

1. El instrumento utilizado (SKAT Forma 2) no está estandarizado en población de individuos con lesiones medulares, fue creado para comunidad de estudiantes universitarios en Estados Unidos y estandarizado en México para dicha población.
2. En México no se encuentran referencias de investigaciones sobre Actitudes y Conocimientos Sexuales, en individuos traumatizados de la médula espinal y específicamente en parapléjicos. Esto tiene repercusiones importantes en el presente estudio, toda vez que no se encuentran referencias bibliográficas específicas que permitan conocer si los resultados obtenidos en el presente estudio, puedan ser comparados en poblaciones de este tipo de individuos de origen mexicano.
3. Considerando que la presente investigación se limitó a un hospital en donde se atiende a personas con múltiples padecimientos crónicos y de estancia prolongada, impidió que se pudiera contar con una muestra más representativa en este tipo de pacientes, por lo que los resultados solo se aplican a la población aquí reportada.

4. La muestra estudiada de lesionados medulares del presente estudio, no se le consideró por nivel de lesión, sino únicamente por diagnóstico.

5. No se tomaron en cuenta para efectos del estudio, información referente al estado civil, tiempo de padecimiento, tiempo de estancia hospitalaria y religión, ya que se manejó como información complementaria de tipo estadístico, que de ninguna manera se incluía dentro del objetivo del presente trabajo.

SUGERENCIAS

1. Es deseable que el SKAT se estandarice para comunidad de pacientes con lesiones medulares, ya que ello permitiría mayor solidez en los resultados y por consiguiente se crearían mejores alternativas, para enfrentar la problemática existente en lo relacionado al campo de la sexualidad de los traumatizados medulares.
2. Difundir las investigaciones realizadas o que se realicen en el futuro, así como promover los estudios tendientes a explorar las áreas del conocimiento y actitudes sexuales, de tal manera que se cuente con elementos propios que conlleven a tener un marco de referencia, acorde con la idiosincrasia de la población mexicana.
3. Hacer extensiva este tipo de investigación, a una muestra mayor de la aquí estudiada, a través de la captación de lesionados medulares que reciben atención en instituciones con estancia corta, por los Servicios de Consulta Externa, o bien, a través de Centros que proporcionan atención en medicina de rehabilitación física.
4. Sería interesante realizar posteriores estudios como el que aquí se presenta, pero considerando en la muestra, nivel de lesión, ya que ello precisaría el grado de

afectación sexual, lo que permitiría comparar si los resultados que se obtengan, tienen alguna influencia en el campo comportamental del lesionado medular dentro de este contexto.

5. Incluir en los objetivos de investigaciones que se realicen en lesionados medulares, los cruces de variables que tengan un mayor control de las mismas, para así realizar conclusiones más amplias.

6. Es importante que se investigue la conducta sexual de los lesionados medulares, por medio de técnicas psicométricas y técnicas proyectivas, que exploren conceptos de su sexualidad que permitan una descripción y explicación de la misma en términos más amplios.

B I B L I O G R A F I A

B I B L I O G R A F I A

ADELA ABAD, LUIS A. SERVIN.- Introducción al Muestreo.- Edit.
LIMUSA, México 1979.

A. ESTIN COMARR BERENICE: GUNDERSON.- La Función Sexual de la
Paraplejia y Cuadripléjia Postraumá-
tica. American Journal of Nursing,
U. S. A. 1975.

A. GROSSIORD P.A. CHAPELLE.- El Segmento medular afectado.- Rev.
Neurol, pag. 729-740, Paris 1978.

ALEX COMFORT M.B.- Sexual Consequences of Disability. Ed. Sti-
ckley Company 1978.

A. MASSARELLI - F. LAMBERTI BOCCONI.- Brevi Note Sulla Funzione
Sensuale nel Paraplegico.Rev. Europa
Mediocophsica. Italia, Roma 1973.

