

Cambios en la vida sexual de la persona con lesión medular

KARENINE MARIA HOLANDA CAVALCANTE*, ZUÍLA MARIA DE FIGUEIREDO CARVALHO**, LORENA BARBOSA XIMENES***, GISELLE LIMA DE FREITAS****

Resumen

La sexualidad es parte integral del ser humano y de sus actividades de vida. Debido a la limitación consecuente de la lesión, el portador de lesión medular enfrenta cambios significativos en su vida sexual. Este estudio describe las alteraciones evidenciadas y las dificultades enfrentadas por el lesionado medular en la relación sexual. Participaron de la investigación diez personas con paraplejía y tetraplejía de por lo menos seis meses, de ambos sexos. Para recolectar los datos se realizó una entrevista estructurada. Los hallazgos indican que las alteraciones causadas en la función sexual dependen del nivel y del grado de la lesión medular. Se observó reducción en la sensibilidad, dificultad en conseguir o mantener la erección, y eyaculación impedida o retrógrada, reducción del número de espermias, lubricación disminuida, entre otros. La

movilidad alterada es uno de los factores que más perjudica al portador de lesión medular en el desempeño del acto sexual. Se concluye que la satisfacción de los deseos sexuales es un factor que proporciona estado de bienestar, y es importante que la pareja descubra diferentes formas de satisfacer esos deseos. La implicación y la comprensión del compañero son extremadamente importantes en todo el transcurso de la conquista de la satisfacción sexual.

Palabras clave: sexualidad, lesión medular, enfermería.

Abstract

Sexuality is an integral part of a human being's life and it is a driving part in many of his or her everyday life activities. Given the limitations resulting from a lesion, patients with a spinal cord lesion face significant changes in their sexual life. This study provides an objective description of the evident alterations and difficulties a patient deals with during sexual intercourse, given spinal lesions. Ten paraplegic or tetraplegic patients, both men and women, with an at-least six month lesion participated in the research. Data were gathered by conducting structured interviews. The findings show that alterations in the sexual function depend on the level and degree of the spinal cord lesion. Reduced sensitivity was observed, as well as problems to obtain and maintain an erection, retrograde or delayed ejaculation, sperm count reduction; diminished lubrication; among other alterations. Mobility impairment is one of the factors that harm spinal cord patient's sexual performance the most. The study concludes that satisfaction of sexual desires is a factor that fosters well-being. Therefore, it is important that the couple comes up with different ways of satisfying those desires. The involvement and

* Universidad Federal de Ceará. Enfermera. Maestranda del Programa de Postgrado en Enfermería del DENF/FFOE/UFC. Bursátil de la CAPES. Ex bursátil del Programa de Educación Tutoría - PET/UFC. kareninemaria@yahoo.com.br

** Universidad Federal de Ceará. Post-doctora en Enfermería. Jefe del Departamento de Enfermería. Docente del Programa de Postgrado del Departamento de Enfermería de la FFOE/UFC.

*** Universidad Federal de Ceará. Doctora en Enfermería. Docente del Programa de Postgrado del Departamento de Enfermería de la FFOE/UFC. Tutora del PET.

**** Universidad Federal de Ceará. Alumna de 7º semestre del Curso de Graduación en Enfermería del DENF/UFC. Bursátil del Programa de Especial de Entrenamiento - PET/UFC.

Fortaleza, Brasil.

Recibido: 02-05-2006

Aprobado: 27-10-2006

comprehension of the patient's partner are crucial on the road to sexual satisfaction.

Key words: Sexuality, spinal cord lesion, nursing.

INTRODUCCIÓN

El traumatismo medular es una de las principales causas de secuelas graves para pacientes politraumatizados. Pocas enfermedades o lesiones tienen el potencial de generar efectos tan devastadores en el "vivir" de una persona como una lesión en la médula espinal (1).

La lesión medular es cualquier daño que acarrea compromiso anatómico o funcional de la médula espinal, con varios grados de extensión y compromiso sensitivo y motor; las causas van desde accidentes automovilísticos, accidentes deportivos, clavados en aguas rasas, hasta caídas de altura y violencia urbana (heridas por arma blanca y proyectil de arma de fuego) (2, 3).

Esta lesión afecta significativamente al enfermo, la familia y la comunidad, pues ocasiona serios problemas de orden físico, social, emocional y espiritual, lo que exige de los enfermeros mayor reflexión sobre la mejor manera de cuidar de estas personas.

