

PLANIFICACION FAMILIAR EN PACIENTES DISCAPACITADOS

¿Respetamos sus derechos?

La planificación familiar persigue como objetivo la plenitud de los seres humanos (Atucha y Schiavo, 1994, pág.52) y defiende el derecho de que las personas sólo tengan los hijos que desean. A este componente de la salud reproductiva se le puede definir como la decisión libre, consciente y voluntaria de las parejas para determinar el número de sus hijos y el espaciamiento entre ellos.

Existen sólidos argumentos a favor de la planificación familiar, entre ellos está el que posibilita a los seres humanos el ejercicio de un derecho básico, el que a largo plazo reducirá la prevalencia del aborto provocado y mejorará la administración de la salud y la salud materno infantil (Atucha y Schiavo, 1994).

El positivo efecto de la planificación es beneficioso para la salud materna al permitirle a la mujer tener hijos cuando esté mejor preparada para ello. Las más jóvenes tienen una mayor probabilidad de sufrir complicaciones durante el embarazo y el parto que las mujeres que ya han cumplido 20 años; corren igual riesgo las que quedan embarazadas al final de la edad reproductiva. Es significativo también que pequeños espaciamientos entre un embarazo y otro no propician la recuperación del cuerpo materno del desgaste que implica el embarazo, el parto y la lactancia. Se plantea, además que la planificación familiar mejora la salud infantil, porque en la medida en que un embarazo esté más próximo del otro, en que sea más numerosa la familia, y en que las madres no hayan cumplido los 20 años o que queden embarazadas al final de la vida reproductiva, la posibilidad de la pérdida del embarazo o la muerte de niños en los primeros años de su vida es mayor, así como también será mayor la probabilidad de que sufran menoscabo su salud y crecimiento.

Los prejuicios y esquemas asociados a la sexualidad y reproducción de los discapacitados, condicionan que muchos de ellos renuncien a su derecho de tener una sexualidad plena por temor al embarazo.

Los prejuicios asociados a la sexualidad y reproducción de los discapacitados, condicionan que muchas de las personas con alguna discapacidad renuncie a su derecho a tener una sexualidad plena por miedo al embarazo, a tener hijos con alguna discapacidad o por el temor a no poder criarlos. (Posse y Verdeguer, 1991).

Varios de los mitos existentes en torno a la sexualidad de las personas discapacitadas son los que se mencionan a continuación:

1. Los minusválidos son asexuales.
2. Para el goce sexual es esencial el orgasmo.
3. Los minusválidos dependen de los demás; y son como niños, por lo que necesitan que se les proteja.
4. Los minusválidos deberían hacer su vida sexual y casarse con personas como ellos.
5. Las personas discapacitadas son dignas de lástima.
6. Si un discapacitado padece un trastorno sexual, la mayoría de las veces es consecuencia de su condición de minusválido.
7. Si una persona normal mantiene relaciones sexuales con un disminuido físico, es porque no puede atraer a individuos normales, o porque, aunque pueda atraerlos, no consigue satisfacerlos sexualmente.
8. No se debería educar sexualmente a los discapacitados, pues esto les ocasionaría graves problemas.
9. La erección es fundamental para la satisfacción sexual, o lo que sería lo mismo: el coito con penetración es el único y verdadero.
10. La mayoría de los discapacitados son personas con mal carácter.

Como resultado de la unión de los esfuerzos de numerosos profesionales dentro del campo sanitario y de personas discapacitadas, se redactó una carta a favor de los discapacitados; esta contiene los siguientes derechos:

1. Derecho a la expresión sexual.
2. Derecho a la intimidad.
3. Derecho a ser informado
4. Derecho a poder acceder a los servicios necesarios, como son el asesoramiento sobre anticonceptivos, atención médica, asesoramiento genético y sobre sexualidad.
5. Derecho a escoger el estado civil que más convenga al discapacitado
6. Derecho a tener, o no una prole
7. Derecho a tomar las decisiones que afectan la vida de cada uno
8. Derecho a intentar el desarrollo de todo el potencial del individuo.

(KOLODNY, MASTER Y JOHNSON, 1986, PÁG. 558)

Muchas veces los prejuicios existentes en torno a la esfera sexual de los discapacitados son avalados por profesionales y educadores quienes, con su silencio, actúan como cómplices en la marginación sexual de que son objeto las personas discapacitadas, propiciando con esto, además, la total ignorancia de la relación entre la concepción y la discapacidad.