BORS, E., Y COMARR.- Urological Survey 10: 191- - 222. U. S. A.
1960.

CAMPRUBI, M. Y CURCOLL, M. L.- "La Orientación del lesionado me-
dular en el Programa de Rehabilitación"
MAPRE, Madrid 1976.

CIBEIRA J. B.- Rehabilitación del Parapléjico. Eudeba, Buenos
Aires 1976.

COGSWELL, B. E. "Elf - Socialization; Readjustment of Paraple-
jics in the community" en J; Stubbins
(dir.), Social and Psychological aspects
of Disability. University Park Press,
Baltimore 1977.

- DIAZ PEREIRA, J.- "Aspectos Psicosociales de la recuperación del parapléjico". SEREM, Madrid 1977.
- DR. SCHWELLSHEIMER W.: - La Vida Sexual de los Parapléjicos, Germany, West 1976.
- D. UYTENDALLE, M. DHOGHE:- Acta Ortopédica, Medicina Física, Belgica 1979.
- ERNEST R. GRIFFITH, M.D.: - Sexualidad e Incapacidad. Edit. Sciences Press, 1978, U.S.A.
- FRED N. KERLINGER.- Investigación del Comportamiento. Edit. Interamericana, México 1975.
- FUSTONONI, O.- Semiología del Sistema Nervioso. 10a. Edic., Edit. El Ateneo, Buenos Aires 1978.
- GEORGE DEVEREUX.- De la ansiedad al método en las ciencias del Comportamiento. Edit. Siglo Veintiuno S. A., México 1983.
- GLORIA HALE Y COLAB.- Manual para Minusválidos. Edic. H. Blume, España 1980.
- HENRY EY. P. BERNARD.- Tratado de Psiquiatría. 8a. Edic. Toyar Masson, S.A., Barcelona 1978.
- HERANT A. KATCHADOURIAN.- La Sexualidad Humana. Edit. Fondo de Cultura Económica, México 1983.
- HERANT A. KATCHADOURIAN.- Las Bases de la Sexualidad Humana. Edit. C.E.C.S.A., México 1983.
- HERNAN SAN MARTIN.- Salud y Enfermedad. Medicina Sexual, Chile 1978.
- HITE, SHERE.- El Informe Hite Sobre Sexualidad Masculina. Edit. Plaza & Janes, S. A. 1a. Edic. España

ña 1981.

HITE, SHERE.- El Informe Hite. Estudio de la Sexualidad Femenina, varia Plaza & Janes, S.A., Editores, 3a. Edición, España 1978.

HORACE B. ENGLISH.- Diccionario Manual de Psicología. Librería El Ateneo 1951.

HOWARD C. WARREN.- Diccionario de Psicología. Fondo de Cultura Económica 1984.

IGNACIO MENDEZ R.- El Protocolo de Investigación. Edit. Trillas. México 1984.

JACK LEVIN.- Fundamentos de Estadísticas en la Investigación Social. Ed. Harla. México 1979.

JOHN GAGNON.- Sexualidad y Conducta Social, Edit. PAX-MEX. México 1980.

KERR, N. "Staff Expectation for disabled Persons; Helpful or Harmful" en J. Stubbins (dir.), Social and Psychological Aspects of Disability, University Park Press, Baltimore 1977.

LAWRENCE C. KOLB.- Psiquiatria Clínica Moderna. Edit. Prensa Médica Mexicana, Novena Reimpresión 1978.

LIEF, H. Y DAVID M. REED. Sex Knowledge and Attitudes Test. Second Edition, Dept. of Psychiatry, University of Pennsylvania, School of Medicine 1972.