Cualquier factor que interrumpa la continuidad de la médula vertebral provoca aislamiento del seguimiento corporal abajo del nivel de la lesión, acarreando falta de sensibilidad y pérdida de movimiento, además de disfunciones vasomotoras y autonómicas, alteraciones esfinterianas con deficiencia para vacío vesical e intestinal y disfunción sexual (4, 5).

Después de cualquier tipo de lesión medular, la persona necesitará enfrentar un proceso de rehabilitación que la estimula a adaptarse a la incapacidad utilizando sus habilidades y recursos adecuados, para que de esa manera mantenga una buena calidad de vida, independencia y autorrespeto (4, 6). La sexualidad es una



dimensión muy importante en la vida del ser humano, pues envuelve personalidad y comportamiento; sin embargo, es cercada de tabúes y prejuicios creados por la sociedad. La feminidad y la masculinidad son expresas no solo en el aspecto físico, sino también psicológico y comportamental, como en el estilo de vestuario, en la comunicación verbal y no verbal y en los papeles asumidos en la familia y en la sociedad (7, 8).

Así como todas las otras actividades de vida, la expresión de la sexualidad es influenciada por algunos factores como la etapa de vida en la cual el individuo se encuentra y el grado de dependencia/independencia vivenciada por el mismo. El grado de independencia puede disminuirse como consecuencia de determinadas situaciones, por ejemplo una deficiencia física. La deficiencia que probablemente más perjudica sexualmente es la originada por una lesión medular (8).

Debido a daños neurológicos, el portador de lesión medular sufre alteraciones en su función sexual, con interferencia en la erección, eyaculación, orgasmo y reproducción, de acuerdo con el grado y nivel de la lesión (8, 9). Esas alteraciones acarrearán, consecuentemente, cambios en la autoestima, autoimagen y autorrealización de la persona, ya que una de las necesidades básicas no es atendida satisfactoriamente.

En un estudio realizado por Carvalho se detectó que para muchos portadores de paraplejía el significado de ser parapléjico es ser inútil, con una acentuada preocupación en el ámbito de la sexualidad. El sentimiento de impotencia que acomete a los parapléjicos, principalmente del sexo masculino, trae fuertes desajustes que los hace sentir inferiores debido a la imagen corporal defectuosa e inútil (10). Sin embargo, las alteraciones sufridas con la lesión no significan pérdida de la sexualidad para el lesionado medular.

Pero se observa que ese aspecto de la vida del lesionado medular ha sido puesto en segundo plano por los profesionales de enfermería, con la creencia de que la vida sexual no es una área vital del ser humano a ser recuperada (11). El enfermero debe conocer y orientar a las personas portadoras de lesión medular respecto a los reales problemas sexuales consecuentes de la lesión y, aun, discutir las posibilidades de superar las dificultades.

Existen diversas técnicas, gracias a los avances de la ciencia y de la tecnología, que facilitan el acto sexual y la fertilización entre los lesionados medulares. Esas técnicas permiten la adecuación a las condiciones y necesidades de cada individuo.

Este estudio describe las alteraciones evidenciadas y las dificultades enfrentadas por las personas con lesión medular en la relación sexual, con el propósito de proporcionar esclarecimiento acerca de la sexualidad del portador de lesión medular, como también estimular la realización de nuevas investigaciones relevantes en ese contexto.

SUJETOS Y MÉTODOS

El estudio es de tipo exploratorio descriptivo. La investigación exploratoria descriptiva se caracteriza por proporcionar mayor familiaridad con el tema, con el objetivo de hacerlo más claro, y muestra con exactitud los fenómenos y los hechos de determinada realidad que se desea estudiar (12, 13). Esta opción enfatiza la comprensión de la experiencia humana como es vivida, mediante la recolección y análisis de materiales narrativos y subjetivos.

Los sujetos del estudio fueron diez personas portadoras de lesión medular, del tipo paraplejía y tetraplejía, en ambos sexos. Como criterio de inclusión de los participantes, resaltamos un periodo mínimo de existencia de la lesión de seis meses, a fin de que las personas ya hubieran despertado para el retorno de las actividades sexuales. La selección de los sujetos se hizo por el método "balón de nieve", en el cual los miembros iniciales indicaban a otras personas, lo que permitió la selección de casos ricos en informaciones. Esa estrategia de selección se utilizó por la dificultad de contacto con esas personas mediante instituciones.