En nuestro país, los Drs. Castillo Cuello y Mena Quiñones, especialistas en Medicina Física y Rehabilitación, constataron en un estudio presentado en la Ira. Jornada Provincial de Medicina Física y Rehabilitación, desarrollada en Ciudad de La Habana en el año 1983, que los problemas concernientes a la sexualidad de personas discapacitadas no eran abordados por la mayoría de los profesionales que atendían a estos pacientes.

Los autores anteriores citados suponen que, aunque actualmente se ha producido una mayor apertura entre los profesionales de nuestro medio con respecto a este tema, la cifra continúa siendo pequeña en comparación con quienes tratan estos problemas entre el resto de la población. Aunque no dispongo de datos que permitan aseverar lo anterior, me inclino a creerlo.

Como profesionales que atendemos a pacientes discapacitados debemos informar sobre todo lo que concierne a la sexualidad de estas personas, para facilitar su elección; pero nunca tomando la decisión por ellos.

Conocer sobre anticoncepción, de las ventajas y desventajas de cada uno de estos métodos, permite a muchas personas discapacitadas liberarse de sus temores al embarazo, y de esta forma poder iniciar y mantener sus relaciones sexuales (Posse y Verdeguer, 1991).

Resulta muy positivo el efecto de la transmisión de información abundante y precisa sobre anticoncepción a personas con alguna discapacidad, porque existen contradicciones particulares en dependencia del tipo de discapacidad y, a su vez, métodos más apropiados que otros para cada individuo.

En la medida que tales personas conozcan más sobre los métodos anticonceptivos, estarán en mejores condiciones de elegir el adecuado y se sentirán mucho más responsables con su sexualidad. El profesional de la salud que indique a un discapacitado el uso específico de determinado método anticonceptivo, debe estar consciente de las ventajas y desventajas de dicho método (con respecto a la discapacidad de ese sujeto), con el objetivo de que se seleccione el más efectivo para su caso.

El uso de los métodos de abstinencia periódica tienen algunas contradicciones. Las mujeres con lesiones medulares producto de traumas, presentan un período inicial de amenorrea, durante este período no les es posible conocer con exactitud su ciclo menstrual, siguiéndole a este, ciclos irregulares. Este método se puede iniciar al cabo de varios meses, cuando se logra la regulación, sin embargo, no resulta muy confiable por el alto porcentaje de fracasos que le es inherente.

El método Billings (o método del mucus cervical) esta contraindicado para mujeres con trastornos motores de los miembros superiores, pues pueden presentar dificultades para introducir los dedos en la vagina y obtener moco cervical. También está contraindicado el método de la temperatura basal del cuerpo en los casos de vejiga neurogénica, porque, de producirse una infección urinaria (que resulta muy probable en estos casos), puede alterarse el ritmo de temperatura basal habitual, por la presencia del síndrome febril, y confundir el momento ovulatorio. La utilización del método del mucus cervical puede dificultarse también por

En la medida que las personas discapacitadas tengan mayor información y asesoramiento sobre los métodos anticonceptivos estarán en mejores condiciones de elegir el idóneo, de acuerdo a su problema.

la presencia de Vaginitis, a la que son más propensas las mujeres sin sensibilidad genital. Los métodos de abstinencia periódica, requieren determinada capacidad intelectual y autodisciplinaria, razón por la que no es recomendable para personas con retardo mental.

Los denominados métodos de barrera (condones, casquetes cervicales y diafragmas) tienen determinadas ventajas y desventajas en su uso por discapacitados. Por ejemplo: la utilización del preservativo resulta conveniente en los hombres con vejiga neurogénica y antecedentes de infección urinaria, ya que ayuda a prevenir este tipo de infecciones; y también en hombres con retardo

mental leve, porque su colocación es fácil y es un método de sencillo aprendizaje.

Está contraindicado su uso en hombres con trastornos motores de las extremidades superiores; ya que su colocación se le hace difícil, a menos que su pareja se haga cargo (incorporándola como una práctica de los juegos sexuales).

Con la utilización de otro de los métodos de barrera, el diafragma, se hace imprescindible que, ante mujeres sin sensibilidad genital, el educador sexual controle que el aprendizaje de la colocación del mismo sea correcto porque la ausencia de sensibilidad hace necesario saber, con la mayor precisión posible, el sitio correcto donde debe colocarse. También está contraindicado, porque se dificulta o imposibilita la autocolocación para mujeres con alteraciones motoras de los miembros superiores. Para las mujeres diabéticas que presentan coito doloroso (dispareunia), el colocarse sistemáticamente un diafragma puede resultarles desagradable, y no es recomendable su uso en aquellas con retardo mental leve, a menos que el aprendizaje de la colocación haya sido correcto.