- MA. BLANCA ANGUERA D.- El Lesionado Medular Traumático. Edit. Trillas, España 1979.
- MC GUIGAN.- Psicología Experimental. Edit. Trillas, México 1977.
- MONTOYA PEREZ LUZ MA.- Actitudes y Conducta Sexual en una Muestra de Estudiantes de Preparatorias Oficiales. Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología, U.N.A.M. México 1980.
- MORAGAS, R. REHABILITACION.- Un Enfoque Integral. Ministerio de Trabajo, Barcelona 1974.
- NANCY FUGATE WOODS.- Sexualidad Humana en Medicina. Ed. Marín, España 1978.
- NAVA S. JOSE.- Neuroanatomía Funcional. Edit. Impresiones Modernas S. A., México 1979.
- PAUL SCHILDER.- Imagen y Apariencia del Cuerpo Humano. Ed. Paidós, Buenos Aires, Argentina 1886-1940.
- PRIMERA REUNION NACIONAL SOBRE INTEGRACION SOCIAL DEL MINUSVALIDO.- Promovida por el DIF y Cruz Roja, el 28 y 29 de marzo de 1985, en la Ciudad de México, D. F.
- RINCON, CASANDRA E.- La Imagen Corporal. Su Valor Psicológico. Ed. PAX-MEX, México 1971.
- SANBHUN BANIK, MARTIN A MENDELSON.- Psicoterapia a un Grupo de Parapléjicos, Mental Healt Division, U.S.A., 1974.

- SANCHEZ HIDALGO M.- Importancia Psíquica de la Sexualidad en el Paciente Parapléjico. Rev. Enfermería, España 1982.
- SANCHEZ OVIEDO MARTHA E.- Correlación de Actitudes y Conocimientos frente al Sexo de tres Sectores Universitarios, entre Estudiantes de Primero y último Semestre de Psicología, Medicina y Física a través de SKAT (forma II), Tesis de Licenciatura en Psicología, U.N.A.M., México 1981.
- SCHILDER P.- Tratado de Psicoterapia, Paidós, Buenos Aires. 1965.
- SCHILDER P.- Imagen y Apariencia del Cuerpo Humano. Ed. Paidós, Buenos Aires 1958.
- SIDNEY SIEGEL.- Estadística no Paramétrica. Edit. Trillas, México 1978.
- SIGUAN, M.- "Psicopedagogía de los Niños Inválidos Motóricos", Anuario de Psicología Núm. 1, Barcelona 1969.
- SIMON, J. I.- "Emotional Aspects of Physical Disability", The Amer. Jour of Occup. Therapy, Vol. XXV, Núm. 8. Nueva York 1971.
- T. ALLAS, R. BRISSOT.- Aspectos Psicológicos de la Sexualidad en los Lesionados Medulares. Anales de la Medicina Física, Bélgica 1979.

- VARELA ESCARZA, L. T.- Actitudes de los Estudiantes Universitarios hacia unos problemas de Actualidad. Tesis de Licenciatura en Psicología. U. N. A. M., México 1980.
- VAZQUEZ C. ALEJANDRO.- La Sexualidad en el lesionado Medular. Tesis de Licenciatura en Psicología. U.N.A.M. México 1981.
- WILLIAM F. FRIZPATRICK.- Función Sexual del Paciente Parapléjico. Archivos de Medicina de Rehabilitación Física. Vo. 55, U.S.A., 1974.
- WILLIAM H. MASTERS Y VIRGINIA JOHNSON.- Respuesta Sexual Humana. Ed. Intermedica S.A.I.C.I., Buenos Aires, Argentina 1981.
- WILLIAM H. MASTERS Y VIRGINIA JOHNSON.- Incompatibilidad Sexual Humana. Ed. Intermédica, Buenos Aires 1981.

A N E X O S

ANEXO 1

ESTE TRABAJO FORMA PARTE DE UNA INVESTIGACION CIENTIFI-
CA SOBRE EDUCACION SEXUAL EN EL HOSPITAL PARA ENFERMOS CRONI-
NICOS.