La recolección de los datos se llevó a cabo entre noviembre/2004 y mayo/2005, por medio de visitas domiciliarias con el fin de proporcionar a los sujetos un ambiente de confort, seguridad y libertad. Para recoger los datos se realizó una entrevista estructurada, que fue grabada, después de la firma del Término de Consentimiento Libre y Esclarecido (14). La grabación es un recurso que promueve mayor fidelidad de la reproducción del pensamiento del entrevistado.

El proyecto de investigación se presentó al Comité de Ética de la Universidad Federal de Ceará (UFC), que apreció y aprobó su ejecución. Los aspectos éticos de la investigación fueron respetados, de modo que la participación de los sujetos fue libre; para garantizar el anonimato de los participantes utilizamos nombres ficticios, conforme preconiza la Resolución 196/96 del Consejo Nacional de Salud de Brasil (14).

Los datos se organizaron a partir de las convergencias y divergencias de los discursos y se analizaron descriptivamente a la luz de la literatura sobre la temática.

RESULTADOS

Los hallazgos se presentan en tres aspectos: caracterización de los sujetos, análisis y discusión de los datos epidemiológicos, y categorías de análisis a partir de los discursos de los sujetos.

Caracterización de los sujetos

La muestra se caracterizó por ser la mayoría del sexo masculino (siete personas) y la edad varió entre 18 y 55 años. Con relación a la condición marital antes de la lesión, siete tenían compañero fijo, tres, compañeros eventuales, y después de la lesión, de los siete, tres mantuvieron la relación. Sobre la escolaridad, cuatro poseían segundo grado completo y tres abandonaron los estudios. En cuanto a la causa de la lesión, en cuatro fue por accidente automovilístico, dos por proyectil de arma de fuego y los demás por otras causas. Acerca del segmento vertebral afectado, siete tuvieron lesiones en la columna torácica entre T3 y T9, dos, lesión toracolumbar y uno, cervical. El tiempo de lesión varió entre uno y 23 años.

Análisis y discusión de los datos epidemiológicos

La lesión medular alcanza más frecuentemente la franja etaria de adolescentes y adultos jóvenes, que están comenzando a decidir su futuro y encaminándose a la vida profesional, siendo acometidos por una lesión grave e incapacitante, que desafía todos sus planes futuros. Los pacientes son predominantemente del sexo masculino, hecho relacionado con que los hombres se exponen más al riesgo y la violencia urbana, y consecuentemente a ese tipo de trauma; estos hallazgos se corroboran en la literatura (11, 15, 16).

Antes de adquirir la lesión medular, siete tenían un compañero fijo, de los cuales, tres mantuvieron la relación y cuatro informaron que la relación había terminado. Es común el desequilibrio en la relación después de trastornos graves, especialmente los que generan disturbios sexuales, como la lesión medular. Muchos consiguen enfrentar la situación de crisis con unión, sin embargo otros no se adecuaron a la nueva

situación, principalmente si la relación era inestable. De ese modo, se comprende que las características de la relación afectan la calidad de la relación sexual. Muchos obstáculos pueden superarse para alcanzar una relación sexual satisfactoria cuando se tiene una relación "fuerte" y equilibrada. Pero en una relación complicada, una inhabilidad añade estrés y lleva a la separación (7, 15).

En el caso de Angelina, que tenía una relación amorosa hacía dos años, fue una opción que ella misma escogió, pues a su juicio no había condiciones de mantener la relación porque con todos los cambios en su vida, derivados de la lesión medular, ella no conseguiría mantener una relación agradable como antes, sería muy complicado.

El traumatismo medular es una de las principales causas de secuelas graves para pacientes politraumatizados. Pocas enfermedades o lesiones tienen el potencial de generar efectos tan devastadores en el "vivir" de una persona como una lesión en la médula espinal.

Actualmente, de los diez entrevistados solo dos no tienen un compañero fijo, los demás conocieron el compañero después de la lesión. Es posible que las relaciones formadas después de la lesión, cuando el individuo acometido ya se encuentra con una mejor autoimagen y autoestima, sean más “fuertes” y estables (10). En ese caso la pareja no enfrentará un proceso de rehabilitación, el compañero ya conocerá la deficiencia y necesitarán solo de un proceso de adaptación. Probablemente hay una dificultad mucho mayor para parejas ya formadas respecto a aceptar la realidad de la lesión medular (17).