Los dispositivos intrauterinos (DIU) constituyen métodos recomendables para mujeres con retardo mental leve, moderado o severo, pero siempre bajo el control estricto de un ginecólogo. El uso de este método en mujeres con deformidad pélvica o espasticidad significativa de los músculos suele resultar inconveniente pues al ginecólogo puede serle extremadamente difícil la implantación del DIU. Este método está contraindicado en mujeres sin sensibilidad genital (por ejemplo: con lesión medular traumática, mielomeningocele o múltiple), porque pudiera complicarse con inflamaciones pélvicas y la paciente no detectarlo. Su uso en pacientes anémicos o con un estado general de salud deficiente puede provocar hemorragias uterinas.

Incluida dentro de los métodos hormonales, la píldora anticonceptiva es el método que presenta mayores complicaciones, a largo plazo, en su uso. Su utilización está contraindicada en aquellas con problemas circulatorios (por ejemplo Tromboflebitis), para diabéticas y consecuencias de infarto de miocardio y para mujeres que hayan sufrido un accidente vascular encefálico o problemas cardíacos. Su utilización en personas con retardo mental leve no es recomendable pues frecuentemente, se olvida usarla a diario. Si se pone en práctica este método con este tipo de pacientes, es vital para su eficacia el control estricto de padres o personas a cargo.

Los métodos contraceptivos definitivos (vasectomía y esterilización quirúrgica), cuando son usados como forma de prevención de embarazos para las personas con retardo mental debe ser estudiado de manera casuística.

Los DIU están contraindicados en mujeres sin sensibilidad genital porque pudiera complicarse con inflamaciones pélvicas y la paciente no detectarlo.

Estoy totalmente de acuerdo con Castillo Cuello y Mena Quiñones, cuando plantean que, "La discapacidad no impide amar y ser amado, disfrutar y hacer disfrutar a plenitud la relación sexual, como tampoco implica la imposibilidad de vivir, y recibir de la vida lo mejor".

Para acometer tan noble tarea, considero viable desarrollarla a partir de un enfoque humanista; que su divisa suprema sea el respeto a la individualidad y que ofrezca alternativas para vivir la sexualidad a plenitud, sin imposiciones externas, propiciando las "decisiones pensadas con cabeza propia", siempre y cuando esto sea posible de manera, responsable y estén en adecuada consonancia con su contexto y asesoramiento de los especialistas en genética □

BIBLIOGRAFÍA

1. ALFONSO FRAGA, J.C; MACDONALD, A. L. Y SOSA MARÍN, M.R.: "Apuntes para el estudio de la fecundidad en Cuba". SOCUDEP, C. Habana, 1996.
2. ALLER ATUCHA, L.M Y RUIZ SCHIAVO, M: "Sexualmente irreverentes". Ediacom Comunicarte, Brasil, 1994.
3. CASTILLO CUELLO, J.J. Y MENA QUIÑONES, P.O.: "Disfunciones sexuales en los discapacitados físico-motores". Revista de Sexología y Sociedad, 3, 34-35, 1995.
4. CASTILLO CUELLO, J.J. Y MENA QUIÑONES, P.O.: "Disfunciones sexuales en los discapacitados". Revista de Sexología y Sociedad, 2, 22-23, 1995.
5. DEXEUS TRIÁS DE BES, S.; FURROLL TURRÓ, E.; BARRIRAGUÉ, P.N.; BUXADERAS, R. Y TURPADRÓ, R: "Anticoncepción". Ed.Salvat Editores, 1989.
6. KLEINMAN, R. L.: "Manual de planificación familiar para médicos". Ed. Publicaciones Médicas de IPPF, Londres, 1989.
7. KOLODNY, R. C.; MASTER, W.H. Y JOHNSON, V.E.: "Tratado de Medicina Sexual". Ed. Científico- Técnica, La Habana, 1985.
8. LEYSON, J.F.J.: "Sexual rehabilitation of the spinal-cord-injured patient". Ed. Humana Press., New Jersey, 1991.
9. MAINE, D.: "Planificación familiar: su efecto en la salud de la mujer y el niño". Centro de Población y Salud Familiar, Facultad de Medicina, Columbia University, New York, 1981.
10. POSSE, E Y VERDEGUER, S.: "La sexualidad de las personas discapacitadas". De. "Arte", Buenos Aires, 1991.
11. ROGERS, C.: "Libertad y creatividad en la educación en la década de los 80". De. Paidós, Barcelona, 1991.
12. ROGERS, C.: "El poder de la persona". De. EL Manual Moderno, Distrito Federal, 1990.

* Centro Internacional de Restauración Neurológica