A CONTINUACION DEBERAS CONTESTAR DOS CUESTIONARIOS, DE
LOS CUALES DARAS UNA SOLA RESPUESTA POR CADA PREGUNTA CUANDO
ESTA SE TE HAGA. NO HAY RESPUESTAS BUENAS NI MALAS, NI TAM-
POCO ES NECESARIO QUE ME DIGAS TU NOMBRE, SOLO DIRAS TU EDAD,
SEXO, ESTADO CIVIL, TIEMPO DEL PADECIMIENTO, TIEMPO DE ESTAN-
CIA EN EL HOSPITAL Y RELIGION. LO UNICO QUE TE PIDO ES SINCE-
RIDAD EN TUS RESPUESTAS.

ANOTARE TUS RESPUESTAS DE CADA CUESTIONARIO EN HOJAS ES-
PECIALMENTE ELABORADAS POR CADA UNO.

MANTEN LA SEGURIDAD DE QUE LOS DATOS QUE ME PROPORCIONES
SERAN MANEJADOS DE MANERA CONFIDENCIAL.

TE AGRADEZCO LA COOPERACION Y SINCERIDAD EN LA CONTESTA-
CION A LAS PREGUNTAS.

MUCHAS GRACIAS.

CUESTIONARIO # 1

INSTRUCCIONES:

Las siguientes oraciones expresan diferentes opiniones de la conducta sexual en nuestra sociedad, para cada oración se proporcionan las cinco alternativas siguientes de respuesta, tú deberás escoger la que expresa mejor tu opinión, diciéndome la letra que corresponda a tu alternativa.

Alternativas:

- A) Estoy completamente de acuerdo
- B) Estoy de acuerdo.
- C) No sé que contestar.
- D) No estoy de acuerdo.
- E) Estoy completamente en desacuerdo.

No pienses mucho las respuestas, contesta cada oración y dá una sola respuesta para cada pregunta.

PREGUNTAS

- 1.- La difusión de la educación sexual está causando un aumento en las relaciones sexuales antes del matrimonio.
2. La masturbación mutua entre 2 o más varones a menudo es precursora de una conducta homosexual.

- 3.- Las relaciones sexuales fuera del matrimonio casi siempre son dañinas para él mismo.
- 4.- El aborto debería permitirse cada vez que la mujer embarazada lo deseara.
- 5.- Tener información acerca de métodos anticonceptivos a menudo es una invitación a la promiscuidad (relaciones sexuales con muchas personas).
- 6.- Aliviar la tensión mediante la masturbación es una práctica saludable.
- 7.- Las relaciones sexuales antes del matrimonio son moralmente indeseables.
- 8.- El juego sexual orogenital (mamar o chupetear el pene o la vagina) indica un deseo excesivo de placer físico.
- 9.- Los padres deberían impedir que sus hijos se masturben.
- 10.- Las mujeres deberían tener relaciones sexuales antes del matrimonio.
- 11.- El aborto es un asesinato.
- 12.- Debería prohibirse a las muchachas que se autoestimulen (masturbarse) sexualmente.
- 13.- Todas las leyes contra el aborto deberían ser abolidas (quitadas).

- 14.- Deberían tomarse severas medidas legales contra los homosexuales.
- 15.- Debería haber una ley que exigiera una junta médica para aprobar el aborto.
- 16.- Las relaciones sexuales deberían ocurrir solo entre parejas casadas.
- 17.- El hombre de clase baja tiene un impulso sexual mayor que el de otras clases.
- 18.- La sociedad debería ofrecer el aborto como una forma aceptable para el control de la natalidad.
- 19.- En general la masturbación es dañina.
- 20.- Un médico debería estar obligado a informar al marido o a los padres de cualquier mujer a la que él ayudara abortar.
- 21.- Hoy en día la promiscuidad (relaciones sexuales con muchas personas) está en auge (lo hacen mucho) en las universidades.
- 22.- Los abortos deberían ser desaprobados bajo cualquier circunstancia.
- 23.- Los hombres deberían tener relaciones sexuales antes del matrimonio.
- 24.- Los varones deben ser animados a masturbarse.