En cuanto al nivel de escolaridad, dos tenían nivel superior completo, cuatro el 2º grado completo, tres abandonaron los estudios, uno el 2º grado, dos el 1º grado, y uno de ellos estaba cursando el segundo año del 2º grado. Estudios de Carvalho y Santos (18, 19) muestran que la baja escolaridad es común en las personas con lesión medular, hecho que limita y dificulta la enseñanza-aprendizaje así como la rehabilitación de estas personas.

En lo que concierne a la etiología de la lesión, el accidente automovilístico fue el origen de la lesión medular de cuatro personas; el proyectil de arma de fuego en dos; infección bacteriana en dos; la caída de altura en una y error médico ocasionado por anestesia espinal en una. Entre las causas de la lesión, el accidente automovilístico y la herida por arma de fuego son bastante frecuentes, según datos de Nasi y Puertas (20, 21).

A pesar de que la literatura (20, 22) afirma que los segmentos vertebrales más afectados por trauma medular son los de la columna cervical y los segmentos transaccionales toracolumbares, observamos solo un portador de lesión cervical y dos portadores de lesión en los segmentos transaccionales toracolumbares. Aun reconociendo que la columna torácica es poco susceptible debido al soporte de los arcos costales y del externo, tal hecho no fue observado entre los sujetos del estudio. Siete sufrieron lesión en la columna torácica, con variación de T3 a T9. Pero es importante resaltar que en dos de los sujetos con lesión en la columna torácica, la causa fue infección bacteriana.

Con relación al tiempo de lesión, los periodos variaron de un año y cinco meses a veintitrés años; este

hallazgo se esperaba porque uno de los criterios de inclusión de la muestra era ser portadores de lesión medular con más de seis meses.

Categorías de análisis

Cambios y dificultades relacionadas con la sensibilidad

Las alteraciones causadas en la función sexual dependen del nivel y del grado de la lesión medular. Podrá observarse reducción en la sensibilidad, dificultad en conseguir o mantener la erección, eyaculación impedida o retrógrada, reducción del número de espermias y lubricación disminuida, entre otros (2, 7, 8, 17).

La sensibilidad es fuertemente influenciada por el grado y el nivel de la lesión. La persona podrá presentar una sensibilidad moderada o no tener sensibilidad, dependiendo del grado de la lesión. La lesión puede ser completa o incompleta, según el grado; cuando es incompleta el individuo presenta función sensitiva o motora por debajo del nivel de la lesión o por lo menos en el segmento sacral inferior, y cuando es completa no presenta esas funciones en el segmento sacral inferior (23).

Tal situación puede confirmarse en los testimonios acerca de las alteraciones percibidas en la región genital. Personas de lesión incompleta: “cuando aconteció la lesión la sensibilidad quedó en cero... pero como mi lesión fue incompleta, la sensibilidad fue volviendo y es claro que la sensibilidad del órgano sexual también”; “yo siento ella tocando pero es poco, sólo así como se fuera una energía. No sentía de entrada, pero ahora siento”. Personas de lesión completa: “No estoy sintiendo ninguna sensibilidad”; “no siento”; “la sensibilidad acabó”. Existen algunas áreas erógenas del cuerpo, en regiones no genitales, que deben ser percibidas y estimuladas para ser fuente de placer. Sin embargo, cuanto más alta la lesión, menor el área de la piel disponible para estimulación (7).

Con la reducción de la sensibilidad puede acontecer de la piel ser lesionada debido al aumento de los estímulos y de la fuerza con que ellos son aplicados, por eso no debe ser excluido el riesgo de lesión durante la masturbación (8, 23).

Así como en los hombres, en las mujeres las sensaciones genitales están ausentes en las lesiones medulares completas. Para las mujeres el mayor perjuicio resultante de la lesión medular es la sensibilidad afectada. Eso dificulta la excitabilidad, el orgasmo y la satisfacción de la mujer. Las mujeres en ese caso tienen la ventaja de que no poseen erección y eyaculación. Sin embargo, la realización de una relación sexual saludable depende considerablemente de una buena lubricación, que puede reducirse por la lesión (20, 21).