- 25.- Los abortos no deberían permitirse después de la vigésima semana de embarazo.
- 26.- La experiencia de ver desnudos a los miembros de la familia, suscita curiosidad en los niños.
- 27.- Las relaciones sexuales antes del matrimonio entre adultos que están de acuerdo, deberían ser aceptadas por la sociedad.
- 28.- Los abortos terapéuticos (practicados cuando el embarazo amenaza la salud de la madre y/o producto) deben limitarse a los hospitales.
- 29.- La masturbación entre niñas es una causa frecuente de frigidez (incapacidad de la mujer para experimentar placer sexual).
- 30.- Las mujeres de la clase baja se caracterizan por ser muy ardientes sexualmente.
- 31.- El aborto es un mal mayor que el de traer al mundo a un niño no deseado.
- 32.- Debe prohibirse la mutua masturbación durante la infancia.
- 33.- La virginidad entre muchachas solteras debe fomentarse en nuestra sociedad.

- 34.- Las relaciones sexuales fuera del matrimonio pueden ocasionar una mejor relación matrimonial entre la pareja casada.
- 35.- La masturbación es aceptable cuando el objetivo es simplemente búsqueda de placer sensorial (sentirse bien por tocarse y acariciarse los órganos genitales).
- 36.- ¿Cuál es tu sexo:
- A) Femenino B) Masculino
- 37.- ¿Cuál es tu estado civil?
- A) Soltero B) Casado C) Divorciado
- D) Viudo E) Unión Libre
- 38.- ¿Cuánto tiempo hace que tienes tu padecimiento?
- A) De 1 a 9 años B) De 10 a 18 años
- C) De 19 a 27 años D) De 28 a 36 años
- E) De 37 a 45 años F) De 46 años en adelante.
- 39.- ¿Cuánto tiempo hace que ingresaste al hospital?
- A) De 1 a 7 años B) De 8 a 14 años
- C) De 15 a 21 años D) De 22 a 28 años
- E) De 29 a 35 años F) De 36 años en adelante
- 40.- ¿Cuál es tu religión?
- A) Católica B) Judía C) Evangelista
- D) Otra E) Ninguna

41.- Dentro de qué grupo de años cumplidos se encuentra tu edad?

- A) De 17 a 21 años
- B) De 22 a 26 años
- C) De 27 a 31 años
- D) De 32 a 36 años
- E) De 37 a 41 años
- F) De 42 a 46 años
- G) De 47 a 51 años.

CUESTIONARIO # 2

INSTRUCCIONES:

Algunas de las siguientes oraciones son falsas y otras ciertas, hasmelo saber según tu consideración.

Ejemplos:

Los embarazos pueden ser interrumpidos sin peligro, en cualquier momento, mediante el uso de ciertas drogas

CIERTO

FALSO

Las drogas, marihuana, LSD, frecuentemente estimulan el impulso sexual.

CIERTO

FALSO

Contesta todas las oraciones y dá una sola respuesta por cada pregunta.

PREGUNTAS

- 1.- Durante la menopausia (retiro de la regla) pueden ocurrir embarazos.
- 2.- La mayoría de los sistemas morales y religiosos que existen en el mundo, condenan las relaciones sexuales antes del matrimonio.
- 3.- La ansiedad afecta diferentemente el momento del orgasmo (sensación sexual máxima) en los hombres y en las

mujeres.

- 4.- Una mujer no tiene capacidad fisiológica para tener un orgasmo como el hombre.
- 5.- No hay diferencia entre el hombre y la mujer con respecto a la edad de máximo impulso sexual.
- 6.- El incesto (relaciones sexuales entre padres e hijos, entre hermanos, tíos y sobrinos) es más frecuente en las familias de clase baja que en las familias de clase alta.
- 7.- El uso del condón (anticonceptivo que usa el hombre) es el más confiable de los diversos métodos anticonceptivos.
- 8.- Un hombre casado de 25 años tiene tantas probabilidades de mezclarse o de tener relaciones sexuales fuera del matrimonio como un hombre casado de 40 años.
- 9.- Los embarazos pueden ser interrumpidos sin peligro, en cualquier momento, mediante el uso de ciertas drogas.
- 10.- En las mujeres hay dos tipos de respuestas fisiológicas orgásmicas, una del clitoris y otra de la vagina.
- 11.- La impotencia casi siempre es un desorden psicológico.
- 12.- Los transvestistas (hombres que les gusta vestirse de mujer) son homosexuales.

- 13.- Hace una generación había tantas relaciones sexuales antes del matrimonio como las hay ahora.
- 14.- Las actitudes sexuales de los niños son moldeadas (que se hacen) por la literatura erótica.
- 15.- En algunos matrimonios exitosos el ajuste sexual puede ser muy deficiente.
- 16.- Es más probable que los hombres homosexuales sean más creativos que los hombres no homosexuales.
- 17.- Una mujer que ha tenido una histerectomía (cuando le quitan el útero) puede experimentar orgasmo durante la relación sexual.
- 18.- La homosexualidad surge del aprendizaje y de experiencias adquiridas y condicionadas.
- 19.- La estimulación sexual sin penetración (se excita tocándose y viéndose) tiende a producir una respuesta fisiológica más intensa que las que produce la penetración en la relación sexual.
- 20.- Comúnmente los convictos (presos) por graves crímenes sexuales son aquellos que comenzaron por ofensas o delitos sexualmente menores.
- 21.- Uno de los resultados inmediatos de la castración (quitar los testículos) en el hombre adulto es la impotencia.

LA 10034942

- 22.- La constitución corporal (forma del cuerpo) de la mayoría de los homosexuales no tienen rasgos que los distinguen.
- 23.- La masturbación (tocar o acariciar los órganos sexuales para sentir placer) en una persona casada es signo de falta de ajuste matrimonial.
- 24.- Los exhibicionistas (personas que les gusta enseñar su cuerpo o partes de él) son homosexuales latentes (son homosexuales sin aparentarlo).
- 25.- El orgasmo femenino es indispensable para la fecundidad.
- 26.- Solamente una pequeña minoría en todas las parejas casadas ha experimentado alguna vez juegos sexuales orogenitales (mamar o chupetear el pene o la vagina).
- 27.- La impotencia es la causa de esterilidad más frecuente.
- 28.- Ciertos alimentos hacen al individuo mucho más susceptible a la estimulación sexual.
- 29.- Un alto porcentaje de los que cometen ofensas contra niños, se encuentran entre amigos y parientes de los niños.
- 30.- La mayoría de la gente cree que las relaciones sexuales prematrimoniales son aceptables socialmente.

- 31.- La devoción religiosa no tiene relación con la aceptación o rechazo de las relaciones prematrimoniales por miembros de nuestra sociedad.
- 32.- Ahora hay procedimientos médicamente confiables para interrumpir el embarazo después de los 3 primeros meses.
- 33.- El 25% de los hombres mayores de 70 años tienen una vida sexual activa.
- 34.- El comienzo de la impotencia secundaria (dificultad en la erección por problemas de salud) a menudo se asocia con la influencia del alcohol.
- 35.- Amamantar al niño protege a la madre de salir embarazada.
- 36.- En nuestra cultura algunas conductas homosexuales son parte normal del crecimiento.
- 37.- Para producir el orgasmo femenino durante la relación sexual, se necesita el contacto directo del pene con el clitoris.
- 38.- Durante un período de tiempo que sigue al orgasmo, las mujeres no pueden responder a más estimulación sexual.
- 39.- En algunas jurisdicciones legales, la inseminación artificial (meter espermatozoides en la vagina sin me-

ter el pene) por un donante, puede hacer a la mujer susceptible a ser juzgada por adulterio.