En lo que concierne a los cambios ocurridos en la genitalidad femenina, Angélica, que posee lesión completa en T11-T12, comentó no poseer sensibilidad y que esa es la única alteración, pues el proceso de lubricación funciona. Angelina, que también posee lesión completa, más alta que T6-T7, menciona que tiene bastante sensibilidad en el canal vaginal, a pesar de ninguna sensibilidad en la vulva. También comenta que no necesita lubricantes para la relación sexual. Ángela, que posee lesión incompleta en T3-T4, resalta que tiene lubricación y que la sensibilidad está disminuida, pero no la perdió totalmente, por lo cual necesita concentración para alcanzar niveles más altos de placer.

Cambios y dificultades relacionadas con la erección

Sobre la preservación de la erección hubo divergencias en los testimonios, debido a la particularidad del nivel y el grado de la lesión. Se considera disfunción eréctil cuando hay incapacidad de conseguir o mantener una erección suficientemente firme para la inserción vaginal y para la realización del acto sexual satisfactorio (7, 23). Cerca de 50% de los portadores de lesión medular del sexo masculino son incapaces de presentar o mantener erección sin ayuda (23, 26).

La capacidad de erección tiende a mejorar lentamente en el transcurso del primer año después de la lesión. La mayor parte de los hombres consigue obtener algún tipo de actividad eréctil después de la lesión (25). Esa afirmación fue comprobada por todos los hombres entrevistados que, independientemente de la altura y grado de la lesión, refirieron tener erección, aunque no fuera duradera. La mejora en el proceso de erección ocurrió con el paso del tiempo: “cuando aconteció la

lesión, la sensibilidad quedó en cero... la erección también quedó en cero, pero como mi lesión fue incompleta, la sensibilidad fue volviendo... hoy consigo tener relación sexual normal”.

La erección puede provocarse de forma refleja, psicogénica, o de ambas. La erección refleja es comandada por el centro medular sacral situado en los niveles S2, S3 y S4, y es generada por estímulos en los órganos genitales o en regiones próximas. La psicogénica es controlada por el centro medular toracolumbar, en los niveles T11-L2, y es generada por un estímulo que cause excitación o deseo, o sea, que partan del cerebro (7, 17, 22).

Lesiones incompletas en cualquier nivel están asociadas al mantenimiento de la erección, sea ella psicogénica o refleja. En lesiones altas completas solo la erección refleja debe estar presente. Ese fue el direccionamiento encontrado en los discursos de los entrevistados. Rafael posee una lesión incompleta en T11, la cual alcanzó el centro medular psicogénico, que le impide tener una erección por estímulos visuales, táctiles, por olor, sonidos, pensamientos, etc.; sin embargo, la erección refleja está presente, desencadenada por el contacto: “*Si la persona se queda desnudada él no sube. Cuando mi prometida coge, comienza a alisar él se queda erecto*”.

Con Mitzrael hay un proceso semejante: debido a que la lesión es completa, en este caso en T9, su lesión impide la erección psicogénica, y solo permite la refleja, por eso él menciona que ya no la controla mentalmente; al ver una mujer o recibir sus cariños, es necesario que ella toque en determinadas regiones: “*la erección continúa, solo que no es como antes que era controlada en la mente, ahora es solo por estímulo... antiguamente comenzaba a excitarse al ver la mujer, tocarla, hacer cariño, recibir cariño; ahora no, tiene que tocar ciertas partes de ella para poder funcionar*”.

En el caso de Muriel, que posee una lesión alta T4 completa, está presente solo la erección refleja: “*mirada para mi mujer, así si yo tuviera con gana ahí me quedaba erecto el penes, hoy no se queda más, tiene que tener el estímulo... que sólo se tuviera el toque*”. Daniel es tetrapléjico, posee una lesión incompleta en C6-C7, y explica que su erección es desencadenada por el contacto, como por un beso: “*Mi erección es al tocar, yo la beso y ya tengo erección, un cariño exquisito, ahí yo ya*

realmente tengo erección”. Podemos decir que probablemente él tiene alguna respuesta psicogénica, además de la erección refleja, pues ya que el centro medular no fue alcanzado, debe estar preservada. Él dice también que su sensibilidad genital disminuyó de 20 a 15% y que siente la penetración del pene en la vagina.