- 40.- La promiscuidad sexual habitual (relaciones sexuales entre muchas personas) es consecuencia de un impulso superior al normal.
- 41.- Cerca de la mitad de los hombres casados han tenido relaciones extramatrimoniales hacia los cuarenta y pico de años.
- 42.- La impotencia en hombres mayores de 70 años es casi universal.
- 43.- Se puede demostrar que ciertas condiciones de inestabilidad mental y emocional son causadas por la masturbación.
- 44.- Es más probable que las mujeres que han tenido varios compañeros sexuales antes del matrimonio sean más infieles después del matrimonio que otras.
- 45.- El daño emocional provocado en un niño por violación o seducción se le atribuye más a las actitudes de los padres que a la experiencia misma.
- 46.- El desajuste sexual es la principal causa de divorcio.
- 47.- La estimulación directa del clítoris es esencial (necesaria) para que la mujer alcance el orgasmo.

- 48.- La mayoría de los hombres conserva su interés sexual, hasta una edad más avanzada que la mayoría de las mujeres.
- 49.- El hombre circuncidado (cuando le quitan el gorrito que cubre la cabeza del pene) tiene más problemas con la eyaculación (salida de espermatozoides) que el hombre no circuncidado.
- 50.- Muchas personas de mediana edad o mayores se masturban.
- 51.- La gente de clase socioeconómica baja usa con más frecuencia diferentes posiciones en sus relaciones sexuales.
- 52.- Los individuos que violan a alguien, tienen un impulso sexual excepcionalmente fuerte.
- 53.- El método del ritmo (las parejas no toman medicamentos para embarazarse, sino que llevan a cabo relaciones sexuales en días que no quedan embarazadas, del 8vo. al 14vo. día de la regla no se hacen) si se usa correctamente el método del ritmo es tan efectivo como las pastillas para prevenir el embarazo.
- 54.- Los exhibicionistas no están más predispuestos que otros a cometer crímenes sexuales.

- 55.- La capacidad para concebir puede presentarse bastante tiempo después de la menarquía (primera regla en la mujer).
- 56.- Muchas mujeres erróneamente se auto-consideran frías (incapacidad en la mujer para experimentar placer sexual).
- 57.- La menopausia (retiro de la regla) en una mujer se acompaña de una aguda y permanente reducción en el impulso e interés sexual.
- 58.- Las dos formas de anticoncepción más ampliamente usadas en el mundo son el condón (gorrito o globito que se pone al hombre en el pene para evitar que salgan los espermias) y la relación sexual interrumpida.
- 59.- La gente de bajo nivel socioeconómico tiene relaciones sexuales con más frecuencia que la del nivel alto.
- 60.- Los materiales pornográficos son responsables de la conducta sexual aberrante hoy en día.
- 61.- Para algunas mujeres, la llegada de la menopausia (retiro de la regla) señala el comienzo de una vida sexual más activa y satisfactoria.
- 62.- En nuestra cultura el impulso sexual del adolescente masculino es más fuerte que el de la adolescente femenina.

- 63.- Las parejas de clases socioeconómicas más bajas, generalmente no están interesadas en limitar el número de niños que tienen.
- 64.- El excesivo juego sexual (caricias sexuales) en la niñez y en la adolescencia interfiere en el ajuste matrimonial posterior.
- 65.- Hay una tendencia mundial hacia una conducta más agresiva de las mujeres durante el noviazgo, en las relaciones sexuales y en el coito mismo.
- 66.- A veces un niño puede haber cooperado o incluso haber provocado el ataque sexual de un adulto.
- 67.- El LSD frecuentemente estimula el impulso sexual.
- 68.- Siete de cada diez padres desean la educación sexual formal de las escuelas.
- 69.- Por cada mujer que se masturba existen cuatro hombres que lo hacen.
- 70.- La ducha vaginal (lavado vaginal) es una forma efectiva de anticoncepción.
- 71.- Los pacientes parapléjicos saben más acerca del sexo que los pacientes hemipléjicos.

TIEMPO DE ESTANCIA HOSPITALARIA POR GRUPOS DE EDAD DE LOS PACIENTES
Y PORCENTAJE.

ANEXO 2

GRUPOS DE EDAD (AÑOS DE LOS PACIENTES)	TOTAL DE PACIENTES	TIEMPO DE ESTANCIA EN AÑOS Y PORCIENTO*							
		1-7	%	8-14	%	15-21	%	22-28	%
17 - 21	3	3	8.32						
22 - 26	5	5	14.71						
27 - 31	4	3	8.82			1	2.94		
32 - 36	6	3	8.82			3	8.82		
37 - 41	2	1	2.94	1	2.94				
42 - 46	8	3	8.82	2	5.88	2	5.88	1	2.94
47 - 51	6	1	2.94	2	5.88	2	5.88	1	2.94
T O T A L :	34	19	55.88	5	14.71	8	23.53	2	5.88

* Respecto al total de la muestra

PACIENTES PARAPLEJICOS POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO

ANEXO 3

GRUPO DE EDAD EN AÑOS	SEXO	
	17 A 21	M
	F	
22 A 26	M	3
	F	2
27 A 31	M	3
	F	1
32 A 36	M	5
	F	1
37 A 41	M	2
	F	
42 A 46	M	5
	F	
47 A 51	M	5
	F	1

PACIENTES PARAPLEJICOS POR GRUPOS DE EDAD, SEXO SEGUN ESTADO CIVIL

ANEXO 4

GRUPO DE EDAD EN AÑOS	SOLTERO		CASADO		DIVORCIADO		VIUDO		UNION LIBRE	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
17 A 21	3									
22 A 26	3	2								
27 A 36	2		1	1						
32 A 36	4	1							1	
37 A 41	1		1							
42 A 46	2	2	3							1
47 A 51	1	1	1		1		2			
T O T A L :	16	6	6		1		2		1	1

PACIENTES PARAPLEJICOS POR GRUPOS DE EDAD, SEXO Y AÑOS DE PADECIMIENTO

ANEXO 5

GRUPO DE EDAD EN AÑOS	1 A 9		10 A 18		19 A 27		28 A 36		37 A 45		46 +	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
17 A 21	2		1									
22 A 26	3	1				1						
27 A 31	1		2	1								
32 A 36	2	1	2		1							
37 A 41	1		1									
42 A 46	2	1		1	2			1	1			
47 A 51	1		3	1	1							
T O T A L:	12	3	9	3	4	1		1	1			

PACIENTES PARAPLEJICOS POR GRUPOS DE EDAD, SEXO Y AÑOS DE ESTANCIA HOSPITALARIA

ANEXO .6

GRUPO DE EDAD EN AÑOS	1 A 7		8 A 14		15 A 21		22 A 28		29 A 35		36 +	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
17 A 21	3											
22 A 26	3	2										
27 A 31	2	1			1							
32 A 36	3				2	1						
37 A 41	1		1									
42 A 46	2	1	2		1	1		1				
47 A 51	1		1	1	2		1					
T O T A L:	15	4	4	1	6	2	1	1				

PACIENTES PARAPLEJICOS POR GRUPOS DE EDAD, SEXO Y RELIGION

ANEXO 7

GRUPO DE EDAD EN AÑOS	CATOLICA		JUDIA		EVANGELISTA		OTRA		NINGUNA	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
18 A 21	3									
22 A 26	3			1				1		
27 A 31	3	1								
32 A 36	4	1					1			
37 A 41	2									
42 A 46	3	3			1		1			
47 A 51	5	1								
TOTAL:	23	6		1	1		2	1		