Influencia de la espasticidad en el acto sexual

Espasticidad es el aumento de los tonos musculares con la exaltación de los reflejos superficiales y profundos. Con la ausencia del control modulador del cerebro, la médula lesionada no es capaz de seleccionar y responder adecuadamente a los estímulos que llegan desde la periferia, especialmente cuando hay lesión de alguna parte de las neuronas motoras; de este modo las respuestas son desordenadas y anárquicas (23, 27). La espasticidad puede aparecer en las lesiones medulares por encima de L1. Esta puede ser benéfica, cuando los espasmos son bien controlados y pueden utilizarse para el provecho de la persona, como en el caso de Ángela: *“la sensibilidad es menor, pero la espasticidad ayuda, yo siento cuando él penetra, a causa de la espasticidad”*.

La hipertonía muscular causada por la espasticidad acaba previniendo la hipotrofia muscular, la desmielinización ósea, trombosis venosa profunda y edemas de extremidad, pero también puede ser perjudicial en las actividades de transferencias y de autocuidados (27).

Muchas personas con lesión medular se quejan de la espasticidad por la dificultad de movimiento ocasionada por el aumento del tono en el momento en que es desencadenada, principalmente cuando ocurre durante el acto sexual: *“tiene el problema de la espasticidad, yo tengo mucha, ahí tiene que mantener la pierna contraída... pero tiene una hora en que puede estirar la pierna, que ya no se contrae; como se relaja, queda mejor”*.

Después de cualquier tipo de lesión medular, la persona necesitará enfrentar un proceso de rehabilitación que la estimula a adaptarse a la incapacidad utilizando sus habilidades y recursos adecuados, para que de esa manera mantenga una buena calidad de vida, independencia y autorrespeto.

Cambios y dificultades relacionadas con la movilidad durante el acto sexual

El acto sexual sufre modificaciones en su desempeño debido a los cambios y limitaciones causados por la lesión. La movilidad alterada es uno de los factores que más perjudica al lesionado medular en la realización de las actividades, principalmente en cuanto el acto sexual es alterado, esencialmente por su composición de movimientos y posiciones. Por eso, algunos de los sujetos relataron cambios en el desempeño del acto sexual, después de la lesión medular, destacando la dificultad de movimiento durante la relación sexual y la variación de posiciones. Algunos enfatizan más los movimientos que hacen que el sexo sea más placentero y emocionante: *“En que uno puede lo “rueda-rueda”, cambió solo con relación a la movimentación”*.

Para otros, esa limitación de movimientos se relaciona más con la restricción de posiciones disponibles para el coito. La variación de posiciones es considerada un factor estimulante para el placer y la satisfacción sexual de la pareja. Sin embargo, para la persona con lesión medular las posiciones disponibles para el acto sexual son muy limitadas debido a la inestabilidad del cuerpo: *“No porque cambia mucho, el siguiente, los movimientos que usted tenía normal, ¿usted ya no tiene con la lesión? Ahí, posiciones se quedan difíciles, tiene posiciones que no da correcto, entendiendo, cambió solo eso”*; *“La posición que la gente ya*

no puede hacer el movimiento, tiene que quedarse en otras posiciones, tiene que descubrir como es que”; *“las dificultades son las posiciones que constantemente son iguales... continúan siendo dos posiciones a lo sumo... porque cada día judía con arroz la gente halla extraño”*.

A ese respecto, aún existe una laguna en términos de conocimiento acerca de las posiciones que pueden usarse sin acarrear mayores problemas para el compañero comprometido por la lesión; se puede destacar que las

mejores son aquellas en que la persona se siente estable (1, 10, 11).

Daniel relató que las restricciones de posiciones son mínimas cuando se tiene conocimiento acerca de posibles posiciones y se usa la creatividad: *“ahí viene la creatividad, usted descubre lo que usted puede hacer, ahí viene la creatividad cerebral, usted comienza a imaginar una posición, usted de pronto está sentado en la cama, yo por lo menos conseguí hacer eso. Esos días yo visitaba Internet mirando algunas posiciones, actualizándome para no quedarme acomodado”*.

Es fundamental la colaboración del compañero para un desempeño sexual satisfactorio. Angélica y Angelina destacaron la participación del compañero: *“La cuestión del movimiento de la pierna, porque mi compañero tiene que ayudarme a posicionarla mejor”*. *“Yo me quedo más a disposición de mi compañero”*. El compañero de Angelina afirmó que buena parte del resultado se debe a la propia Angelina, que lo ayuda bastante: *“Ella ayuda mucho; la gente no siempre hace el amor en la misma posición; ella se sube encima de mí con la mayor facilidad. Yo tuve mucha facilidad para aprender a estar con ella”*.

CONCLUSIONES

El estudio posibilitó la comprensión del acto sexual, una de las dimensiones del vivenciar y expresar la sexualidad, en la condición de la persona con lesión medular. Con la identificación de las alteraciones físicas y de las dificultades enfrentadas en el ámbito de la actividad sexual, el estudio suministra elementos expresivos para explorar necesidades de la sexualidad de la persona que sufre esa condición.

Las alteraciones causadas en la función sexual dependen del nivel y del grado de la lesión medular. El acto sexual sufre modificaciones debido a los cambios y limitaciones causados por la lesión. Sin embargo, todas las disfunciones sexuales resultantes de la lesión medular pueden manejarse y solucionarse a través de diferentes métodos.

La satisfacción de los deseos sexuales posibilita un estado de bienestar. Existen diversas opciones alternativas de satisfacer los deseos sexuales, pero se necesita que la pareja las identifique y las acepte. La dedicación y

la comprensión del compañero son de gran importancia en todo el transcurso de la conquista de la satisfacción sexual. Eso probablemente se da porque hay una preocupación considerable por parte del involucrado con la satisfacción de su compañero; de ese modo, para la rehabilitación del lesionado se necesitan la seguridad y el apoyo del compañero.

La rehabilitación sexual es un tema que muchas veces dejan de lado los profesionales que atienden a los pacientes, pero para estos es un motivo de preocupación y estrés. Se debe pensar en proporcionar una buena salud sexual al cliente, la cual se logra cuando la persona está libre de miedos, constreñimientos y disturbios psicológicos o físicos que puedan interferir en la capacidad de disfrutar y controlar su comportamiento sexual y reproductivo.

En la rehabilitación de la expresión de la sexualidad la enfermera se compromete principalmente en la actividad de educación sexual, en dar orientaciones y enseñanzas a la persona afectada y a su compañero, facilitando la comprensión de sus propias sexualidades (24). Esas orientaciones y enseñanzas se basan en el sistema de valores personales, incluyendo prejuicios y creencias sobre el acto sexual.

Este estudio muestra que los enfermeros necesitan incluir en la planificación de los cuidados un abordaje sobre la sexualidad de las personas con lesión medular, evaluando las necesidades del individuo y procurando intervenciones que lo ayuden a tener mejor calidad de vida. La esencia de la enfermería es el cuidado, por lo tanto es de fundamental importancia que la persona, cualquiera sea el contexto en que ella esté insertada, reciba cuidados que signifiquen una relación de preocupación, ocupación e implicación afectiva para hacer del cuidado un compromiso moral (1, 25).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) CARVALHO FIGUEIREDO, Zúla Maria. O cuidado de enfermagem com a pessoa parapléica: estudo à luz da Teoria de Jean Watson. Fortaleza: Tese de doutorado. Universidade Federal do Ceará. Departamento de Enfermagem, 2002.
- (2) GINER PASCUAL, Manuel, Maria DELGADO CALVO, Imaculada Miguel LEON, José Vicente FORNER VALERO y

- Rafael MIRÒ VILA, *Lesión medular: guía de autocuidados*. 1ª ed. Valencia: Generalitat Valenciana – Hospital Universitario “La Fé”, 2001.
- (3) MACHADO, Ângelo. *Neuroanatomia funcional*. 2ª ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2005.
- (4) CARVALHO FIGUEIREDO, Zuíla Maria y Marta Maria DAMASCENO. *Viva bem com sua lesão vértebro-medular*. 2ª ed. Porto: Humbertipo, 2003.
- (5) REDE SARAH DE HOSPITAIS DE REABILITAÇÃO. *Manual do lesiado medular*. Brasília: Sarah letras, 2002.
- (6) SMELTEZER, Suzanne C. y Brenda G. BARE. Brunner & Suddarth – *Tratado de enfermagem médico cirúrgico*. Vol. 1. 9ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.
- (7) GRECO, Susan B. *Sexuality education and counseling*. En: Hoeman, S. *Rehabilitation nursing: process and application*. 2ª ed. St. Louis, USA: Mosby, 1996, pp. 594-627.
- (8) FÜLL-RIEDE, Christiane; Ralph HAUSMANN, y Wolfgang SCHNEIDER. *Reabilitação sexual do deficiente*. Rio de Janeiro: Revinter, 2003.
- (9) SILVA, R. et. ál. Corpo, saúde e sexualidade. En: SILVA Y., FRANCO M. *Saúde e doença: uma abordagem cultural da enfermagem*. Florianópolis: Papa-livro, 1996, pp. 104-115.
- (10) CARVALHO FIGUEIREDO, Zuíla Maria. O significado da paraplegia para pacientes internados: implicações para o cuidado de enfermagem. *Pensar Enfermagem*, 2002, vol. 6. No. 2: 16-24.
- (11) FARO, Ana Cristina. A disfunção sexual enquanto diagnóstico de enfermagem: características definidoras encontradas em lesados medulares. *Rev. Esc. Enfermagem*, 1995, 29 (2): 79-83.
- (12) LEOPARDI, Maria Tereza; Carmem Lúcia BECK, Elizabeth NIETSCHE y Rosa Maria GONZALES. *Metodologia da pesquisa na saúde*. Santa Maria: Palloti, 2001.
- (13) POLIT, Denise, Chery BECK y Bernadete HUNGLER. *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização*. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.
- (14) Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196/96. Brasília: CSN; 1997.
- (15) HENRIQUES, Fernando. *Paraplegia: percursos de adaptação e qualidade de vida*. Coimbra: Formação e Saúde, 2004.
- (16) OLIVEIRA, P. A. de S.; J. V. PIRES, J. M. de M. BORGES FILHO. Traumatismos da coluna torácica e lombar: avaliação epidemiológica. *Rev. Bras. Ortop.*, 31 (9): 771-6, set.1996.
- (17) FARO, Ana Cristina y Maria Coele CAMPEDELLI. A problemática da disfunção sexual após a paraplegia. *Rev. Paul. Enfermagem*. Brasília; 12(1): 30-4, jan.-abr. 1993.
- (18) CARVALHO FIGUEIREDO, Zuíla Maria; Karenine Maria CAVALCANTE HOLANDA, Giselle LIMA FREITAS y Gelson AGUIAR da SILVA. Pacientes com lesão raquimedular: experiência de ensino aprendizagem do cuidado para suas famílias. Escola Anna Nery – *Rev. Enf.* Rio de Janeiro, vol. 10, No. 2: 316-322, 2006.
- (19) SANTOS, ROSA, Leila Conceição. *Redimensionando limitações e possibilidades: a trajetória da pessoa com lesão medular traumática*. São Paulo: Tese de doutorado. Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, 2000.
- (20) NASI, Luis Antonio. *Rotinas em pronto-socorro politraumatizados, emergências ambulatoriais*. Porto Alegre: Artes Médicas, 2005.
- (21) PUERTAS, E.B., J. C. M. CHAGAS, C. E. A. S. OLIVEIRA, M. WAJCHENBERG, y F. P. E. dos SANTOS, V. M. de OLIVEIRA. Lesão raquimedular causada por ferimento de arma de fogo, através de mecanismos indiretos. *Acta Ortop. Bras.*, 7(2): 88-91, abr/jun. 1999.
- (22) MIGUEL LEON, Imaculada. Epidemiología de la lesión medular. En: GINER PASCUAL, Manuel, Maria DELGADO CALVO, Imaculada Miguel LEON, José Vicente FORNER VALERO y Rafael MIRÒ VILA. *Lesión medular: guía de autocuidados*. 1ª ed. Valencia: Generalitat Valenciana – Hospital Universitario “La Fé”, 2001, pp. 48-58.
- (23) GINER PASCUAL, Manuel. Alteraciones de la sexualidad y fertilidad. En: GINER PASCUAL, Manuel et ál. *Ibíd.*
- (24) GONZÁLEZ, P., et ál. Rehabilitación sexual: experiencia en 157 pacientes con impotencia post traumática. *Rev. Chil. Urol*, 63(1): 85-87, 1998.
- (25) FARO, Ana Cristina y Maria Coele CAMPEDELLI. Alterações da disfunção sexual em homens paraplégicos. *Rev. Bras. Enfermagem*, 44(4): 71-81, 1991.
- (26) Departamento de Medicina de Reabilitação de Washington. Função sexual e fertilidade em homens após lesão medular. Disponível em: <http://www.geocities.com/HotSprings/3725/2.htm>. Fecha de consulta: 25 de febrero de 2005.
- (27) FERNANDES, F. Espasticidade. Disponível em: <http://www.geocities.com/HotSprings/3725/.html>. Fecha de consulta: 25 de febrero de 2005.